

ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ MÔ BỆNH HỌC Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ POLYP MŨI

Dương Thị Nhung^{1*}, Võ Thanh Quang², Nguyễn Toàn Thắng¹

1. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

2. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i78.496>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học; đồng thời đối chiếu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học với đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 38 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 6/2026. Các đặc điểm triệu chứng, nội soi, cắt lớp vi tính và mật độ bạch cầu ái toan (BCAT) trong mô polyp được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Tuổi trung bình $41,82 \pm 15,49$ tuổi; nữ chiếm 52,63%. Ngạt mũi gặp ở 97,37%, chảy mũi 84,21%, đau đầu/đau mặt 78,95% và giảm hoặc mất ngửi 65,79%. Điểm VAS trung bình $8,03 \pm 1,03$; Lund-Kennedy $7,50 \pm 2,11$ và Lund-Mackay $12,84 \pm 5,24$. Nhóm ưu thế BCAT chiếm 68,42%. So với nhóm ưu thế bạch cầu đa nhân trung tính (BCTT), nhóm BCAT có điểm VAS, Lund-Kennedy và Lund-Mackay cao hơn có ý nghĩa thống kê. Mật độ BCAT tương quan thuận với VAS, Lund-Kennedy và Lund-Mackay. **Kết luận:** Viêm ưu thế BCAT chiếm tỷ lệ cao trong quần thể nghiên cứu và có liên quan với mức độ biểu hiện bệnh qua triệu chứng, nội soi và CLVT. Mật độ BCAT có tương quan với mức độ bệnh, đặc biệt với điểm Lund-Kennedy và Lund-Mackay.

Từ khóa: viêm mũi xoang mạn tính; polyp mũi; bạch cầu ái toan; mô bệnh học; Lund-Kennedy; Lund-Mackay.

* Tác giả liên hệ: Dương Thị Nhung
Email: nhungnhunmun@gmail.com

SĐT: 0369829167

Nhận bài: 22/09/2026

Ngày nhận phản biện: 01/10/2026

Ngày nhận phản hồi: 02/10/2026

Ngày duyệt đăng: 04/10/2026

CLINICAL, IMAGING AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN CHRONIC RHINOSINUSITIS PATIENTS WITH NASAL POLYPS

Objectives: To describe clinical, imaging and histopathological characteristics and to assess the relationship between these findings in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps. **Methods:** A descriptive cross-sectional study prospective data was conducted in 38 patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps treated at Thai Nguyen National Hospital, from October 2025 to June 2026. Clinical symptoms, nasal endoscopy, computed tomography and tissue eosinophil density were evaluated. **Results:** The mean age was 41.82 ± 15.49 years and females accounted for 52.63%. Nasal obstruction, rhinorrhea, facial pain/headache and olfactory dysfunction were observed in 97.37%, 84.21%, 78.95% and 65.79% of patients, respectively. The mean VAS, Lund-Kennedy and Lund-Mackay scores were 8.03 ± 1.03 , 7.50 ± 2.11 and 12.84 ± 5.24 , respectively. Eosinophil-predominant polyps accounted for 68.42%. Compared with the neutrophil-

predominant group, the eosinophil-predominant group had significantly higher VAS, Lund-Kennedy and Lund-Mackay scores. Tissue eosinophil density correlated positively with VAS, Lund-Kennedy and Lund-Mackay scores.

Conclusion: Eosinophil-predominant inflammation was common in the study population and was associated with greater clinical and objective disease severity. Tissue eosinophil density correlated particularly with endoscopic and CT disease severity.

Keywords: chronic rhinosinusitis; nasal polyps; eosinophils; histopathology; Lund-Kennedy; Lund-Mackay.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi kéo dài trên 12 tuần. VMXMT được chia thành hai kiểu hình chính là VMXMT có polyp mũi và VMXMT không có polyp mũi. VMXMT có polyp mũi là bệnh lý viêm mạn tính với sự hình thành polyp trong hốc mũi, thường kèm tổn thương niêm mạc các xoang cạnh mũi [1,2].

VMXMT có polyp mũi gây ảnh hưởng đáng kể đến người bệnh do diễn

biến kéo dài, triệu chứng dai dẳng và xu hướng tái phát. Các triệu chứng thường gặp gồm ngạt mũi, chảy mũi, giảm hoặc mất ngủ và đau, nặng vùng mặt, ảnh hưởng đến giấc ngủ, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống [3,4]. Bệnh cũng tạo ra gánh nặng điều trị đáng kể do nhiều bệnh nhân cần điều trị nội khoa kéo dài, phẫu thuật và theo dõi lâu dài [4].

Chẩn đoán VMXMT có polyp mũi dựa trên sự kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng và bằng chứng khách quan qua nội soi mũi và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) [1,2]. Tuy nhiên, các phương pháp này chủ yếu phản ánh biểu hiện lâm sàng và mức độ tổn thương thực thể, chưa phản ánh trực tiếp đặc điểm tế bào viêm tại mô. Trong khi đó, VMXMT có polyp mũi là một bệnh không đồng nhất về cơ chế viêm. Bạch cầu ái toan (BCAT) là một trong những thành phần tế bào quan trọng, đặc biệt liên quan đến đáp ứng viêm type 2 [5].

Việc định lượng BCAT trong mô polyp cung cấp thông tin trực tiếp về mức độ thâm nhiễm BCAT tại mô. Tuy nhiên, ngưỡng xác định viêm giàu BCAT chưa hoàn toàn thống nhất giữa các nghiên cứu. Phân tích gộp của Kim và cộng sự trên 55 nghiên cứu với 6.143 bệnh nhân cho thấy

nhóm viêm giàu BCAT có xu hướng có mức độ triệu chứng mũi, tổn thương polyp trên nội soi và mức độ mờ các xoang trên CLVT cao hơn nhóm không giàu BCAT [6].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã bước đầu ghi nhận sự khác biệt về triệu chứng, nội soi và CLVT giữa các nhóm mô bệnh học [7-9]. Tuy nhiên, dữ liệu về mối liên quan giữa mật độ BCAT trong mô polyp với các thang điểm đánh giá triệu chứng, nội soi và CLVT còn hạn chế. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chưa có nghiên cứu đánh giá đồng thời các đặc điểm này.

Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học của VMXMT có polyp mũi; và (2) đối chiếu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học với đặc điểm mô bệnh học của bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán VMXMT có polyp mũi, có phim CLVT hệ thống xoang và có kết quả mô bệnh học định lượng BCAT trong mô polyp.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm bệnh nhân được chẩn đoán VMXMT có polyp mũi theo EPOS 2020, được đánh giá trước phẫu thuật, có chỉ định phẫu thuật, được lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2025 đến tháng 6/2026 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu này được thực hiện trên 38 bệnh nhân theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Các thông tin được thu thập gồm đặc điểm chung, tiền sử bệnh, triệu chứng cơ năng, điểm VAS, đặc điểm nội soi theo

thang điểm Lund-Kennedy, mức độ polyp theo Meltzer, tổn thương trên CLVT theo thang điểm Lund-Mackay và hình ảnh bệnh dị ứng khoang trung tâm (central compartment atopic disease – CCAD).

Mô polyp được lấy trong quá trình phẫu thuật và đánh giá mô bệnh học. Mật độ BCAT được tính theo số tế bào/vi trường có độ phóng đại lớn (HPF). Theo tiêu chuẩn được áp dụng trong nghiên cứu, bệnh nhân được phân thành nhóm ưu thế BCAT khi mật độ BCAT ≥ 10 tế bào/HPF và nhóm ưu thế BCTT khi mật độ BCAT < 10 tế bào/HPF.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Lựa chọn các BN đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 06/2026. Thu thập thông tin lâm sàng, tiền sử, triệu chứng cơ năng và thực thể, kết quả nội soi mũi và CLVT hệ thống xoang theo mẫu nghiên cứu. Bệnh phẩm sau phẫu thuật được gửi xét nghiệm mô bệnh học và thu thập kết quả giải phẫu bệnh. Số liệu được tổng hợp, đánh giá theo các tiêu chí nghiên cứu và phân tích để đối chiếu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học với mô bệnh học.

Phương pháp xử lý số liệu

Phân tích bằng SPSS 25.0. Các biến định tính được so sánh bằng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định phù hợp. Tương quan giữa mật độ BCAT và các thang điểm được đánh giá bằng hệ số tương quan Spearman. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên số 600/QĐ-BV.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của 38 bệnh nhân là $41,82 \pm 15,49$ tuổi, dao động từ 16 đến 77 tuổi. Nhóm 31–45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (34,21%); nhóm 31–60 tuổi chiếm 65,79%.

Nữ giới chiếm 52,63% và nam giới chiếm 47,37%, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1:1,11.

Tiền sử dị ứng chung được ghi nhận ở 65,79% bệnh nhân. Viêm mũi dị ứng chiếm 47,37%, mày đay 15,79% và hen phế quản 13,16%. Có 13,16% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mũi xoang trước đó.

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng chính

Triệu chứng	Tỷ lệ
-------------	-------

Ngạt mũi	97,37%
Chảy mũi	84,21%
Đau đầu/đau mắt	78,95%
Giảm hoặc mất ngửi	65,79%
Ngứa mũi/hắt hơi	52,63%
Ngứa mắt	34,21%
VAS trung bình	$8,03 \pm 1,03$

Nhận xét: Ngạt mũi là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 97,37%, tiếp theo là chảy mũi 84,21%, đau đầu/đau vùng mắt 78,95% và giảm hoặc mất ngửi 65,79%. Ngứa mũi/hắt hơi và ngứa mắt lần lượt chiếm 52,63% và 34,21%.

Điểm VAS trung bình là $8,03 \pm 1,03$ điểm

3.3. Đặc điểm nội soi và hình ảnh CLVT

Điểm Lund-Kennedy trung bình là $7,50 \pm 2,11$ điểm. Tổn thương nội soi mức độ trung bình chiếm 63,16%, nặng 31,58% và nhẹ 5,26%.

Theo phân độ Meltzer tối đa, polyp độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (39,47%), tiếp theo là độ I (28,95%). Điểm Meltzer tối đa trung bình là $2,42 \pm 1,08$.

Điểm Lund-Mackay trung bình là $12,84 \pm 5,24$ điểm. Tổn thương mức độ nặng chiếm 39,47% và rất nặng 28,95%; không ghi nhận trường hợp mức độ nhẹ. Điểm tổn thương tại phức hợp lỗ ngách cao nhất ở cả hai bên.

Hình ảnh CCAD được ghi nhận ở 13/38 bệnh nhân, chiếm 34,21%.

3.4. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 2. Các chỉ số mô bệnh học

Chỉ số	Kết quả
Mật độ BCAT mô	20,63 ± 13,42 tế bào/HPF
Ưu thế BCAT	26/38 (68,42%)
Ưu thế BCTT	12/38 (31,58%)

Nhận xét:

Mật độ BCAT trung bình trong mô polyp là 20,63 ± 13,42 tế bào/HPF

Theo ngưỡng 10 tế bào/HPF, nhóm ưu thế BCAT chiếm 68,42% (26/38 bệnh nhân), nhóm ưu thế BCTT chiếm 31,58% (12/38 bệnh nhân).

3.5. Đối chiếu đặc điểm lâm sàng với mô bệnh học

Bảng 3. Đối chiếu một số đặc điểm lâm sàng theo phân nhóm mô bệnh học

Đặc điểm	Ưu thế BCAT	Ưu thế BCTT	p
Viêm mũi dị ứng	65,38%	8,33%	0,0014
Ngạt mũi	100%	91,67%	0,3158
Chảy mũi	84,62%	83,33%	1,0000
Ngứa mũi/hắt hơi	65,38%	25,00%	0,0354
Ngứa mắt	50,00%	0%	0,0026
VAS trung bình	8,27 ± 0,92	7,50 ± 1,09	0,0424

Nhận xét:

Viêm mũi dị ứng gặp ở 65,38% bệnh nhân thuộc nhóm ưu thế BCAT, cao hơn nhóm ưu thế BCTT (8,33%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,0014).

Ngạt mũi và chảy mũi là những triệu chứng thường gặp ở cả hai nhóm, với tỷ lệ ngạt mũi lần lượt là 100,00% ở nhóm ưu thế BCAT và 91,67% ở nhóm ưu thế BCTT (p = 0,3158), chảy mũi lần lượt là 84,62% và 83,33% (p = 1,0000). Ngứa mũi/hắt hơi lần lượt là 65,38% và 25,00% (p=0,0354); ngứa mắt là 50,00% và 0% (p=0,0026).

Điểm VAS trung bình ở nhóm ưu thế BCAT là 8,27 ± 0,92, cao hơn nhóm ưu thế BCTT là 7,50 ± 1,09 (p=0,0424).

3.6. Đối chiếu đặc điểm nội soi và CLVT với mô bệnh học

Bảng 4. Đối chiếu hình ảnh nội soi và CLVT theo phân nhóm mô bệnh học

Chỉ số	Ưu thế BCAT	Ưu thế BCTT	p
Lund-Kennedy	8,15 ± 1,95	6,08 ± 1,78	0,0043
Meltzer	2,38 ± 1,06	2,50 ± 1,17	0,7793
Lund-Mackay	14,00 ± 5,40	10,33 ± 4,01	0,0454

Độ Lund-Mackay rất nặng	38,46%	8,33%	
CCAD	46,15%	8,33%	0,0300

Nhận xét: Điểm Lund-Kennedy ở nhóm ưu thế BCAT là $8,15 \pm 1,95$, cao hơn nhóm ưu thế BCTT là $6,08 \pm 1,78$ ($p=0,0043$).

Điểm Meltzer tối đa trung bình ở hai nhóm lần lượt là $2,38 \pm 1,06$ và $2,50 \pm 1,17$; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,7793$).

Điểm Lund-Mackay trung bình ở nhóm ưu thế BCAT là $14,00 \pm 5,40$, cao hơn nhóm ưu thế BCTT là $10,33 \pm 4,01$ ($p=0,0454$). Tỷ lệ tổn thương CLVT mức độ rất nặng ở nhóm BCAT là 38,46%, so với 8,33% ở nhóm BCTT.

CCAD gặp ở 46,15% nhóm ưu thế BCAT và 8,33% nhóm ưu thế BCTT ($p=0,0300$).

3.7. Mối tương quan giữa mật độ BCAT và các chỉ số đánh giá mức độ bệnh

Mật độ BCAT trong mô polyp tương quan thuận với điểm VAS ($\rho=0,491$; $p=0,0017$), điểm Lund-Kennedy ($\rho=0,612$; $p<0,0001$) và điểm Lund-Mackay ($\rho=0,573$; $p=0,0002$).

Không ghi nhận tương quan có ý nghĩa giữa mật độ BCAT và điểm Meltzer ($\rho=0,118$; $p=0,4818$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ BCAT trung bình trong mô polyp là $20,63 \pm 13,42$ tế bào/HPF và nhóm ưu thế BCAT chiếm 68,42%. Kết quả cho thấy tình trạng thâm nhiễm BCAT là đặc điểm thường gặp trong quần thể bệnh nhân VMXMT có polyp mũi được điều trị tại cơ sở chuyên khoa. Tỷ lệ này tương đối phù hợp với nghiên cứu trong nước của Bùi Minh Châu và Trần Thị Thu Hằng, trong đó nhóm ưu thế BCAT chiếm tỷ lệ cao trong số bệnh nhân VMXMT có polyp mũi [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ giữa các nghiên cứu có thể khác nhau do sự không thống nhất về tiêu chuẩn xác định eosinophilia mô [10]. Phân tích gộp của Kim và cộng sự cho thấy các nghiên cứu sử dụng nhiều ngưỡng BCAT khác nhau, từ đó tạo ra sự không đồng nhất đáng kể giữa các quần thể nghiên cứu [6].

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $41,82 \pm 15,49$ tuổi, tập trung chủ yếu trong nhóm 31–60 tuổi. Đây là nhóm tuổi thường gặp ở các nghiên cứu trên bệnh nhân VMXMT có polyp mũi tại cơ sở

chuyên khoa. Phân bố giới trong nghiên cứu tương đối cân bằng và chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm mô bệnh học. Kết quả này cho thấy tuổi và giới đơn thuần chưa đủ để định hướng kiểu viêm tại mô trong quần thể nghiên cứu.

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy có mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng và nhóm ưu thế BCAT. Viêm mũi dị ứng gặp ở 65,38% nhóm BCAT nhưng chỉ 8,33% nhóm BCTT ($p=0,0014$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm sinh học của viêm type 2, trong đó các cytokine như IL-4, IL-5 và IL-13 đóng vai trò quan trọng trong đáp ứng viêm và thu hút BCAT [5]. Tuy nhiên, viêm mũi dị ứng và viêm ưu thế BCAT không phải là hai khái niệm đồng nhất; không phải tất cả bệnh nhân có biểu hiện dị ứng đều có cùng kiểu viêm tại mô.

Về triệu chứng, ngạt mũi là biểu hiện thường gặp nhất với tỷ lệ 97,37%. Khi đối chiếu mô bệnh học, ngạt mũi hai bên, ngứa mũi/hắt hơi và ngứa mắt gặp nhiều hơn ở nhóm ưu thế BCAT. Những kết quả này phù hợp với phân tích gộp của Kim và cộng sự, trong đó nhóm eosinophilic có xu hướng có mức độ triệu chứng mũi cao hơn [6]. Tuy nhiên, các triệu chứng như đau đầu/đau mắt, chảy mũi và giảm hoặc mất

ngửi không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm trong nghiên cứu hiện tại. Điều này cho thấy triệu chứng lâm sàng chỉ có giá trị gợi ý và không thể thay thế đánh giá mô bệnh học.

Điểm VAS trung bình của toàn bộ nhóm nghiên cứu là $8,03 \pm 1,03$, cho thấy mức độ triệu chứng chủ quan của người bệnh ở mức cao. Điểm VAS ở nhóm ưu thế BCAT cao hơn nhóm BCTT và có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, mật độ BCAT tương quan thuận với VAS với $\rho=0,491$. Tuy nhiên, VAS là thang điểm chủ quan, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố và không đặc hiệu cho một kiểu viêm cụ thể. Vì vậy, kết quả này nên được hiểu là mối liên quan giữa mức độ thâm nhiễm BCAT và mức độ khó chịu chủ quan trong quần thể nghiên cứu, không phải bằng chứng về quan hệ nhân quả.

Điểm Lund-Kennedy trung bình là $7,50 \pm 2,11$ và nhóm ưu thế BCAT có điểm cao hơn rõ rệt so với nhóm BCTT. Mật độ BCAT cũng tương quan thuận với Lund-Kennedy với $\rho=0,612$, là mức tương quan mạnh nhất trong các chỉ số được khảo sát. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế cho thấy nhóm có eosinophilia mô thường có tổn thương nội soi rõ hơn [6,8,11]. Về mặt

sinh học, tình trạng viêm ưu thế BCAT có thể đi kèm phù nề niêm mạc và biến đổi polyp, góp phần làm tăng mức độ tổn thương nội soi. Tuy nhiên, Lund-Kennedy không đặc hiệu cho BCAT vì điểm số còn phụ thuộc vào polyp, phù nề và dịch tiết.

Đáng chú ý, điểm Meltzer không khác biệt giữa hai nhóm và không tương quan với mật độ BCAT. Kết quả này cho thấy kích thước hoặc mức độ sa xuống của khối polyp không nhất thiết phản ánh mức độ thâm nhiễm BCAT ở cấp độ vi thể. Meltzer chủ yếu đánh giá đặc điểm đại thể của polyp, trong khi mật độ BCAT phản ánh thành phần tế bào viêm. Kích thước polyp còn có thể chịu ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh, phù nề mô đệm, dịch tiết, cấu trúc giải phẫu và điều trị trước đó. Do đó, không nên sử dụng kích thước polyp đơn thuần để suy đoán kiểu viêm mô bệnh học.

Đối với CLVT, điểm Lund-Mackay trung bình là $12,84 \pm 5,24$. Nhóm ưu thế BCAT có điểm Lund-Mackay cao hơn nhóm BCTT và mật độ BCAT tương quan thuận với điểm Lund-Mackay. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây và với phân tích gộp của Kim và cộng sự, trong đó nhóm eosinophilic có mức độ mờ các xoang cao hơn [6]. Tuy nhiên,

mức $p=0,0454$ của so sánh hai nhóm khá gần ngưỡng ý nghĩa thống kê. Một nghiên cứu năm 2025 cũng cho thấy mối liên quan giữa eosinophil mô và mức độ bệnh có thể không nhất quán giữa các quần thể, nhấn mạnh sự cần thiết của việc diễn giải kết quả theo từng bối cảnh nghiên cứu [12].

CCAD được ghi nhận ở 34,21% bệnh nhân và có mối liên quan với nhóm ưu thế BCAT. Trong số bệnh nhân có CCAD, 92,31% thuộc nhóm BCAT. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sit và cộng sự về các phân nhóm viêm eosinophilic và CCAD [13]. Tuy nhiên, tỷ lệ 92,31% chỉ là tỷ lệ bệnh nhân BCAT trong nhóm có CCAD, không phải độ chính xác chẩn đoán của CCAD đối với BCAT. Do đó, CCAD có thể được xem là một dấu hiệu hình ảnh gợi ý kiểu viêm, nhưng không thể thay thế mô bệnh học.

Trong nghiên cứu của chúng tôi mật độ BCAT khi được xem như một biến liên tục, tương quan thuận với cả VAS, Lund-Kennedy và Lund-Mackay. Kết quả này củng cố nhận định rằng mức độ thâm nhiễm BCAT có liên quan với mức độ biểu hiện bệnh ở cả phương diện chủ quan và khách quan. Trong đó, mối tương quan với Lund-Kennedy mạnh nhất, cho thấy

nội soi có thể phản ánh tương đối rõ mức độ tổn thương tại hốc mũi ở những bệnh nhân có viêm ưu thể BCAT.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu còn nhỏ và được thực hiện tại một trung tâm, do đó khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Thứ hai, nghiên cứu chủ yếu đánh giá mật độ BCAT trên mô bệnh học và chưa phân tích đầy đủ các dấu ấn phân tử của các endotype viêm. Thứ ba, các tiêu chuẩn xác định eosinophilia mô giữa các nghiên cứu khác nhau nên việc so sánh tỷ lệ giữa các quần thể cần thận trọng. Những hạn chế này cần được xem xét trong các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và nhiều trung tâm.

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $41,82 \pm 15,49$ tuổi, nữ chiếm 52,63%. Các triệu chứng thường gặp gồm ngạt mũi, chảy mũi, đau đầu/đau mặt và giảm hoặc mất ngủ. Mức độ triệu chứng chủ quan cao với điểm VAS trung bình $8,03 \pm 1,03$. Điểm Lund-Kennedy trung bình là $7,50 \pm 2,11$ và điểm Lund-Mackay trung bình là $12,84 \pm 5,24$. Mật độ bạch cầu ái toan (BCAT) trong mô polyp trung bình là $20,63 \pm 13,42$ tế

bào/HPF. Nhóm có ưu thể BCAT chiếm 68,42%, trong khi nhóm có ưu thể bạch cầu trung tính (BCTT) chiếm 31,58%.

Nhóm ưu thể BCAT có tỷ lệ viêm mũi dị ứng, ngạt mũi hai bên, ngứa mũi/hắt hơi và ngứa mắt cao hơn nhóm ưu thể BCTT. Điểm VAS, Lund-Kennedy và Lund-Mackay ở nhóm ưu thể BCAT cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê. Mức độ polyp theo phân loại Meltzer không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Mật độ BCAT tương quan thuận với điểm VAS, Lund-Kennedy và Lund-Mackay; không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa mật độ BCAT và điểm Meltzer.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fokkens WJ, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(suppl S29):1-464. doi:10.4193/Rhin20.600.
2. Orlandi RR, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11:213-739. doi:10.1002/alr.22741.
3. Chen S, Zhou A, Emmanuel B, Thomas K, Guiang H. Systematic literature review of the epidemiology and clinical burden of

chronic rhinosinusitis with nasal polyposis. *Curr Med Res Opin.* 2020;36:1897-1911.

doi:10.1080/03007995.2020.1815682.

4. Bachert C, Bhattacharyya N, Desrosiers M, Khan AH. Burden of disease in chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *J Asthma Allergy.* 2021;14:127-134. doi:10.2147/JAA.S290424.

5. Kato A, Schleimer RP, Bleier BS. Mechanisms and pathogenesis of chronic rhinosinusitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2022;149:1491-1503. doi:10.1016/j.jaci.2022.02.016.

6. Kim DH, Kim SW, Basurrah MA, Hwang SH. Clinical and laboratory features of various criteria of eosinophilic chronic rhinosinusitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2022;15:230-246. doi:10.21053/ceo.2022.00052.

7. Bùi Minh Châu, Trần Thị Thu Hằng. Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính của viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi và đối chiếu với phân loại mô bệnh học polyp mũi theo EPOS 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;532(1B). doi:10.51298/vmj.v532i1B.7462.

8. Lê Văn Vĩnh Quyền, Trần Ngọc Tường Linh, Lê Quang Hưng. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh và hiệu quả điều trị bằng corticoid tại chỗ trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi tăng eosinophil ưu thế và không tăng eosinophil ưu thế. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2019;23:64-70.

9. Nguyễn Phi Long, Quãn Thành Nam, Đỗ Lan Hương, Đỗ Văn Tùng, Nghiêm Đức Thuận, Nguyễn Bá Tùng. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số bạch cầu ái toan trong mô polyp ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp. *Tạp chí Y Dược học Quân sự.* 2025;50(số đặc biệt 4):510-518. doi:10.56535/jmpm.v50si4.1486.

10. Yang SK, et al. Differences in clinical and immunological characteristics according to the various criteria for tissue eosinophilia in chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2023;16:359-368. doi:10.21053/ceo.2023.00542.

11. Maqsood R, Gul S, Malik J, et al. Comparison of eosinophil profile and Lund Kennedy score in patients with nasal polyps. *Indian J Otolaryngol Head Neck*

Surg. 2024;76:5542-5548.

doi:10.1007/s12070-024-05026-7.

12. Vizcarra-Melgar J, et al. Tissue eosinophil level as a predictor of control, severity, and recurrence of chronic rhinosinusitis with nasal polyps. Front Allergy. 2025;6:1549332.

doi:10.3389/falgy.2025.1549332.

13. Sit A, et al. CCAD or eCRS: Defining eosinophilic subpopulations in chronic rhinosinusitis. Am J Rhinol Allergy. 2023;37:402-409.

doi:10.1177/19458924231155012.