

MÔ TẢ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH
VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Huyền¹, Quân Thành Nam¹, Lê Thị Tuyết Ngân¹
Đỗ Lan Hương¹, Nghiêm Đức Thuận¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) và mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu từng trường hợp trên 33 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán VMXMT và điều trị bằng phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang (PTNSCNMX) từ tháng 01/2022 - 8/2022. **Kết quả:** Tổng điểm trung bình SNOT-20 là $16,45 \pm 5,82$; điểm Lund - Kennedy trung bình: $4,7 \pm 1,33$; điểm Lund - Mackay trung bình: $4,82 \pm 1,84$; số lượng tế bào /HPF: Eosinophil ($63,33 \pm 97,1$), Neutrophil ($4,3 \pm 7,88$) và Lympho ($36,36 \pm 29$); tế bào tuyến 76 - 100% ($69,7\%$); dị sản vảy ($27,3\%$); mô đệm phù ($81,8\%$); mô đệm xơ hoá ($51,5\%$); mức độ viêm: trung bình ($45,5\%$). **Kết luận:** Nên dùng các thang điểm để tăng tính khách quan trong đánh giá tình trạng viêm mũi xoang dựa trên cơ năng, thực thể, CLVT mũi xoang và làm mô bệnh học để có cơ sở cho điều trị VMXMT.

* Từ khoá: Cắt lớp vi tính; Mô bệnh học; Viêm mũi xoang mạn tính.

DESCRIPTION OF CLINICAL SYMPTOMS COMPUTED
TOMOGRAPHY IMAGES AND HISTOPATHOLOGY OF CHRONIC
RHINOSINUSITIS

Summary

Objectives: To describe clinical symptoms, computed tomography (CT) images, and histopathology of chronic rhinosinusitis. **Subjects and methods:** A descriptive prospective study of case series on 33 patients diagnosed with chronic rhinosinusitis who underwent functional endoscopic sinus surgery from January to August 2022. **Results:** The mean total SNOT-20 score is 16.45 ± 5.82 ; the mean Lund - Kennedy score: 4.7 ± 1.33 ; the mean Lund - Mackay score: 4.82 ± 1.84 ; the number of cells /HPF: Eosinophil (63.33 ± 97.1), Neutrophil/ HPF (4.3 ± 7.88) and Lymphoma/ HPF (36.36 ± 29); percentage of gland cells 76 - 100% (69.7%);

¹Bộ môn - Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Quân Thành Nam (dr.namb6@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/10/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 19/10/2022

<https://doi.org/10.56535/jmpm.v47i9.218>

squamous metaplasia (27.3%); edematous stroma (81.8%); stromal fibrosis (51.5%); degree of inflammation: Moderate (45.5%). **Conclusion:** The scales should be used to increase objectivity in the assessment of chronic rhinosinusitis based on clinical symptoms, paraclinical symptoms, and sinus CT images, and performing histopathology in order to have basic for treating chronic rhinosinusitis.

* *Keywords:* Computed tomography images; Histopathology; Chronic rhinosinusitis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

VMXMT là một trong những bệnh lý hay gặp nhất trong chuyên khoa Tai Mũi Họng. Việc chẩn đoán VMXMT dựa vào các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh CLVT. Phân loại VMXMT bao gồm VMXMT có polyp mũi và VMXMT không có polyp mũi [1].

Gần đây, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, mô bệnh học giúp các nhà lâm sàng phân loại tiếp VMXMT thành các nhóm có tăng bạch cầu Eosinophil và không tăng bạch cầu Eosinophil [2]. Một trong những nguyên nhân được tìm thấy đối với BN có các triệu chứng lâm sàng dai dẳng và mức độ nặng trên phim chụp CLVT là có sự hiện diện tế bào Eosinophil trong niêm mạc mũi xoang, đặc biệt với VMXMT có polyp. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu toàn diện về vấn đề này, tuy nhiên tại Việt Nam chỉ mới bước đầu khảo sát. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Mô tả triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CLVT và mô bệnh học của VMXMT.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

33 BN VMXMT được chẩn đoán và điều trị bằng PTNSCNMX tại Bộ môn

- Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01- 8/2022.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN được chẩn đoán VMXMT theo tiêu chuẩn của EPOS 2020 [3].

- BN được PTNSCNMX.

- BN được xét nghiệm mô bệnh học niêm mạc mũi xoang.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh phẩm không đảm bảo hay bị thất lạc.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

- BN xin rút khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả tiến cứu từng trường hợp.

* *Các chỉ tiêu nghiên cứu và đánh giá:*

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử các bệnh dị ứng.

- Chẩn đoán VMXMT theo tiêu chuẩn của EPOS 2020.

+ Thời gian: Các triệu chứng kéo dài > 12 tuần.

+ Có ít nhất 2 triệu chứng cơ năng, trong đó phải có 1 triệu chứng chính là chảy mũi hoặc ngạt tắc mũi, có thể

kèm theo đau nhức sợ mặt hoặc giảm, mất khứu giác.

Và một trong hai:

- Nội soi mũi họng: Polyp mũi, và/hoặc dịch nhầy chủ yếu ở khe mũi giữa và/hoặc phù nề tắc nghẽn niêm mạc mũi chủ yếu ở khe giữa.

- CLVT mũi xoang: Thay đổi niêm mạc của phức hợp lỗ ngách (PHLN) và hoặc các xoang.

- Triệu chứng cơ năng: Ngạt mũi, chảy mũi, giảm khứu-mất khứu, đau hoặc nặng mặt, hắt hơi, triệu chứng mắt, thang điểm SNOT-20

Bảng 1: Thang điểm SNOT-20.

	Không có triệu chứng	Rất nhẹ	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
Muốn xì mũi	0	1	2	3	4	5
Hắt hơi	0	1	2	3	4	5
Chảy dịch mũi	0	1	2	3	4	5
Ho	0	1	2	3	4	5
Chảy dịch xuống họng	0	1	2	3	4	5
Dịch mũi khô dày	0	1	2	3	4	5
Nặng tai	0	1	2	3	4	5
Chóng mặt	0	1	2	3	4	5
Đau tai	0	1	2	3	4	5
Đau hoặc nặng mặt	0	1	2	3	4	5
Khó ngủ	0	1	2	3	4	5
Tỉnh giấc trong lúc ngủ	0	1	2	3	4	5
Ngủ không sâu giấc	0	1	2	3	4	5
Thức dậy mệt	0	1	2	3	4	5
Mệt mỏi	0	1	2	3	4	5
Giảm hoạt động tình dục	0	1	2	3	4	5
Giảm khả năng tập trung	0	1	2	3	4	5
Hay chán nản	0	1	2	3	4	5
Buồn	0	1	2	3	4	5
Thiếu tự tin	0	1	2	3	4	5

- Triệu chứng thực thể: Độ polyp mũi theo phân loại của Đại học Munich 2007, thang điểm Lund - Kenedy.

Bảng 2: Thang điểm Lund - Kenedy.

Phù nề niêm mạc mũi	Không phù nề	0đ
	Nhẹ - vừa	1đ
	Mọng - thoái hóa	2đ
Tính chất dịch mũi	Không	0đ
	Trong, nhầy loãng	1đ
	Nhầy đặc, vàng xanh	2đ
Polyp mũi	Không	0đ
	Giới hạn trong ngách mũi giữa	1đ
	Nằm trong hốc mũi	2đ

- Hình ảnh CLVT: Thang điểm Lund - Mackey.

Bảng 3: Thang điểm Lund - Mackey.

Mũi xoang (Hàm, sàng trước, sàng sau, trán, bướm)	Bình thường	0đ
	Mờ bán phần	1đ
	Mờ hoàn toàn	2đ
Phức hợp lỗ ngách	Không tắc nghẽn	0đ
	Tắc nghẽn	2đ

- Mô bệnh học: Số lượng tế bào Eosinophil/ HPF, mức độ viêm, độ dày lớp biểu mô (Theo tác giả Soler).

* Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tiếp nhận BN.
- Hỏi và khám bệnh nội soi.
- Chụp CLVT mũi xoang.
- Lấy niêm mạc mũi xoang làm mô bệnh học.
- Mô tả đặc điểm lâm sàng, CLVT và mô bệnh học của VMXMT.

* Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm về tuổi và giới tính

Bảng 4: Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
15 - 25	3	9,1
26 - 35	6	18,2
36 - 45	7	21,2
46 - 55	7	21,2
56 - 55	6	18,2
> 65	4	12,1
Tổng	33	100
Min	19	
Max	77	
$\bar{X} \pm SD$	44,67 \pm 16,37	

Độ tuổi hay gặp nhất là từ 36 - 55 chiếm 42,4%, tuổi thấp nhất 19 và cao nhất 77, độ tuổi trung bình là 44,67 \pm 16,37.

Bảng 5: Phân bố theo giới tính.

Giới tính	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Nam giới	24	72,7
Nữ giới	9	27,3
Tổng	33	100

Phân bố theo giới tính: 24 BN nam (72,7%), 9 BN nữ (27,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1.

Bảng 6: Các triệu chứng theo bộ câu hỏi SNOT-20.

Triệu chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	SNOT-20 ($\bar{X} \pm SD$)
Muốn xì mũi	33	100	2,39 ± 0,75
Hắt hơi	32	97	2 ± 0,75
Chảy dịch mũi	33	100	2,82 ± 0,85
Ho	31	93,9	1,58 ± 0,9
Chảy dịch xuống họng	31	93,9	1,61 ± 0,79
Dịch mũi khô dày	24	72,7	1,06 ± 0,86
Nặng tai	5	15,2	0,27 ± 0,76
Chóng mặt	0	0	0 ± 0
Đau tai	2	6,1	0,06 ± 0,24
Đau hoặc nặng mặt	13	39,4	0,79 ± 1,11
Khó đi vào giấc ngủ	13	39,4	0,61 ± 0,93
Tỉnh giấc trong đêm	15	45,5	0,64 ± 0,9
Ngủ không sâu giấc	11	33,3	0,48 ± 0,87
Thức dậy mệt	16	48,5	0,67 ± 0,89
Mệt mỏi	15	45,5	0,64 ± 0,9
Giảm hoạt động tình dục	3	9,1	0,09 ± 0,29
Giảm khả năng tập trung	8	24,2	0,36 ± 0,74
Hay chán nản	3	9,1	0,12 ± 0,42
Buồn	2	6	0,09 ± 0,38
Thiếu tự tin	3	9,1	0,09 ± 0,29
Tổng			16,45 ± 5,82

Tổng điểm trung bình SNOT-20 là $16,45 \pm 5,82$, triệu chứng có điểm SNOT-20 cao nhất là chảy dịch mũi ($2,82 \pm 0,85$).

Bảng 7: Hình ảnh nội soi (n = 33).

Vị trí		Hình ảnh nội soi	
		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Dịch mũi	Bình thường	0	0
	Nhầy trong	26	78,8
	Đục mũi	7	21,2
Niêm mạc	Đáp ứng thuốc co mạch	22	66,7
	Phù nề	11	33,3
Vách ngăn	Bình thường	26	78,8
	Lệch vách ngăn	6	18,2
	Mào vách ngăn	1	3
	Gai vách ngăn	0	0
Cuốn mũi giữa	Bình thường	2	6,1
	Thoái hóa polyp	14	42,4
	Quá phát	11	33,3
	Bóng khí	0	0
	Đảo chiều	0	0
	Xẻ đôi	0	0
Mỏm móc	Bình thường	2	6,1
	Kéo dài	1	3
	Lệch ra ngoài	0	0
	Lệch vào trong	0	0
	Quá phát	16	48,5
	Thoái hóa polyp	14	42,4
Bóng sàng	Bình thường	2	6,1
	Quá phát	16	48,5
	Cong ra ngoài	2	6,1
	Thoái hóa polyp	13	39,4
Điểm Lund - Kenedy	$(\bar{X} \pm SD)$ 4,7 ± 1,33		

Trên hình ảnh nội soi, bất thường về mỏm móc và bóng sàng chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương tự nhau 93,9%, quá phát mỏm móc hay gấp nhất với tỷ lệ 48,5% và

quá phát bóng sàng cũng hay gặp nhất trong các bất thường của bóng sàng với tỷ lệ 48,5%. Trong các dị hình vách ngăn, lệch vách ngăn chiếm tỷ lệ cao nhất (18,2%); tỷ lệ cuộn mũi giữa thoái hoá dạng polyp 42,4%. Điểm Lund - Kenedy trung bình $4,7 \pm 1,33$.

Bảng 8: Hình ảnh trên phim CLVT theo thang điểm Lund - Mackay.

Các xoang	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình
Xoang hàm	33	100	$1,55 \pm 0,51$
Xoang trán	11	33,4	$0,48 \pm 0,76$
Xoang sàng	28	84,9	$1,12 \pm 0,65$
Xoang bướm	3	9,1	$0,09 \pm 0,29$
Phức hợp lỗ ngách	32	97	$1,55 \pm 0,56$
Lund - Mackey			$4,82 \pm 1,84$

Mờ các xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, thấp nhất là xoang bướm với 9,1%. Các xoang còn lại là mờ xoang sàng (84,9%); xoang trán (33,4%); phức hợp lỗ ngách bị tắc nghẽn (97%).

Bảng 9: Số lượng các tế bào viêm trên mô bệnh học (n = 33).

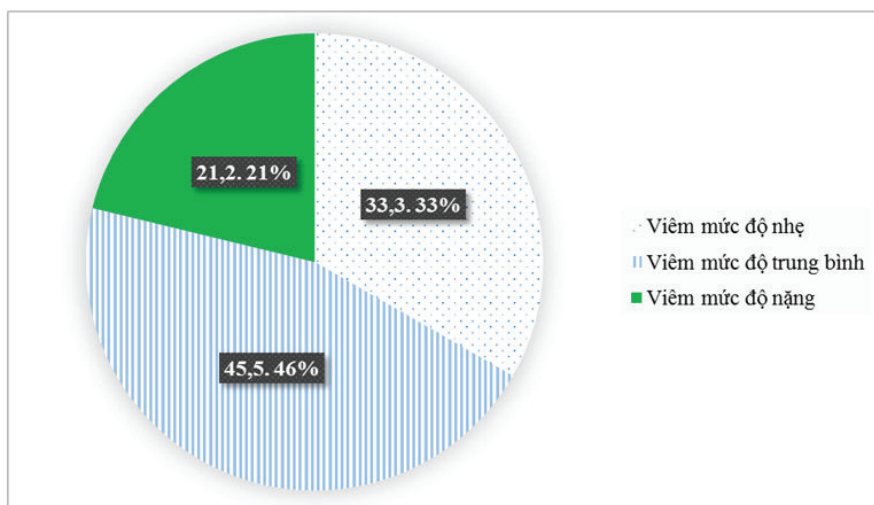
Số lượng tế bào	Min	Max	($\bar{X} \pm SD$)
Số lượng tế bào Eosinophil/ HPF	0	400	$63,33 \pm 97,1$
Số lượng tế bào Neutrophil/ HPF	0	40	$4,3 \pm 7,88$
Số lượng tế bào Lympho/ HPF	3	130	$36,36 \pm 29$
Độ dày lớp biểu mô (μm)	17	159	$63,33 \pm 32,79$

Trong số 33 BN nghiên cứu, số lượng tế bào Eosinophil chiếm số lượng nhiều nhất ($63,33 \pm 97,1$); thấp nhất là số lượng tế bào Neutrophil ($4,3 \pm 7,88$). Độ dày lớp biểu mô của niêm mạc VMXMT $63,33 \pm 32,79 \mu\text{m}$.

Bảng 10: Đặc điểm mô học của lớp biểu mô niêm mạc (n = 33).

Lớp niêm mạc	Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tế bào tuyến	0 - 25%	0	0
	26 - 50%	4	12,1
	51 - 75%	6	18,2
	76 - 100%	23	69,7
Dị sản vảy	Không có	24	72,7
	Ồ	5	15,2
	Rải rác	1	3
	Liên tục	3	9,1
Mô đệm phù	Không có	6	18,2
	Ồ	6	18,2
	Rải rác	4	12,1
	Liên tục	17	51,5
Mô đệm xơ	Không có	16	48,5
	Ồ	9	27,3
	Rải rác	4	12,1
	Liên tục	4	12,1

Trong mô bệnh học của 33 BN nghiên cứu, tỷ lệ tế bào tuyến trong khoảng 76 - 100% chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,7%, dị sản vảy 27,3% trong đó tỷ lệ dị sản ồ chiếm ưu thế 15,2%. Về mô đệm, mô đệm phù là chủ yếu (81,8%), mô đệm xơ 51,5%.



Biểu đồ 1: Mức độ viêm trên mô bệnh học.

Mức độ viêm niêm mạc mũi xoang mức độ trung bình chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 46%, mức độ viêm nhẹ 33,3%, viêm mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,2%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về nhóm tuổi và giới tính

BN trong nghiên cứu được tập hợp ngẫu nhiên về tuổi, xếp theo các nhóm chênh lệch nhau 10 tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu $47,67 \pm 16,37$, tuổi thấp nhất 19, cao nhất 77. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Richarg E. Gliklich là $42,3 \pm 13,0$ [4], Ebrahim Razmpa (2013) $36,62 \pm 12,08$ [5]. BN là nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 72,7% (24/33 trường hợp). Nữ giới chiếm tỷ lệ thấp hơn là 27,3% (9/33 trường hợp). Tỷ lệ nam/nữ = 2,7/1. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của Ebrahim Razmpa (2013) 65% và 35% [5].

2. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng

Theo thang điểm SNOT-20 với 10 triệu chứng mũi, xoang và 10 triệu chứng tâm thần kinh. Điểm trung bình của SNOT-20 trong nghiên cứu của chúng tôi $16,45 \pm 5,82$, trong đó triệu chứng chảy dịch mũi có số điểm cao nhất $2,82 \pm 0,85$. Kết quả này thấp hơn kết quả của Timothy Bhattacharyya (1997) với điểm SNOT-20 trung bình là 34 [6] và nghiên cứu của William R. Ryan (2011) với điểm SNOT-20 trung bình là 27,9 [7].

Điểm Lund - Kenedy: Điểm Lund - Kenedy trung bình $4,7 \pm 1,33$, cao hơn so với nghiên cứu của Figen Aslan (2017) là $2,4 \pm 1,1$ [8], thấp hơn nghiên cứu của Zachary M. Soler (2009) là $7,4 \pm 4,6$ [9].

3. Đặc điểm trên phim CLVT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mờ xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất (100%), thấp nhất xoang bướm (9,1%). Các xoang còn lại: Xoang sàng (84,9%), xoang trán (33,4%). Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của William R. Ryan (2011) với tỷ lệ mờ xoang hàm 72,5%, mờ xoang sàng trước 58,8%, xoang bướm 43,1% [7]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Võ Thanh Quang: Mờ xoang sàng hay gặp nhất chiếm 98,41%, tiếp theo là xoang hàm chiếm 92,86% [10].

Tỷ lệ có tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách là 97%, phù hợp với nghiên cứu của Võ Thanh Quang (92,86%) [10], cao hơn so với nghiên cứu của William R. Ryan (9,8%) [7].

Điểm Lund - Mackay trung bình là $4,82 \pm 1,84$, phù hợp với nghiên cứu kết quả của Muhamad Amine (2013) là $5,75 \pm 5,70$ [11], thấp hơn so với trong nghiên cứu của Neil Bhattacharyya (2003) là 9,8 [12]. Kết quả này có thể là do mức độ nặng triệu chứng trên các BN ở các nghiên cứu khác nhau; tuy nhiên, cũng có thể phụ thuộc vào chất lượng hình ảnh trên phim chụp CLVT nên có thể có sự chênh lệch giữa các nghiên cứu.

4. Đặc điểm mô bệnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bạch cầu ái toan (/HPF) là

$63,33 \pm 97,1$, số lượng tế bào bạch cầu đa nhân trung tính (/HPF) là $4,3 \pm 7,88$ và số lượng tế bào Lympho (/HPF) là $36,36 \pm 29$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zachary M. Soler (2009) với số lượng bạch cầu ái toan (/HPF) là $70,3 \pm 4,9$, số lượng tế bào bạch cầu đa nhân trung tính (/HPF) $0,7 \pm 8,6$ và số lượng tế bào Lympho (/HPF) là $298,4 \pm 370,3$ [9].

Tỷ lệ tế bào tuyến chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng 76 - 100% (69,7%), tiếp theo lần lượt 51 - 75% (18,2%), 26 - 50% (12,1%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Zachary M. Soler (2009): Tỷ lệ tế bào tuyến trong khoảng 0 - 25% chiếm tỷ lệ cao nhất (76,9%) và khoảng 76 - 100% chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,8%) [9].

Về dị sản vảy, mô đệm không có dị sản vảy chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,7%, tỷ lệ dị sản ở 15,2%, dị sản liên tục 9,1% và dị sản rải rác chiếm tỷ lệ thấp nhất 3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zachary M. Soler (2009): Tỷ lệ không có dị sản vảy chiếm 46,9%, dị sản liên tục chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,4% [9].

Mô đệm phù là chủ yếu chiếm 81,8% trong đó phù lan toả, liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất (51,5%), mô đệm xơ chiếm 51,5% trong đó xơ thành từng ổ chiếm tỷ lệ cao nhất là 27,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu

của Zachary M. Soler (2009): Mô đệm phù chiếm 77,6% trong đó phù thành ổ là chủ yếu chiếm 41,5%, mô đệm xơ chiếm 67,3% trong đó xơ thành ổ chiếm 40,8% [9].

Độ dày của lớp biểu mô niêm mạc mũi xoang trong VMXMT trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,33 \pm 32,79 \mu\text{m}$. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Moisés A. Calderón (1994): Độ dày lớp biểu mô là $51,43 \mu\text{m}$ trong viêm mũi dị ứng dai dẳng và $32,44 \mu\text{m}$ trong viêm mũi dị ứng theo mùa.

Trong nghiên cứu này, viêm mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%, viêm mức độ nhẹ chiếm 33,3%, viêm mức độ nặng chiếm 21,2%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Anish Raman (2018): VMXMT có polyp mũi viêm mức độ trung bình đến nặng chiếm 71,7% và viêm mức độ nhẹ chiếm 28,9%, VMXMT do răng, viêm mức độ trung bình đến nặng chiếm 73,9% và viêm mức độ nhẹ chiếm 26,1% [13].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 BN VMXMT, chúng tôi rút ra kết luận sau về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CLVT và mô bệnh học:

Đặc điểm lâm sàng: Điểm trung bình SNOT-20: $16,45 \pm 5,82$; điểm trung bình Lund - Kenedy: $4,7 \pm 1,33$.

Đặc điểm trên CVLT mũi xoang: Điểm Lund - Mackey trung bình: $4,82 \pm 1,84$. Đặc điểm mô bệnh học: Số lượng tế bào /HPF: Eosinophil ($63,33 \pm 97,1$), Neutrophil ($4,3 \pm 7,88$) và Lympho ($36,36 \pm 29$); mô đệm: Tế bào tuyến 76 - 100% (69,7%), dị sản vảy (27,3%), mô đệm phù (81,8%), mô đệm xơ hoá (51,5%); độ dày lớp biểu mô $63,33 \pm 32,79 \mu\text{m}$; mức độ viêm trung bình (45,5%).

Như vậy, trong thực hành lâm sàng nên dùng các thang điểm để đánh giá khách quan mức độ nặng của triệu chứng trên lâm sàng cũng như trên phim CLVT và mô bệnh học. Ngoài ra, dựa vào mô bệnh học niêm mạc mũi xoang để có cái nhìn tổng thể về tình trạng viêm đặc biệt là số lượng tế bào Eosinophil, là cơ sở điều trị VMXMT theo phân loại của EPOS 2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marcus S., Roland L. T., DelGaudio J. M., et al (2019). The relationship between allergy and chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*; 4(1):13-17.
2. Snidvongs K., Lam M., Sacks R., et al (2012). Structured histopathology profiling of chronic rhinosinusitis in routine practice. *Int Forum Allergy Rhinol*; 2(5):376-385.

3. Fokkens Wytske J. (2020). Executive summary of EPOS 2020 including integrated care pathways. *Rhinology*; (58):82-111.
4. Gliklich R. E., Metson R. (1995). The health impact of chronic sinusitis in patients seeking otolaryngologic care. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 113(1):104-109.
5. Razmpa Ebrahim, Saedi Babak, Dostee Amin, et al (2013). Correlation of preoperative sinusitis patients' characteristics with final diagnostic findings. *Acta medica Iranica*; 51:525-529.
6. Bhattacharyya T., Piccirillo J., Wippold F. J., 2nd (1997). Relationship between patient-based descriptions of sinusitis and paranasal sinus computed tomographic findings. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*; 123(11):1189-1192.
7. Ryan W. R., Ramachandra T., Hwang P. H. (2011). Correlations between symptoms, nasal endoscopy, and in-office computed tomography in post-surgical chronic rhinosinusitis patients. *Laryngoscope*; 121(3):674-678.
8. Aslan F., Altun E., Paksoy S., et al (2017). Could Eosinophilia predict clinical severity in nasal polyps? *Multidiscip Respir Med*; 12:21.
9. Soler Z. M., Sauer D. A., Mace J., et al (2009). Relationship between clinical measures and histopathologic findings in chronic rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 141(4):454-461.
10. Võ Thanh Quang (2004). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi-xoang. *Luận án Tiến sĩ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội.
11. Amine M., Lininger L., Fargo K. N., et al (2013). Outcomes of endoscopy and computed tomography in patients with chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*; 3(1):73-79.
12. Bhattacharyya N., Fried M. P. (2003). The accuracy of computed tomography in the diagnosis of chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope*; 113(1):125-129.
13. Raman Anish, Papagiannopoulos Peter, Kuhar Hannah N., et al (2018). Histopathologic Features of Chronic Sinusitis Precipitated by Odontogenic Infection. *American Journal of Rhinology & Allergy*; 33(2): 113-120.