

đặc tính sinh học và đáp ứng điều trị của khối u⁹. Nghiên cứu của tác giả Al Hamad và cộng sự (2021) cho thấy rs1801320 có liên quan đến biểu hiện của thụ thể estrogen, 81% bệnh nhân ung thư vú có bộ ba thụ thể ER, PR và HER2 âm tính cho thấy kiểu gen CC và GC có liên quan đáng kể đến biểu hiện của Rad51¹⁰. Sự khác biệt trong các kết quả nghiên cứu do nhiều yếu tố, bao gồm sự khác biệt về đặc điểm di truyền ở các quần thể nghiên cứu, các yếu tố môi trường,... Điều này cho thấy sự phức tạp và đa dạng của các yếu tố di truyền trong bệnh lý ung thư vú.

V. KẾT LUẬN

Gen Rad51 đóng vai trò quan trọng trong việc ổn định bộ gen. Đã có nhiều nghiên cứu báo cáo đa hình rs1801320 gen Rad51 có liên quan đến nguy cơ mắc và biểu hiện thụ thể nội tiết ER, PR và HER-2 ở bệnh nhân ung thư vú. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa đa hình rs1801320 gen Rad51 với tình trạng thụ thể nội tiết ở người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. **Reference SNP (rs) Report rs1801320 - dbSNP - NCBI.** Accessed May 24, 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/snp/rs1801320>

3. **Gupta P, Sambyal V, Guleria K, et al.** Association of RAD51, XRCC1, XRCC2, and XRCC3 Polymorphisms with Risk of Breast Cancer. *Genet Test Mol Biomark.* 2023;27(7):205-214. doi:10.1089/gtmb.2023.0012
4. **Tuân HV, Thúy NT, Hà VVV, Thịnh TH, Tiên NV.** Mối liên quan giữa đa hình đơn nucleotide của gen rad51 và nguy cơ mắc ung thư vú. Published online 2020.
5. **Poorolajal J, Nafissi N, Akbari ME, Mahjub H, Esmailnasab N, Babae E.** Breast Cancer Survival Analysis Based on Immunohistochemistry Subtypes (ER/PR/HER2): a Retrospective Cohort Study. *Arch Iran Med.* 2016;19(10):680-686. doi:0161910/AIM.003
6. **Cao SS, Lu CT.** Recent perspectives of breast cancer prognosis and predictive factors. *Oncol Lett.* 2016; 12(5):3674-3678. doi:10.3892/ol.2016.5149
7. **Baqer M, Al-Harmooshee H, Shaheed O, Al-Taei.** Germline Mutation of RAD51 Single Nucleotide Polymorphisms as Susceptibility Factor for Breast and Ovarian Cancer. *Syst Rev Pharm.* 2020;11:100-108. doi:10.31838/srp.2020.10.17
8. **Lan NguyenH, Laohasiriwong W, Stewart JohnF.** Survival probability and prognostic factors for breast cancer patients in Vietnam. *Glob Health Action.* 2013;6(1): 18860. doi:10.3402/gha.v6i0.18860
9. **Tulbah S, Alabdulkarim H, Alanazi M, et al.** Polymorphisms in RAD51 and their relation with breast cancer in Saudi females. *OncoTargets Ther.* 2016;9:269-277. doi:10.2147/OTT.S93343
10. **Al Hamad M, Kussaibi H, Alkharsah KR, et al.** Polymorphic Variants in 5'-UTR Regions of the RAD51 Gene are Associated With RAD51 Expression and Triple-Negative Breast Cancer (TNBC): A Case-Control Study. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2021;29(4):270. doi:10.1097/PAI.0000000000000900

PHẪU THUẬT CẤY ỐC TẠI ĐIỆN TỬ Ở NGƯỜI LỚN MẮT SỨC NGHE SAU NGÔN NGỮ

Cao Minh Thành^{1,2}, Đặng Anh Dũng³, Nguyễn Xuân Nam², Cao Minh Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả phẫu thuật cấy ốc tai điện tử ở người lớn điếc sau ngôn ngữ và mô tả một số nguyên nhân gây điếc. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, đối với người lớn điếc sau ngôn ngữ, người nghe kém rất nặng không hiệu

quả khi sử dụng máy trợ thính. Thời gian phẫu thuật từ 2011- 2022. Đánh giá kết quả đo sức nghe trước phẫu thuật so với kết quả đo thính lực tại thời điểm nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** nghiên cứu trên 17 bệnh nhân, được phẫu thuật cấy ốc tai điện tử từ 2011- 2022. Tuổi trung bình 41,65 năm (18-76), nam 9/17, nữ 8/17. Thời gian trung bình bị điếc sau ngôn ngữ trước phẫu thuật 8,5 năm. Nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm khuẩn 41,2%, điếc đột ngột 17,7%, không xác định được nguyên nhân 17,7%. Sức nghe sau phẫu thuật từ 30 – 45 dB chiếm tỷ lệ 94,2%, sức nghe không cải thiện sau phẫu thuật 1/17 (5,8), tai biến 0,0%. **Kết luận:** phẫu thuật cấy ốc tai điện tử cho người điếc sau ngôn ngữ có tỷ lệ phục hồi sức nghe tốt là 94,2%. Cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm tỷ lệ rủi ro trong cuộc sống

Từ khóa: Cochlear implant, Post-lingual, CI Adult

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Anh Dũng

Email: danganhdung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

SUMMARY**COCHLEAR IMPLANT SURGERY IN ADULTS WITH POSTLINGUAL HEARING LOSS**

Objective: evaluate the results of cochlear implant surgery in adults with postlingual deafness and describe some causes of deafness. **Methods:** retrospective, for adults with postlingual deafness, people with very severe hearing loss who are ineffective when using hearing aids. Surgery time from 2011 to 2022. Evaluate preoperative hearing test results compared to audiometric results at the time of the study. **Results:** 17 patients, undergoing cochlear implant surgery from 2011-2022. Average age 41.65 years (18-76), men 9/17, women 8/17. The average duration of postlingual deafness before surgery was 8.5 years. The most common causes are bacterial infection 41.2%, sudden deafness 17.7%, idiopathic 17.7%. PTA after surgery is from 30 - 45 dB accounting for 94.2%, not improved after surgery in 1/17 (5.8%), complications in 0.0%. **Conclusions:** Cochlear implant surgery for postlingual deafness has a good hearing recovery rate of 94.2%. Improve quality of life, reduce risk rates in life. **Keywords:** Cochlear implant, Post-lingual, CI Adults

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém nặng khi người bệnh có ngưỡng nghe trung bình từ 71- 90 dB, khó khăn khi giao tiếp. Điếc khi người bệnh có sức nghe trung bình > 90dB, người bệnh không thể giao tiếp, không nghe được hoặc nghe được âm thanh nhưng không phân biệt âm thanh. Nghe kém và điếc có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng nghe kém nặng hoặc điếc gặp ở người lớn tuổi nhiều hơn người trẻ. Theo WHO có 6,3 triệu người ở Ấn Độ mất sức nghe, ước tính chiếm 7,6% người lớn ở Ấn Độ[1],[2]. Mất sức nghe ở người lớn còn gây một số các nguy cơ khác như giảm cơ hội làm việc, giảm thu nhập, mất quyền tự chủ, dễ bị tai nạn giao thông, giảm hay mất khả năng giao tiếp, bị cô lập trong gia đình và xã hội, và hậu quả là rối loạn tâm thần. Ngay cả dịch vụ chăm sóc y tế với người lớn tuổi mất sức nghe cũng không có tiêu chuẩn rõ ràng, mặc dù WHO đã xếp mất sức nghe vào nhóm những người tàn tật năm 2004, nhưng vẫn có sự mất công bằng và thiệt thòi cho người bệnh mất sức nghe [3],[4]. Trước năm 1985 thì người bệnh nghe kém sử dụng máy trợ thính cũng cải thiện đáng kể khả năng giao tiếp, nhưng có nhiều người bệnh thiết bị này không giúp được gì cho họ. Tới năm 1985 ốc tai điện tử được cấy cho người bệnh, khả năng phục hồi chức năng nghe tốt, giúp cho người bệnh hòa nhập xã hội tốt, có cơ hội việc làm và giảm các nguy cơ đáng kể đặc biệt với người bệnh mất sức nghe nặng hoặc điếc cả hai tai. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định một số nguyên nhân gây điếc/nghe

kém nặng, chỉ định và đánh giá kết quả sau phẫu thuật cấy ốc tai điện tử đối với từng người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này được thực hiện tại trung tâm Tai Mũi Họng và phẫu thuật cấy ốc tai, Bệnh viện đại học y Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh nghe kém rất nặng 2 tai đeo máy trợ thính không hiệu quả, điếc một tai hoặc điếc 2 tai. Đã được phẫu thuật cấy ốc tai từ năm 2011 đến năm 2022. Trước phẫu thuật được chẩn đoán xác định nguyên nhân, đánh giá chức năng nghe đơn âm và sức nghe lời, chụp cắt lớp vi tính và MRI xương thái dương, được khám và làm các xét nghiệm đầy đủ trước khi phẫu thuật. Được phẫu thuật cấy ốc tai, đánh giá tai biến và triệu chứng sau phẫu thuật, cách thức phẫu thuật ghi đầy đủ rõ ràng, loại ốc tai điện tử được sử dụng. Sau phẫu thuật đánh giá tai biến và triệu chứng, ngày bật máy, đánh giá đáp ứng của người bệnh, đo sức nghe trường tự do, đo sức nghe lời với chỉ số SRT và SDI. Các thông số nghiên cứu được thống kê, xử lý

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình 41,65 (17-76), nam là 9/17, nữ là 8/17, thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật 3,89 năm (2-13)

Nguyên nhân gây nghe kém rất nặng, điếc

Bảng 1. Nguyên nhân nghe kém rất nặng/điếc sau ngôn ngữ

Nguyên nhân	n	%
Sau xạ trị NPC	1	5,8
Viêm tai giữa mạn	1	5,8
Viêm màng não mủ	5	29,6
Sau nhiễm Virus	1	5,8
Điếc đột ngột	3	17,7
Nghe kém tiến triển	3	17,7
Không xác định	3	17,7
N	17	100,0

Thời gian điếc trước phẫu thuật trung bình là 8,5 năm (1- 18). Người bệnh viêm màng não mủ 5/17 điếc 2 tai, điếc đột ngột có 3 người trong đó 2 người điếc 1 bên tai trái và 1 người điếc 2 tai. Không xác định được nguyên nhân gây điếc có 3 người. Nghe kém bẩm sinh có 3 người đã đeo máy trợ thính nhưng hiệu quả của máy trợ thính giảm dần, trong đó có 1 người, một bên tai trái đã bị điếc do áp lực từ chiến tranh, một tai nghe kém, đeo máy trợ thính nhưng hiệu quả giảm dần. Sau nhiễm virus có 1 người, điếc 2 tai. Viêm tai giữa mạn 1 người điếc cả 2 tai. Sau xạ

trị có 1 người, một tai điếc 1 tai nghe kém rất nặng, đeo máy trợ thính không hiệu quả. Những người bệnh này được đo sức nghe đơn âm, kết quả là nghe kém nặng hoặc điếc, không đo được ngưỡng nghe lời.

Phẫu thuật tai bên trái có 6 bệnh nhân, trong đó 2 bệnh nhân điếc đột ngột tai trái tai phải có sức nghe bình thường, 2 bệnh nhân điếc cả 2 tai sau viêm màng não mủ do bên phải bị calci hóa nhiều, một bệnh nhân nghe kém nhưng tai phải có sức nghe tốt hơn, một bệnh nhân viêm màng não mủ phẫu thuật cấy hai bên. Phẫu thuật tai bên phải chiếm 11/17 người bệnh. Thiết bị ốc tai điện tử của Med-El và AB, trong đó Med-El là 13/17 người bệnh, ốc tai điện tử AB là 4/17 người bệnh. Phương pháp phẫu thuật đặt điện cực qua cửa sổ tròn 17/17 người bệnh. Không có bệnh nhân nào dị dạng tai trong, không có tai biến liệt VII ngoại biên, rò dịch não tủy, tất cả các điện cực đều được đặt hoàn toàn trong ốc tai. Đánh giá IFT trong phẫu thuật tất cả người bệnh trong giới hạn cho phép. Đo NRT trong phẫu thuật có 1 người bệnh điếc sau viêm màng não mủ điện cực không đáp ứng, dù đo với cường độ lớn nhất. Trong và sau phẫu thuật tất cả người bệnh đều được chụp phim xương thái dương có kết quả điện cực hoàn toàn nằm

trong ốc tai. Đánh giá chức năng nghe sau phẫu thuật (bảng 2), tỷ lệ cải thiện sức nghe sau phẫu thuật là 94,1% (16/17), không cải thiện sức nghe là 5,9% (1/17). Trường hợp không cải thiện sức nghe là người bệnh số 8, nam 40 tuổi, nghề nghiệp giáo viên, sau khi viêm màng não mủ người bệnh đi lại chậm và không vững, ngay cả khi giao tiếp bằng chữ viết cũng chậm, như vậy ngoài tổn thương tai trong có thể còn tổn thương cả vùng vận động và nhận thức, do đó sau khi phẫu thuật sức nghe không cải thiện. Đây là trường hợp chỉ định không chính xác, vì tiên lượng sau phẫu thuật người bệnh nghe được, có thể giao tiếp được sẽ cải thiện những triệu chứng hiện tại, đây cũng là một thất bại cần phải rút kinh nghiệm trong chỉ định. Bốn bệnh nhân viêm màng não mủ phẫu thuật sau người bệnh số 8 đều đánh giá về vận động, nhận thức và giao tiếp bằng chữ viết rất cụ thể, cả bốn người bệnh đều cải thiện sức nghe rất tốt, đo ở trường tự do ngưỡng nghe là 30 – 35 dB. Người bệnh số 12, nam 47 tuổi, sau phẫu thuật tai phải được 3 tháng, sức nghe cải thiện tốt, có khả năng giao tiếp tốt với mọi người, quyết định phẫu thuật cấy ốc tai điện tử tai còn lại, sau phẫu thuật 2 năm, rất hài lòng với phẫu thuật.

Bảng 2. Đánh giá sức nghe trước và sau phẫu thuật

Bệnh nhân	Tuổi	Giới	Triệu chứng chính	PTA trước phẫu thuật	PTA sau phẫu thuật Trường tự do	Thời gian sau FT
1	50	nam	Nghe kém, ù tai	87 dB	35	13
2	63	nam	Nghe kém, điếc áp lực	90	35	11
3	53	nam	Nghe kém	90	45	8
4	35	nữ	Nghe kém	90	35	7
5	30	nữ	Điếc	100	35	4
6	50	nữ	Điếc	97,5	30	3
7	18	nữ	Điếc	105		3
8	40	nam	Điếc, chóng mặt, ù tai, giao tiếp kém	115	115, không giao tiếp được	3
9	31	nữ	Điếc tai T, ù tai khó chịu	110	35	3
10	27	nam	Điếc tai T, ù tai khó chịu	105	30	3
11	40	nam	Điếc	115	35	2
12	47	nam	Điếc	105	30	2(FT 2 tai)
13	20	nữ	Nghe kém	87,5	35	2
14	20	nữ	Điếc	95	35	1
15	76	nữ	Điếc	105	40	1
16	67	nam	Điếc, chóng mặt	100	30	1
17	42	nam	Điếc, chóng mặt	100	30	1

Người bệnh số 16 cũng điếc do viêm màng não mủ, calci toàn bộ các ống bán khuyên bên phải, ốc tai calci ở đoạn đầu của vòng đáy, bên trái calci gần toàn bộ ốc tai, tiền đình và ống bán khuyên trái calci toàn bộ; sau phẫu thuật 2 tháng có thể giao tiếp với mọi người trong gia

đình bình thường, hạn chế ở môi trường đông người, cảm giác chóng mặt do calci tiền đình và ống bán khuyên hai tai. Người bệnh số 2 điếc tai phải do bom thời chiến tranh, tai trái nghe kém đã dùng máy trợ thính tới năm 2013 thì không thể giao tiếp được nữa, phẫu thuật cấy ốc tai

bên trái tháng 2 /2014, sau phẫu thuật giao tiếp tốt, gọi điện thoại nói chuyện bình thường. Người bệnh số 9 và 10 là hai bệnh nhân bị điếc đột ngột tai trái 3 tháng, đến khám vì lý do tiếng ù tai như tiếng ve kêu suốt ngày, và không thể chịu được khi nói chuyện với một nhóm người, do vậy người bệnh thường ở nhà hạn chế đi ra ngoài, người bệnh than phiền về cảm giác tiếng vang kinh khủng ở bên tai điếc khi ở môi trường tiếng ồn. Sau phẫu thuật và bật máy tiếng ù tai giảm dần rồi hết, hiện tại người bệnh không hạn chế giao tiếp, có thể đi hát cùng một nhóm người, rất hài lòng với kết quả phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi người bệnh từ 18 đến 76 tuổi, như vậy độ tuổi nào cũng có thể gặp, tuy nhiên từng nhóm tuổi có nguyên nhân khác nhau, nhóm tuổi trẻ thường gặp là điếc đột ngột, nhóm tuổi trên 40 thường là nghe kém tiến triển hoặc viêm màng não mủ do ăn tiết canh. Thời gian điếc trung bình là 8,5 năm, kéo dài từ 12 tháng đến 18 năm tính tới thời điểm phẫu thuật, là khoảng thời gian chịu đựng rất dài là do người bệnh tự quyết định, lý do chính là chi phí quá cao, bản thân không đủ tiền vì không có nguồn thu nhập, gia đình không đủ điều kiện hoặc các con không đồng ý, nghiên cứu của Jaiswal thì người bệnh chịu điếc trung bình là 12 năm mới phẫu thuật, cũng chỉ vì chi phí phẫu thuật quá cao^[2]. Trong 17 người bệnh nghiên cứu (bảng 3.1) có 7/17 trường hợp do viêm chiếm 41,2% trong đó có 5 trường hợp điếc hai tai sau viêm màng não mủ do ăn tiết canh lợn chiếm 29,4%, có 1 trường hợp do viêm tai giữa mạn và 1 trường hợp sau nhiễm virus. Có 3 trường hợp điếc đột ngột chiếm 17,7%, điếc không xác định được nguyên nhân có 3 trường hợp chiếm 17,7%, 3 trường hợp do nghe kém tiến triển. Kết quả trong nghiên cứu này khác với Jaiswal^[2] và cộng sự khi nghiên cứu trên 21 trường hợp cấy ốc tai điện tử người lớn, nguyên nhân chính là viêm nhiễm có 11/21 chiếm tỷ lệ 52,4% trong đó do viêm tai giữa mạn là 9/21 trường hợp chiếm tỷ lệ 42,9%, điếc không rõ nguyên nhân là 5/21 chiếm 18,5%, nhiễm độc 2/21 chiếm 9,5%, sau viêm màng não mủ 1/21 chiếm 4,8%. Kết quả nghiên cứu hồi cứu của Medina và cộng sự^[5] ở Tây Ban Nha từ 2001 đến 2015 có 28% cấy ốc tai điện tử là do xấp xỉ tai, do viêm nhiễm là 24%. Như vậy tỷ lệ nguyên nhân gây điếc và nghe kém rất nặng ở người lớn ở các quốc gia khác nhau có tỷ lệ nguyên nhân khác nhau là do đặc trưng của bệnh ở từng khu vực khác nhau, do thói quen ăn, uống khác nhau, do trình độ hiểu biết khác

nhau. Theo Carlson ML^[6] ở các nước Tây Âu thì nguyên nhân điếc nghe kém rất nặng ở người lớn thường gặp nhiều do không xác định được nguyên nhân, do tiếng ồn, do di truyền, do nhiễm độc thuốc. Kết quả cải thiện sức nghe trong nghiên cứu của chúng tôi là 16/17 trường hợp có sức nghe sau phẫu thuật từ 30- 45 dB (Bảng 3.2), đặc biệt sau phẫu thuật cấy ốc tai ở hai trường hợp điếc đột ngột bên tai trái, người bệnh hết ù tai. Khả năng phục hồi chức năng nghe sau phẫu thuật cấy ốc tai ở người lớn không phụ thuộc vào thời gian bị nghe kém hoặc điếc, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Medina^[5], người bệnh số 1, 13,14 có thời gian nghe kém và điếc trước phẫu thuật từ 17- 20 năm, vẫn có sức nghe sau phẫu thuật là 30 - 35 dB, tương tự như người bệnh số 9, 10 và 12 có thời gian điếc là 12 tháng. Hiệu quả phục hồi sức nghe và khả năng giao tiếp, hòa nhập với xã hội sau phẫu thuật cấy ốc tai điện tử là điều được người bệnh ghi nhận, và nhiều nghiên cứu đã công bố^{[2][4][5][8]}, tuy nhiên số người chấp nhận phẫu thuật là rất nhỏ so với những người có chỉ định phẫu thuật, theo nghiên cứu của Sorkin^[7] là < 10%, còn trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này < 5%. Vấn đề không đồng ý phẫu thuật không phải do lo sợ về tai biến, người bệnh biết rõ là được phẫu thuật sức nghe sẽ tốt hơn, nhưng cản trở lớn nhất là người bệnh không đủ tiền phẫu thuật, hoặc gia đình không muốn chi một khoản tiền lớn cho người bệnh, vấn đề này không chỉ gặp ở Việt Nam mà còn gặp cả ở những nước phát triển^{[2][4][7]}. Ngoài ra còn do các nhân viên trong ngành y tế, các nhà thính học khi đánh giá không theo một quy chuẩn nào, có thể đánh giá theo sức nghe đơn âm, theo sức nghe lời, sức nghe khách quan, và đưa ra những tư vấn khác nhau, không đảm bảo công bằng trong chăm sóc y tế, cũng làm hạn chế người bệnh đồng ý phẫu thuật^{[2][4]}.

Tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật trong nghiên cứu này là 0%, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của Jaiswal SA là 2,4%, Carlson ML trong nghiên cứu năm 2020 là 20%^{[2][6]}. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thất bại là 4,8% (bảng 3.2), đó là trường hợp hợp tổn thương cả não và tai trong ở người bệnh sau viêm màng mủ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cấy ốc tai điện tử mang lại cơ hội phục hồi chức năng nghe tốt cho người bệnh điếc sau ngôn ngữ, tạo điều kiện tốt cho người bệnh tái hòa nhập cộng đồng, là phẫu thuật ít tai biến. Cần nâng cao kiến thức cho nhân viên y tế và mọi người về những rủi ro tiềm ẩn đối với

người điếc sau ngôn ngữ, thời gian chịu điếc càng dài, rủi ro càng lớn. Cần khuyến cáo cho mọi người bỏ thói quen ăn tiết canh lợn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garg S, Chadha S, Malhotra S, Agarwal AK.** Deafness: burden, prevention and control in India. *Natl Med J India.* 2009;22:79–81. [PubMed] [Google Scholar]
2. **Jaiswal SA, Kumar R, et. al,** Cochlear Implantation in Adults with Post-lingual Hearing Loss: Clinico-Demographical Study and Outcomes in the Current Times. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023 Apr; 75(Suppl 1): 548–551
3. **Sandra P, Hillary S, Teresta Z,** Audiology Practices in the Preoperative Evaluation and Management of Adult Cochlear Implant Candidates. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg,* 2020 Feb 1;146(2):136-142.
4. **Matthew LC, Douglas PS et.al,** Survey of the American Neurotology Society on Cochlear Implantation: Part 1, Candidacy Assessment and Expanding Indications. *Otol Neurotol,* 2018 Jan;39(1): e12-e19. doi: 10.1097/MAO.0000000000001632.
5. **Medina MDM, Polo R, Gutierrez A, et al.** Cochlear implantation in postlingual adult patients with long-term auditory deprivation. *Otol Neurotol.* 2017;38:e248–e252. doi: 10.1097/MAO.0000000000001257. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. **Carlson ML. Cochlear implantation in adults.** *N Engl J Med.* 2020;382:1531–1542. doi: 10.1056/NEJMra1904407. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. **Sorkin DL.** Cochlear implantation in the world's largest medical device market: utilization and awareness of cochlear implants in the United States. *Cochlear Implants Int.* 2013;14:S4–S12. doi: 10.1179/1467010013Z.00000000076. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. **Montes F, Peñaranda A, Correa S, et al.** Cochlear implants versus hearing aids in a middle-income country: costs, productivity, and quality of life. *Otol Neurotol.* 2017;38:e26–33. doi: 10.1097/MAO.0000000000001393. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DIỆT HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRĂNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Hoàng Thị Cúc¹, Trần Thị Kiều Anh¹,
Trần Thị Yến¹, Nguyễn Anh Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả diệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng theo phác đồ 4 thuốc có bismuth PTMB. **Phương pháp nghiên cứu:** can thiệp, tại bệnh viện Đại học y khoa Vinh 04/2023 – 04/2024 trên 34 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng nhiễm *Helicobacter pylori* bằng xét urease. **Kết quả:** Nam chiếm 67,6%, nữ 32,4%, tuổi trung bình 52,1 ± 13,5, Triệu chứng lâm sàng: 79,4% BN có đau thượng vị, 52,9% BN ợ hơi ợ chua, buồn nôn, nôn 50 %, nóng rất thượng vị 58,8%. 58,8 % BN loét dạ dày, 41,2 % loét tá tràng. Tỷ lệ liền sẹo tốt chiếm 88,2%. Tỷ lệ diệt trừ thành công của phác đồ 4 thuốc có Bismuth PTMB là 91,2%. 44,1% bệnh nhân có tác dụng phụ và đều ở mức nhẹ. **Kết luận:** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth có tỷ lệ diệt trừ cao. Tác dụng phụ gặp ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: phác đồ 4 thuốc có Bismuth, *helicobacter pylori*, peptic ulcer.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPIC

¹Trường Đại học Y khoa Vinh, Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Cúc
Email: hoangcucykv88@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024
Ngày duyệt bài: 8.8.2024

IMAGES ANHD RESULTS OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION TREATMENT IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCERS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics, endoscopic images and results of *Helicobacter pylori* eradication in patients with duodenal ulcers following the 4 – drug regimen containing bismuth PTMB. **Methods:** Intervention, at Vinh Medical University Hospital 04/2023- 04/2024 on 34 peptic ulcer patients infected with *Helicobacter pylori* by urease test. **Results:** Men account for 67.6%, women 32.4%, average age 52.1 ± 13.5, Clinical symptoms: 79.4% of patients have epigastric pain, 52.9% of patients have belching, heartburn, sadness vomiting, vomiting 50%, epigastric burning 58.8%. 58.8% of patients had gastric ulcers, 41.2% had duodenal ulcers. The rate of good scar healing is 88.2%. The successful eradication rate of the 4-drug regimen with Bismuth PTMB is 91.2%. 44.1% of patients had side effects and they were all mild. **Conclusion:** Bismuth-containing quadruple regimen achieved very eradication rates. Side effects are mild. **Keywords:** 4-drug regimen includes Bismuth, *helicobacter pylori*, and duodenal ulcer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới khẳng định nhiễm *H.pylori* là bệnh nhiễm trùng [1], tỷ lệ nhiễm ở