

Một số đặc điểm và mối tương quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính với mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính có polyp

Some characteristics and correlation of computed tomography scan and histology of chronic rhinosinusitis with polyp

Quản Thành Nam*, Nghiêm Đức Thuận*,
Nguyễn Thị Huyền**, Nguyễn Thị Hòa**

**Bệnh viện Quân y 103-Học viện Quân y,*
***Học viện Chính trị*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm của polyp mũi xoang trên cắt lớp vi tính và mô bệnh học của polyp mũi xoang, đánh giá mối tương quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính với mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính có polyp. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả từng trường hợp trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang có polyp mũi tại Khoa Tai Mũi Họng- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3/2022 đến tháng 10/2022. *Kết quả:* 20 bệnh nhân viêm mũi xoang có polyp, trên cắt lớp vi tính thấy polyp trong hốc mũi 13/20 (65%), polyp trong xoang 4/20 (20%), polyp từ xoang hàm phát triển ra ngách giữa và cửa mũi sau 2/20 (10%). PLMX làm biến đổi xương trong một số trường hợp với biểu hiện mỏng vách xương 7/20 (35%), vôi hóa vách xương 2/20 (10%). Viêm xoang hàm nhiều nhất (100%). Điểm Lund- Mackay của PLMX $5,65 \pm 1,87$. Số lượng tế bào Eosinophil/HPF $79,45 \pm 117,47$; độ dày lớp biểu mô niêm mạc $65,99 \pm 37,45\mu\text{m}$. Tế bào tuyến 76-100% chiếm tỷ lệ cao nhất 65%; dị sản vảy chiếm 35%; mô đệm phù liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất 50%; mô đệm xơ chiếm 55%. Mức độ viêm trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 45%. *Kết luận:* Cùng với cắt lớp vi tính, mô bệnh học cung cấp những đặc điểm của tế bào và mô đệm niêm mạc mũi xoang, từ đó có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, mô bệnh học, viêm mũi xoang mạn tính có polyp.

Summary

Objective: To describe the characteristics of chronic rhinosinusitis with polyp (CRSwP) on CT and evaluate the correlation between CT images and histopathology of CRSwP. *Subject and method:* A case-by-case study on 20 patients diagnosed with rhinosinusitis with nasal polyps at the Department of Otolaryngology, 103 Military Hospital from January 2022 to August 2011. *Result:* 20 patients with rhinosinusitis had polyps, on CT scan, polyps were found in the nasal cavity 13/20 (65%), polyps in the sinuses 4/20 (20%), polyps from the maxillary sinuses developed into the middle and posterior nasal passages 2/20 (10%). CRS with polyp causes bone changed in some cases with 7/20 (35%) thinning of the bone wall, 2/20 (10%). Maxillary sinusitis (100%). Lund-Mackay score: 5.65 ± 1.87 . Eosinophil/HPF cell count 79.45 ± 117.47 ; thickness of mucosal epithelium $65.99 \pm 37.4\mu\text{m}$. Gland cells 76-100% accounted for the highest rate 65%; squamous metaplasia accounted for 35%; Continuous edematous stroma accounted for the highest rate of 50%; fibrous stroma accounted for 55%. The average level of

Ngày nhận bài: 9/02/2023, ngày chấp nhận đăng: 24/3/2023

Người phản hồi: Quản Thành Nam, Email: dr.namb6@gmail.com - Bệnh viện Quân y 103

inflammation accounted for the highest rate of 45%. *Conclusion:* Along with CT, histopathology provides the characteristics of the cells and stroma of the nasal cavity, which play an important role in diagnosis and treatment.

Keywords: Computed tomography scan, histopathology, chronic rhinosinusitis with polyp.

1. Đặt vấn đề

Viêm mũi xoang mạn tính là bệnh lý phổ biến trong chuyên khoa tai mũi họng. Bệnh gặp ở nhiều lứa tuổi, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Dựa vào sự hiện diện của polyp mũi, các nhà lâm sàng phân chia thành viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi và viêm mũi xoang không có polyp mũi. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ polyp mũi xoang (PLMX) trong số bệnh nhân có viêm mũi xoang mạn tính từ 20% đến 30% [1]. Các tác giả đã thống nhất PLMX là tổn thương lành tính, xuất phát từ sự thoái hóa, phù nề của niêm mạc mũi xoang có bản chất viêm mạn tính, thường do nhiều nguyên nhân với các biểu hiện cơ năng chính là: Ngạt mũi, rối loạn khứu giác, đau đầu và chảy mũi.

Những năm gần đây, việc ứng dụng rộng rãi nội soi và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị PLMX. Trên mô bệnh học, dựa vào số lượng bạch cầu ái toan (Eosinophil), một số nhà lâm sàng phân chia thành viêm mũi xoang mạn tính có tăng bạch cầu ái toan và viêm mũi xoang mạn tính không tăng bạch cầu ái toan. Có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng viêm mũi xoang mạn tính có tăng bạch cầu ái toan liên quan đến mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và liên quan với các bệnh đi kèm như hen phế quản, dị ứng [2]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu sau: 1. *Mô tả đặc điểm của polyp mũi xoang trên CLVT và đặc điểm mô bệnh học polyp mũi xoang.* 2. *Đánh giá mối tương quan giữa hình ảnh CLVT với mô bệnh học của viêm mũi xoang có polyp.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến hành trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi nhập viện và phẫu thuật nội soi mũi xoang từ tháng

1 năm 2022 đến tháng 8 năm 2022 tại Bệnh viện Quân y 103.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

Bệnh nhân được chẩn đoán VMXMT theo tiêu chuẩn của EPOS 2020.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang (PTNSCNMX).

Bệnh nhân được xét nghiệm mô bệnh học.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân VMXMT không có polyp, VMXMT có polyp nhưng không được phẫu thuật.

Bệnh nhân không được xét nghiệm mô bệnh học.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

Bệnh nhân xin rút khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm cắt lớp vi tính của polyp mũi xoang

Bảng 1. Vị trí PLMX trên CLVT (n = 20)

Vị trí	n	Tỷ lệ %
Polyp trong hốc mũi và xoang	13	65
Polyp trong xoang hàm	4	20
Polyp từ xoang hàm phát triển ra ngách giữa và ra hốc mũi	2	10
Polyp ngách bướm sàng	1	5

Nhận xét: Polyp trong hốc mũi và xoang 13/20 trường hợp (65%), polyp trong xoang hàm chỉ phát hiện thấy 4/20 trường hợp (20%), có 2/20 trường hợp (10%) polyp xuất phát từ trong xoang hàm qua lỗ thông xoang ra ngách giữa và hốc mũi, 1 trường hợp polyp đơn thuần từ ngách bướm sàng.

Bảng 2. Tổn thương xương của PLMX trên CLVT

Tổn thương xương	n	Tỷ lệ %
Mỏng vách xương	7	35
Vôi hóa vách xương	2	10
Đè đẩy vách mũi xoang	0	0
Phá hủy xương	0	0

Nhận xét: Một số trường hợp PLMX có sự biến đổi xương với biểu hiện: Mỏng vách xương 7/20 trường hợp (35%), vôi hóa vách xương 2/20 (10%), không có trường hợp nào PLMX gây đè đẩy vách mũi xoang và phá hủy xương.

Bảng 3. Hình ảnh các xoang và phức hợp lỗ ngách (PHLN) trên phim CLVT theo thang điểm Lund-Mackay

Các xoang	Số BN (n)	Tỷ lệ %	Điểm trung bình
Xoang hàm	20	100	1,55 ± 0,51
Xoang trán	9	45	0,48 ± 0,76
Xoang sàng	19	95	1,12 ± 0,65
Xoang bướm	3	15	0,09 ± 0,29
Phức hợp lỗ ngách	20	100	1,55 ± 0,56
Lund-Mackay			5,65 ± 1,87

Nhận xét: Mờ các xoang hàm chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%, thấp nhất là xoang bướm với 15%. Các xoang còn lại là mờ xoang sàng với tỷ lệ 95%; xoang trán 45%; PHLN bị tắc nghẽn với tỷ lệ 100%.

3.2. Đặc điểm mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính có polyp

Bảng 4. Số lượng tế bào viêm trên mô bệnh học

Số lượng tế bào/ HPF (A high-power field)	Min	Max	($\bar{X} \pm SD$)
Số lượng tế bào Eosinophil/ HPF	0	400	79,45 ± 117,47
Số lượng tế bào Neutrophil/ HPF	0	25	3,15 ± 5,48
Số lượng tế bào Lympho/ HPF	3	130	41,9 ± 30,89
Độ dày lớp biểu mô (µm)	17	159	65,99 ± 37,45

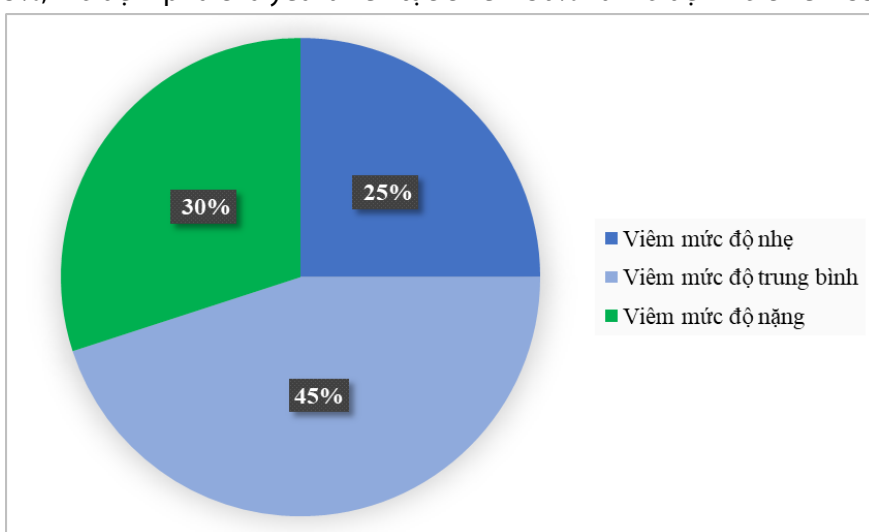
Nhận xét: Trong số 20 bệnh nhân nghiên cứu, số lượng tế bào Eosinophil chiếm số lượng nhiều nhất là 79,45 ± 117,47; thấp nhất là số lượng tế bào Neutrophil (3,15 ± 5,48). Độ dày lớp biểu mô của niêm mạc viêm mũi xoang mạn tính là 65,99 ± 37,45µm.

Bảng 5. Đặc điểm mô đệm trên mô bệnh học

Lớp niêm mạc	Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Tế bào tuyến	0-25%	0	0
	26-50%	3	15
	51-75%	4	20
	76-100%	13	65
Dị sản vảy	Không có	13	65
	Ổ	4	20
	Rải rác	1	5
	Liên tục	2	10

Lớp niêm mạc	Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Mô đệm phù	Không có	4	20
	Ổ	3	15
	Rải rác	3	15
	Liên tục	10	50
Mô đệm xơ	Không có	9	45
	Ổ	6	30
	Rải rác	2	15
	Liên tục	3	10

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tế bào tuyến từ 76-100% chiếm tỷ lệ cao nhất 65%; tỷ lệ dị sản vảy chiếm 35%; mô đệm phù chủ yếu là liên tục chiếm 50% và mô đệm xơ chiếm 55%.



Biểu đồ 1. Mức độ viêm trên mô bệnh học

Nhận xét: Trên mô bệnh học của 20 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, mức độ viêm trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (45%); viêm mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất (25%).

3.3. Mối tương quan giữa CLVT với mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính có polyp

Bảng 6. Mối tương quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính với số lượng tế bào Eosinophil, mô đệm phù và mức độ viêm (n = 20)

Hình ảnh CLVT	Tế bào Eosinophil		Mô đệm phù		Mức độ viêm	
	r	p	r	p	r	p
Vị trí của polyp	-0,01	>0,05	-0,17	>0,05	-0,12	>0,05
Tổn thương xương	-0,02	>0,05	0,1	>0,05	-0,06	>0,05
Lund-Mackay	0,006	>0,05	0,52	<0,05	0,19	>0,05

Tương quan Pearson.

Nhận xét: Có sự tương quan mức độ trung bình 0,52 sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra có sự tương quan giữa vị trí của

polyp và tổn thương xương với một số đặc điểm của mô bệnh học, tuy nhiên sự tương quan này không có ý nghĩa thống kê.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm cắt lớp vi tính của polyp mũi xoang

Về vị trí của polyp xác định trên CLVT

Polyp trên CLVT có tỷ trọng đồng nhất, bề mặt lồi từ niêm mạc xoang, tạo với thành xoang góc nhọn hoặc góc tù. Trong hốc mũi, polyp nhìn thấy được là những phần lồi ra ở phía dưới của khối mờ. Chúng tôi thấy đa số các polyp trong hốc mũi có hình dạng như mô tả, những trường hợp khác có dấu hiệu mờ khu trú trong PHLN thì khó phân định là tổn thương polyp hay dây niêm mạc. Chúng tôi chỉ nhận định được polyp ở trong xoang khi lòng xoang không bị lấp kín, vì vậy tỷ lệ polyp trong xoang phát hiện được trên CLVT thấp với 4/20 trường hợp (20%). Khi lòng xoang bị lấp kín hoàn toàn thì không xác định được thành phần bên trong là dịch mủ, dây niêm mạc hay polyp. Có 2 trường hợp polyp Killian đều phát hiện được trên CLVT với hình ảnh đặc trưng là khối từ trong xoang hàm (chiếm một phần xoang hay toàn bộ lòng xoang) ra ngách giữa làm rộng lỗ thông xoang và phếu sàng, phát triển ra cửa mũi sau, một số trường hợp còn đẩy vách mũi xoang vào phía trong hốc mũi.

Về tổn thương xương trên CLVT

Đa số trường hợp PLMX không có những thay đổi cấu trúc xương xung quanh. Một số trường hợp có sự biến đổi xương với biểu hiện: Mỏng vách xương 7/20 trường hợp (35%), vôi hóa vách xương 2/20 (10%), không có trường hợp nào PLMX gây đẩy vách mũi xoang và phá hủy xương. Những dấu hiệu này thể hiện gián tiếp của sự có mặt của polyp lâu ngày, lấp đầy lòng xoang. Bản chất polyp không làm tiêu xương nhưng polyp tồn tại lâu dài trong xoang kèm theo tình trạng viêm mạn tính kéo dài cũng tác động lên các vách xương xung quanh, những biến đổi này là lành tính.

Không thấy trường hợp nào có hình đậm vôi, tăng tỷ trọng giữa đám mờ trong xoang, là hình ảnh nghĩ đến nấm xoang. Không có dấu hiệu doãng

rộng các thành xoang với bờ tròn đều, chỉ điểm cho u nhầy.

Về hình ảnh viêm xoang phối hợp với PLMX trên CLVT

Số lượng xoang viêm trong PLMX: Xoang hàm gặp tổn thương nhiều nhất với 20/20 xoang (100%), tiếp đến là xoang sàng 19/20 (95%). Xoang bướm tổn thương ít nhất với 3/20 (15%). 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% [3]; tác giả Võ Thanh Quang: Mờ xoang sàng hay gặp nhất chiếm 98,41%, tiếp theo là xoang hàm chiếm 92,86% [4]. Ngách giữa là vị trí xuất phát hay gặp nhất của PLMX, làm hẹp tắc PHLN, tắc các lỗ thông xoang, đặc biệt là xoang sàng trước, xoang hàm và cản trở đường dẫn lưu của các xoang, dẫn đến tình trạng viêm xoang. PHLN có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của viêm mũi xoang mạn tính và PLMX.

Điểm Lund-Mackay trong PLMX: 2 BN PLMX có điểm Lund-Mackay trung bình là $5,65 \pm 1,87$, phù hợp với nghiên cứu kết quả của Muhamad Amine (2013) là $5,75 \pm 5,70$ [5] và nghiên cứu của William R. Ryan (2011) là 6,2 [3]; thấp hơn so với trong nghiên cứu của Neil Bhattacharyya (2003) là 9,8 [6]; Figen Aslan (2017) là $10,7 \pm 1,1$ [7] và Pokharel M (2013) là $11,3 \pm 5$ [8]. Điểm CLVT trung bình của chúng tôi thấp hơn ở các nghiên cứu khác vì trong nghiên cứu có số BN polyp cửa mũi sau, bệnh tích trong xoang ít, thường chỉ mờ 1 xoang hàm, có thể kèm theo mờ xoang sàng trước và thường mờ không hoàn toàn. Những trường hợp polyp cửa mũi sau không nằm trong nghiên cứu của các tác giả trên. Đây cũng là một hạn chế của thang điểm Lund-Mackay, khi chỉ đánh giá ngách giữa ở hai trạng thái là có mờ hay không mờ, chưa phản ánh được mức độ phát triển của polyp trong hốc mũi.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi

Viêm mũi, xoang mạn tính được mô tả là tình trạng viêm niêm mạc mũi, xoang có thâm nhiễm các tế bào lympho, trong số đó có 50% trường hợp có tăng số lượng bạch cầu ái toan.

Đặc điểm về tế bào viêm

Bạch cầu ái toan chứa leukotrien, protein cation của bạch cầu ái toan, protein cơ bản chính, eosinophil peroxidase, yếu tố hoạt hoá tiểu cầu và các chất vận mạch khác. Những tác nhân này đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của polyp mũi. Hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi về mối liên quan giữa số lượng bạch cầu ái toan và mức độ nghiêm trọng của polyp mũi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bạch cầu ái toan (/HPF) là $79,45 \pm 117,47$; số lượng tế bào bạch cầu đa nhân trung tính (/HPF) là $3,15 \pm 5,48$ và số lượng tế bào lympho (/HPF) là $41,9 \pm 30,89$. 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 $41,9 \pm 30,89$. Một nghiên cứu khác của Figen Aslan (2017) đã đưa ra kết quả: Số lượng tế bào bạch cầu ái toan (/HPF > 10) chiếm 62,3%, số lượng tế bào bạch cầu ái toan (/HPF) < 10) chiếm 37,7% [7].

Đặc điểm về mô đệm

Tỷ lệ tế bào tuyến chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi là khoảng 76-100% chiếm 65%; tiếp theo lần lượt là 51-75% (20%); 26-50% (15%). 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 là 76,9% và khoảng 76-100% chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,8% [9].

Về dị sản vảy, mô đệm không có dị sản vảy chiếm tỷ lệ cao nhất là 65%, tỷ lệ dị sản ổ là 20%, dị sản liên tục là 10% và dị sản rải rác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zachary M. Soler (2009): Tỷ lệ không có dị sản vảy là 46,9%; dị sản liên tục chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,4% [9].

Mô đệm phù là chủ yếu chiếm 80% trong đó phù lan toả, liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất (50%); mô đệm xơ chiếm 55% trong đó xơ thành từng ổ chiếm tỷ lệ cao nhất là 30%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zachary M Soler (2009): Mô đệm phù chiếm tỷ lệ 77,6% trong đó phù thành ổ là chủ yếu

chiếm 41,5%; mô đệm xơ chiếm tỷ lệ 67,3% trong đó xơ thành ổ chiếm tỷ lệ 40,8% [9].

Mức độ viêm

Đã có nhiều tác giả đề cập tới vấn đề sự phục hồi của niêm mạc, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào chỉ ra nào trường hợp nào phục hồi, trường hợp nào không. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong chỉ định các loại phẫu thuật xoang cũng như tiên lượng và theo dõi sự phục hồi chức năng, sinh lý mũi xoang. Mức độ viêm được coi như là tiêu chí để giải quyết vấn đề trên.

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) [10]: viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi viêm mức độ trung bình đến nặng chiếm 71,7% và viêm mức độ nhẹ chiếm 28,9%; viêm mũi xoang mạn tính do răng, viêm mức độ trung bình đến nặng chiếm 73,9% và viêm mức độ nhẹ chiếm 26,1%.

4.3. Mối tương quan giữa CLVT với mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự tương quan giữa điểm Lund-Mackay với mức độ phù của mô đệm ($p > 0,05$), tuy nhiên không có sự tương quan với số lượng tế bào Eosinophil.

Trong nghiên cứu của Zachary M Soler [9] có sự tương quan giữa mức độ nặng trên phim CLVT với số lượng tế bào Eosinophil và mức độ phù của mô đệm với hệ số tương quan lần lượt là $r = 0,414$; $r = 0,366$; cũng trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có polyp mũi thì không có sự tương quan giữa mức độ nặng trên phim CLVT với số lượng tế bào Eosinophil, nhóm bệnh nhân có polyp mũi thì có sự tương quan với $r = 0,324$. Theo nghiên cứu của Figen Aslan, có sự tương quan giữa điểm Lund-Mackay với số lượng tế bào bạch cầu ái toan ($r = 0,353$, $p = 0,01$) [7].

Như vậy, các nghiên cứu khác đều chỉ ra rằng có sự tương quan giữa số lượng tế bào Eosinophil với mức độ nặng trên CLVT cũng như sự hiện diện của polyp mũi. Kết quả này khác với nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

5. Kết luận

Đặc điểm cắt lớp vi tính và mô bệnh học của mũi xoang mạn tính có polyp

Vị trí: Polyp trong hốc mũi 13/20 (65%), polyp trong xoang 4/20 (20%), polyp từ xoang hàm phát triển ra ngách giữa và cửa mũi sau 2/20 (10%).

Một số ít PLMX làm biến đổi xương với biểu hiện mỏng vách xương 7/20 (35%), vôi hóa vách xương 2/20 (10%).

Hình ảnh viêm xoang phối hợp trong PLMX:

Viêm xoang hàm nhiều nhất (100%), tiếp đến là xoang sàng (95%), xoang bướm tổn thương ít nhất (15%).

Điểm Lund-Mackay: Trung bình của PLMX là $5,65 \pm 1,87$.

Đặc điểm mô bệnh học:

Số lượng tế bào Eosinophil/ HPF $79,45 \pm 117,47$; độ dày lớp biểu mô niêm mạc $65,99 \pm 37,45\mu\text{m}$.

Tế bào tuyến 76-100% chiếm tỷ lệ cao nhất 65%; dị sản vảy chiếm 35%; mô đệm phù liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất 50%; mô đệm xơ chiếm 55%.

Mức độ viêm trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 45%.

Mối tương quan giữa CLVT với mô bệnh học của viêm mũi xoang mạn tính

Có sự tương quan mức độ trung bình giữa điểm Lund-Mackay và phù của mô đệm.

Không có sự tương quan giữa điểm Lund-Mackay với số lượng tế bào eosinophil, mô đệm phù và mức độ viêm.

Tài liệu tham khảo

1. Bachert C, Bhattacharyya N, Desrosiers M et al (2021) *Burden of disease in chronic rhinosinusitis with nasal polyps*. J Asthma Allergy 14: 127-134.
2. Soler ZM, Sauer D, Mace J et al (2010) *Impact of mucosal eosinophilia and nasal polyposis on quality-of-life outcomes after sinus surgery*. Otolaryngol Head Neck Surg 142(1): 64-71.
3. Ryan WR, Ramachandra T, Hwang PH (2011) *Correlations between symptoms, nasal endoscopy, and in-office computed tomography in post-surgical chronic rhinosinusitis patients*. Laryngoscope 121(3): 674-678.
4. 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.
5. Amine M, Lininger L, Fargo KN, et al (2013) *Outcomes of endoscopy and computed tomography in patients with chronic rhinosinusitis*. Int Forum Allergy Rhinol 3(1): 73-79.
6. Bhattacharyya N, Fried MP (2003) *The accuracy of computed tomography in the diagnosis of chronic rhinosinusitis*. Laryngoscope 113(1): 125-129.
7. Aslan F, Altun E, Paksoy S et al (2017) *Could Eosinophilia predict clinical severity in nasal polyps?* Multidiscip Respir Med 12: 21.
8. Pokharel M, Karki S, Shrestha BL et al (2013) *Correlations between symptoms, nasal endoscopy computed tomography and surgical findings in patients with chronic rhinosinusitis*. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 11(43): 201-205.
9. Soler ZM, Sauer DA, Mace J et al (2009) *Relationship between clinical measures and histopathologic findings in chronic rhinosinusitis*. Otolaryngol Head Neck Surg 141(4): 454-461.
10. 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.