

cho thấy thời gian mắc bệnh càng lâu, bệnh nhân càng có xu hướng tuân thủ tốt hơn do đã quen với phác đồ điều trị, hiểu rõ tầm quan trọng của việc dùng thuốc đều đặn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Rabab Atta Saudi và cộng sự [4] cũng như của Trần Đỗ Thanh Phong và Phan Vũ Hùng [3], khi cả hai đều ghi nhận mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và mức độ tuân thủ điều trị, trong đó bệnh nhân mới được chẩn đoán thường có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị đái tháo đường type 2 của bệnh nhân với các yếu tố như: tuổi, nơi ở, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh. Trong đó, tỷ suất chênh giữa tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên và dưới 60 tuổi là 2,199, thành thị có tỷ số chênh tuân thủ điều trị cao hơn 1,660 lần so với nông thôn. Đồng thời, tỷ suất chênh tuân thủ điều trị của bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 năm

trở lên cao gấp 1,971 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (2021)**, "IDF Diabetes Atlas 10th edition", 2021.
2. **Bộ Y tế (2020)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Đái tháo đường type 2", Thư viện pháp luật.
3. **Phan Vũ Hùng và Trần Đỗ Thanh Phong (2024)**, "Tình hình tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang 2022", Tạp Chí Y học Cộng đồng, 65(2).
4. **R, A, Saudi, et al (2022)**, "Illness perception, medication adherence and glycemic control among primary health-care patients with type 2 diabetes mellitus at Port Said City, Egypt", Diabetol Int, 13(3).
5. **Xingli Ma, et al.(2023)**, The urban-rural disparities and factors associated with the utilization of public health services among diabetes patients in China. BMC Public Health 23, 2290.
6. **Nasrin Pourhabibi, et al. (2022)**, Factors associated with treatment adherence to treatment among in patients with type 2 diabetes in Iran: A cross-sectional study, Front. Public Health, 10.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG BỘC LỘ THẦN KINH MẶT VÀ VỊ TRÍ CHOLESTEATOMA TRONG PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH CHOLESTEATOMA

Lê Quang¹, Ngô Hoàng Phúc¹

TÓM TẮT

Mục đích: Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ dây thần kinh mặt và vị trí cholesteatoma theo phân loại STAM trong phẫu thuật ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 tai viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành Phố Hồ Chí Minh (08/2024–08/2025). **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 43,3 (16–82). Tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt được ghi nhận trong phẫu thuật là 43,4%. Tình trạng này gặp cao hơn rõ rệt khi bệnh tích hiện diện đồng thời tại hòm nhĩ–thượng nhĩ–xương chũm (TAM: 66,7% so với 24,1%; $PR=2,76$; $p < 0,001$) và khi có cholesteatoma tại xoang nhĩ/ngách mặt (S2: 61,2% so với 28,1%; $PR=2,2$; $p < 0,001$). Sự hiện diện cholesteatoma ở tất cả các vị trí trong phân loại STAM cũng liên quan bộc lộ cao hơn (68,2% so với 36,9%; $PR= 1,85$; $p=0,008$). Ở nhóm giai đoạn III theo EAONO/JOS, tỷ lệ bộc lộ cao

hơn so với giai đoạn I–II (75,0% so với 37,8%; $PR=1,99$; $p=0,006$). **Kết luận:** Tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ dây thần kinh mặt khá thường gặp trong phẫu thuật kiểm soát bệnh tích cholesteatoma. Tỷ lệ này tăng đáng kể ở nhóm bệnh nhân có sự hiện diện cholesteatoma tại các vị trí TAM, S2, cũng như nhóm bệnh nhân ở giai đoạn III của bệnh theo EAONO/JOS. Nhận diện các yếu tố này giúp phẫu thuật viên tiên lượng nguy cơ bộc lộ thần kinh mặt, tối ưu tiếp cận và bảo vệ dây thần kinh trong thao tác lấy bệnh tích góp phần giảm nguy cơ tổn thương dây thần kinh mặt.

Từ khóa: cholesteatoma, STAM, dây thần kinh mặt, đoạn nhĩ, xoang nhĩ/ngách mặt, hòm nhĩ–thượng nhĩ–xương chũm, EAONO/JOS.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN FACIAL NERVE DEHISCENCE AND THE LOCATION OF CHOLESTEATOMA IN CHRONIC OTITIS MEDIA

Objective: To examine the association between tympanic-segment facial nerve dehiscence (FND) and cholesteatoma location classified by STAM in patients undergoing surgery for chronic otitis media with cholesteatoma. **Methods:** Cross-sectional study of 106 ears with chronic otitis media with cholesteatoma operated at Ho Chi Minh City Ear–Nose–Throat Hospital (08/2024–08/2025). **Results:** Mean age was

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang

Email: lequang@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

43.3 years (range 16–82). Overall, FND was identified in 43,4% of ears. FND was significantly more frequent with multicompartiment involvement of the tympanic cavity–attic–mastoid (TAM) (66,7% vs 24,1%; PR=2,76; $p<0,001$) and when cholesteatoma was present at S2 (sinus tympani; facial recess) (61,2% vs 28,1%; PR=2,20; $p<0,001$). Involvement of all STAM subsites was also associated with higher FND (68,2% vs 36,9%; PR=1,85; $p=0,008$). Patients with EAONO/JOS stage III had a higher FND rate than stage I–II (75% vs 37,8%; PR=1,99; $p=0,006$).

Conclusion: Tympanic-segment FND is common during cholesteatoma surgery. The prevalence of this condition significantly increases in patients with cholesteatoma located at TAM, S2, as well as in patients with Stage III disease according to the EAONO/JOS classification. Recognizing these risk markers supports proactive endoscopic inspection, tailored surgical exposure, and facial-nerve protection to reduce iatrogenic injury.

Keywords: cholesteatoma; STAM classification; facial nerve; tympanic segment; sinus tympani/facial recess (S2); tympanic cavity–attic–mastoid (TAM); EAONO/JOS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma là bệnh lý thường gặp trong tai mũi họng với tỷ suất mắc hàng năm ước tính khoảng 9,2/100.000 dân. Trên nền viêm tai giữa mạn tính, sự hình thành của khối cholesteatoma có nguồn gốc từ biểu mô lát tầng sừng hoá của ống tai ngoài hoặc màng nhĩ, có khả năng gây phá huỷ các cấu trúc xương và mô mềm lân cận. Trong đó, tình trạng bộc lộ dây thần kinh mặt được xem là một phát hiện quan trọng trong phẫu thuật tai giữa. Bộc lộ dây thần kinh mặt có thể là hậu quả của quá trình tiêu xương do cholesteatoma, hoặc cũng có thể là bất thường bẩm sinh của cồng thần kinh mặt. Sự hiện diện của tình trạng bộc lộ thần kinh mặt, tỷ lệ lên đến 18 – 30%, làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh trong lúc phẫu thuật, có thể gây liệt mặt, ảnh hưởng lâu dài đến chức năng vận động, thẩm mỹ và chất lượng sống của người bệnh.^{1,2}

Bộc lộ thần kinh mặt có thể đánh giá dựa trên CT scan xương thái dương trước phẫu thuật, tuy nhiên độ nhạy dao động từ 33,3 – 83% và độ đặc hiệu từ 60 – 97%. Vì vậy, khả năng đánh giá cấu trúc này trên CT scan có thể không chính xác. Dựa trên các nghiên cứu trên thế giới, một số yếu tố được ghi nhận làm tăng nguy cơ bộc lộ thần kinh mặt, bao gồm: cholesteatoma tái phát, tình trạng bộc lộ ống bán khuyên ngoài, mức độ và vị trí lan rộng của cholesteatoma.^{3,4}

Hệ thống phân loại STAM do Viện Hàn Lâm Tai và Thần kinh học Châu Âu hợp tác với Hiệp hội Tai Nhật Bản (EAONO/JOS) phát triển với

mục tiêu thống nhất thuật ngữ trong mô tả cholesteatoma cũng như đưa ra hệ thống phân loại và phân giai đoạn của cholesteatoma giúp phẫu thuật viên mô tả phạm vi lan rộng, dự đoán mức độ khó khăn trong phẫu thuật, và so sánh kết quả giữa các trung tâm. Tuy nhiên, hiện tại vẫn còn ít nghiên cứu phân tích trực tiếp mối liên hệ giữa mức độ lan rộng cholesteatoma và giai đoạn bệnh theo STAM với tình trạng bộc lộ thần kinh mặt. Việc làm rõ mối liên hệ này sẽ giúp cho phẫu thuật viên có thể có thêm công cụ hữu ích để tiên lượng nguy cơ bộc lộ thần kinh mặt, định hướng lựa chọn đường mổ an toàn và góp phần giảm nguy cơ tổn thương dây thần kinh mặt.⁵

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma được phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ tháng 08 năm 2024 đến tháng 08 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma được chụp CT scan xương thái dương và phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ tháng 08 năm 2024 đến tháng 08 năm 2025.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có tiền căn chấn thương, phẫu thuật vùng tai xương thái dương. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu, xác định một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu.

α là xác suất sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96.$$

p là tỷ lệ bộc lộ thần kinh mặt trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma (lấy từ nghiên cứu trước đây). d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn $d = 0,1$.

Dựa theo nghiên cứu trước đó của Castro A. và cộng sự⁶, giá trị $p = 0,39$

Vì vậy:

$$n = \frac{1,96 \times 0,39 \times (1-0,39)}{0,1^2}$$

$$\Rightarrow n \approx 91,39$$

Vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 92 tại viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma được phẫu thuật.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Tiến hành thu thập thông tin qua tường trình phẫu thuật bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma bao gồm phương pháp phẫu thuật và ghi nhận vị trí cholesteatoma theo STAM:

- S1: Ngách trên vòi/thượng nhĩ trước.
- S2: Xoang nhĩ.
- T: Hòm nhĩ.
- A: Thượng nhĩ.
- M: Xương chũm.

Phân giai đoạn viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma dựa trên STAM

Cholesteatoma màng chùng:

- Giai đoạn 1: cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ.

- Giai đoạn 2: cholesteatoma có ở hai hoặc nhiều vị trí.

- Giai đoạn 3: cholesteatoma có biến chứng ngoài sọ.

- Giai đoạn 4: cholesteatoma có biến chứng nội sọ.

Cholesteatoma màng căng, cholesteatoma mắt phải thứ phát.

- Giai đoạn 1: cholesteatoma khu trú ở hòm nhĩ.

- Giai đoạn 2: cholesteatoma có ở hai hoặc nhiều vị trí.

- Giai đoạn 3: cholesteatoma có biến chứng ngoài sọ.

- Giai đoạn 4: cholesteatoma có biến chứng nội sọ.⁵

Ghi nhận tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt.

Dùng phép kiểm Chi bình phương để Kiểm định sự khác biệt giữa biến số định tính và định tính. Tất cả các giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích dữ liệu được thực hiện thông qua phần mềm IBM SPSS Statistics 26.

Vấn đề y đức: Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh chấp thuận. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về quy trình và đã đồng ý bằng văn bản tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian tháng 08 năm 2024 đến tháng 08 năm 2025, có 106 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 43,3 tuổi (từ 16 đến 82 tuổi). Tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ghi nhận trong phẫu thuật giữa là 43,4%.

Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt với vị trí bệnh tích hiện diện tại tất cả vị trí, hòm nhĩ – thượng nhĩ – xương chũm (TAM), thượng nhĩ – xương chũm (AM), thượng nhĩ (A) và xoang nhĩ – ngách mặt (S2) được khảo sát.

Bảng 1. Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt và sự hiện diện cholesteatoma ở tất cả các vị trí theo STAM

Đặc điểm	Bộc lộ đoạn nhĩ trong phẫu thuật		Tổng	p	
	Không	Có			
Hiện diện cholesteatoma ở tất cả vị trí	Không	53 (63,1%)	31(36,9%)	84 (100%)	0,008
	Có	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 (100%)	
Tổng		60	46	106	

Nhận xét: Trong 106 tai phẫu thuật, tỉ lệ bộc lộ thần kinh mặt ở nhóm có bệnh tích hiện diện tại tất cả các vị trí (68,2%) cao hơn so với nhóm không hiện diện bệnh tích tại tất cả các vị trí (36,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

(kiểm định χ^2 , $p < 0,05$). Sự hiện diện bệnh tích tại tất cả các vị trí theo phân loại STAM làm tăng 1,85 lần nguy cơ tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt so với nhóm còn lại (PR = 1,85).

Bảng 2. Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt và sự hiện diện cholesteatoma ở tại hòm nhĩ – thượng nhĩ – xương chũm (TAM)

Đặc điểm	Bộc lộ đoạn nhĩ trong phẫu thuật		Tổng	P	
	Không	Có			
Cholesteatoma hiện diện ở TAM	Không	44 (75,9%)	14 (24,1%)	58 (100%)	<0,001
	Có	16 (33,3%)	32 (66,7%)	48 (100%)	
Tổng		60	46	106	

Nhận xét: Tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ở nhóm có bệnh tích hiện diện cùng lúc tại hòm nhĩ – thượng nhĩ – xương chũm (TAM) (66,7%) cao hơn so với nhóm không hiện diện bệnh tích cùng lúc tại hòm nhĩ – thượng nhĩ – xương chũm

(24,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định χ^2 , $p < 0,05$). Sự hiện diện bệnh tích cùng lúc tại hòm nhĩ – thượng nhĩ – xương chũm làm tăng 2,76 lần tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt so với nhóm còn lại (PR = 2,76).

Bảng 3. Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt và sự hiện diện cholesteatoma ở tại thượng nhĩ – xương chũm (AM)

Đặc điểm		Bộc lộ đoạn nhĩ trong phẫu thuật		Tổng	p
		Không	Có		
Cholesteatoma hiện diện ở AM	Không	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26 (100%)	0,135
	Có	42 (52,5%)	38 (47,5%)	80 (100%)	
Tổng		60	46	106	

Nhận xét: Tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ở nhóm có bệnh tích hiện diện cùng lúc tại thượng nhĩ – xương chũm (AM) (47,5%) cao hơn so với nhóm không hiện diện cùng lúc tại thượng nhĩ – xương chũm (30,8%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (kiểm định χ^2 , $p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt và sự hiện diện cholesteatoma ở tại thượng nhĩ (A)

Đặc điểm		Bộc lộ đoạn nhĩ trong phẫu thuật		Tổng	p
		Không	Có		
Cholesteatoma hiện diện ở A	Không	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100%)	0,631
	Có	57 (55,9%)	45 (44,1%)	102 (100%)	
Tổng		60	46	106	

Nhận xét: Trong 106 tai phẫu thuật, tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ở nhóm có bệnh tích hiện diện tại thượng nhĩ (A) (44,1%) cao hơn so với nhóm không hiện diện bệnh tích tại thượng nhĩ (25,0%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (kiểm định χ^2 , $p > 0,05$).

Bảng 5. Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt và sự hiện diện cholesteatoma ở tại xoang nhĩ/ ngách mặt (S2)

Đặc điểm		Bộc lộ đoạn nhĩ trong phẫu thuật		Tổng	p
		Không	Có		
Cholesteatoma hiện diện ở S2	Không	41 (71,9%)	16 (28,1%)	57 (100%)	<0,001
	Có	19 (38,8%)	30 (61,2%)	49 (100%)	
Tổng		60	46	106	

Nhận xét: Tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ở nhóm có bệnh tích hiện diện cùng lúc tại xoang nhĩ/ ngách mặt (S2) (61,2%) cao hơn so với nhóm không hiện diện bệnh tích cùng lúc tại xoang nhĩ – ngách mặt (28,1%), sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê (kiểm định χ^2 , $p < 0,05$). Sự hiện diện bệnh tích tại vị trí xoang nhĩ/ ngách mặt làm tăng 2,2 lần tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt so với nhóm còn lại (PR = 2,2).

Bảng 6. Mối liên hệ giữa tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt và giai đoạn III của bệnh theo STAM

Đặc điểm		Bộc lộ đoạn nhĩ trong phẫu thuật		Tổng	p
		Không	Có		
Giai đoạn III của bệnh	Không	56 (62,2%)	34 (37,8%)	90 (100%)	0,006
	Có	4 (25,0%)	12 (75,0%)	16 (100%)	
Tổng		60	46	106	

Nhận xét: Theo phân giai đoạn STAM, trong 106 tai phẫu thuật, không có bệnh nhân nào giai đoạn IV tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ở nhóm giai đoạn III (75%) cao hơn so với nhóm giai đoạn I, II (37,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định χ^2 , $p < 0,05$). Nguy cơ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt ở nhóm bệnh nhân giai đoạn III tăng 1,99 lần so với nhóm giai đoạn I, II (PR = 1,99).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 106 tai viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma ghi nhận tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt trong phẫu thuật là 43,4%. Về cơ chế, tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt có thể xuất phát từ sự thất bại cốt hoá trong giai đoạn phôi thai, hoặc tác động xói

mòn xương thứ phát bởi cholesteatoma. Tỷ lệ bộc lộ trong y văn ghi nhận biến thiên đáng kể 8,9%–45,5%, nguyên nhân có thể xuất phát từ khác biệt về quần thể nghiên cứu và tiêu chí chọn mẫu. Vashishth báo cáo tỷ lệ bộc lộ cao (40%), có thể được lý giải với cỡ mẫu nhỏ và tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm những trường hợp có tổn thương mê đạo, thần kinh mặt, hồ sọ sau, màng cứng và các biến chứng nội sọ khác. Bên cạnh đó, sự thiếu nhất quán trong phương pháp đánh giá tình trạng bộc lộ giữa các nghiên cứu cũng góp phần biến thiên tỷ lệ này. Trong nghiên cứu, chúng tôi tập trung đánh giá đoạn nhĩ, sử dụng kính hiển vi kết hợp nội soi (0–30°) và khi cần thiết, phẫu thuật viên thăm dò nhẹ nhàng cống thần kinh mặt để kiểm chứng và định vị bệnh tích theo STAM.

Cách tiếp cận này giúp giảm sai lệch do sự không đồng nhất của các phương pháp đánh giá trong y văn trước đây. Tỷ lệ bộc lộ thần kinh mặt của chúng tôi ghi nhận ở mức cao hơn mặt bằng chung. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi tỷ trọng lớn các trường hợp bệnh giai đoạn III và tần suất cholesteatoma hiện diện ở vị trí xoang nhĩ/ ngách mặt cao trong mẫu, vốn là những yếu tố liên quan mạnh với tỷ lệ bộc lộ trong chính dữ liệu của chúng tôi.⁷

Áp dụng phân loại STAM theo Viện Hàn Lâm Tai và Thần kinh học Châu Âu hợp tác với Hiệp hội Tai Nhật Bản, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt tăng rõ rệt khi cholesteatoma lan vào tất cả các khoang tại hòm nhĩ – thượng nhĩ – xương chũm. Kiểu lan rộng đa khoang này tương ứng với quan sát của Gulotta, theo đó tần suất bộc lộ thần kinh mặt cao hơn đáng kể ở cholesteatoma mắc phải nguyên phát, đặc biệt ở các trường hợp ghi nhận cholesteatoma đồng thời ở cả màng căng và màng chùng. Với những dữ kiện trên, mức độ lan rộng cholesteatoma là chỉ dấu nguy cơ bộc lộ thần kinh mặt cần được lưu ý trong lập kế hoạch và thao tác phẫu thuật.

Trong loạt ca của chúng tôi, tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt tăng rõ rệt khi cholesteatoma hiện diện tại S2 (xoang nhĩ-ngách mặt). Đây là vùng khó tiếp cận, thường khuất tầm nhìn dưới kính hiển vi. Do đó, việc sử dụng nội soi góc là cần thiết để đánh giá đầy đủ. Đồng thời vị trí này kề cận cống thần kinh mặt đoạn nhĩ. Điều này vừa làm tăng nguy cơ bộc lộ, vừa làm dây thần kinh mặt dễ tổn thương do nhiệt hay chấn thương cơ học trong thao tác lấy bỏ bệnh tích. Do đó, nội soi góc là phương tiện gần như bắt buộc khi thao tác tại vị trí này. Quá trình bóc tách màng matrix cũng nên bắt đầu từ phần lưng của đoạn nhĩ, là vị trí cống xương thường còn nguyên vẹn, theo hướng từ trên xuống, đến phần thần kinh bị bộc lộ⁸.

Xét về mối liên quan giữa giai đoạn bệnh theo EAONO/JOS và bộc lộ thần kinh mặt, dữ liệu của chúng tôi đã cho thấy giai đoạn III gắn với bộc lộ cao hơn. Điều này phù hợp với Gulotta, giai đoạn III có tần suất bộc lộ 33–42% và cao hơn các giai đoạn sớm. Quan sát này còn được củng cố ở loạt ca của Ardic, khi tỉ lệ bộc lộ thần kinh mặt tăng tuần tiến theo giai đoạn: 6% (I) → 23% (II) → 44% (III) → 60% (IV). Đặc điểm của giai đoạn III cũng được định nghĩa ngay trong đồng thuận EAONO/JOS với các biến chứng ngoài sọ hoặc tình trạng bệnh lý như liệt mặt, rò mê đạo, viêm mê đạo, áp-xe sau

tai/tiến hàm/gáy, phá hủy thành ống tai xương >1/2 chiều dài, khuyết xương trần hòm nhĩ..., hàm ý phá hủy xương rộng hơn và do đó làm tăng nguy cơ bộc lộ.⁹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 106 tai viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma cho thấy tỷ lệ bộc lộ đoạn nhĩ dây thần kinh mặt cao, chiếm 43,4%. Tình trạng này có mối liên hệ chặt với mức độ lan rộng cholesteatoma theo phân loại STAM, đặc biệt khi cholesteatoma đồng thời ở hòm nhĩ–thượng nhĩ–xương chũm. Bên cạnh đó, cholesteatoma tại vị trí xoang nhĩ/ngách mặt là yếu tố nguy cơ mạnh của tình trạng bộc lộ đoạn nhĩ thần kinh mặt. Do khuất tầm nhìn dưới kính hiển vi và kề cận ống thần kinh mặt, cholesteatoma vùng này dễ gây tiêu vỏ xương và làm tăng nguy cơ bộc lộ. Vì vậy, phẫu thuật viên cần thăm dò nhẹ nhàng cống thần kinh và sử dụng thường quy nội soi góc khi thao tác vùng này. Những phát hiện này khẳng định vai trò của việc đánh giá mức độ lan rộng cholesteatoma theo phân loại STAM như một chỉ dấu nguy cơ quan trọng cần được tầm soát có hệ thống trong lúc phẫu thuật. Ngoài ra, tỷ lệ bộc lộ tăng đáng kể ở những trường hợp giai đoạn III của bệnh theo EAONO/JOS, nhấn mạnh ý nghĩa của phân giai đoạn trong lập kế hoạch phẫu thuật và tư vấn trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Deismann M, Bonik P, Ocokoljic A, et al.** Cholesteatoma Severely Impacts the Integrity and Bone Material Quality of the Incus. *Calcified Tissue International*. 2023.
2. **Castle J.** Cholesteatoma Pearls: Practical Points and Update. *Head and Neck Pathology*. 2018.
3. **Arias-Marzán F, De Lucas-Carmona G, Pacheco Coronel E, et al.** Facial canal dehiscence in patients with cholesteatoma: concordance between intraoperative inspection, computed tomography and neurophysiological findings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2019.
4. **Gulotta G, Pace A, Giannicola I, et al.** Facial Nerve Dehiscence and Cholesteatoma: A Comparison between Decades. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*. 2020.
5. **Merkus P, Tije F, Stam M, et al.** Implementation of the "EAONO/JOS Definitions and Classification of Middle Ear Cholesteatoma" - from STAM to STAMCO. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*. 2017.
6. **Castro A, Sousa F, Costa J, et al.** Clues for facial canal dehiscence in chronic otitis media. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. 2022.
7. **Gulotta G, Pace A, Giannicola I, et al.** Facial Nerve Dehiscence and Cholesteatoma: A Comparison between Decades. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*. 2020.

8. Smouha E, Stucken E, Bojrab D. Chapter 11: Cholesteatoma. In: Sataloff's Comprehensive Textbook of Otolaryngology, Hear & Neck Surgery: Otolaryngology/Neurotology/Skull Base Surgery. Vol 1. 1st ed. Jaypee. 2016.

9. Ardiç FN, Mengi E, Tümkeya F, et al. Correlation between Surgical Outcome and Stage of Acquired Middle Ear Cholesteatoma: Revalidation of the EAONO/JOS Staging System. J Int Adv Otol. 2020.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Hà Quang Tạo¹, Nguyễn Vũ Thắng¹,
Trần Thanh Hòa², Hoàng Thị Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu và mô tả cắt ngang có theo dõi dọc được thực hiện trên bệnh nhân bệnh động mạch vành đã trải qua can thiệp động mạch vành qua da. Các bệnh nhân được theo dõi liên tục trong 12 tuần, với các chỉ số lipid máu bao gồm LDL-C, HDL-C, triglyceride và cholesterol toàn phần được đo tại ba thời điểm: nhập viện (T0), sau 4 tuần (T4) và sau 12 tuần (T12). Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20 với các kiểm định thống kê phù hợp. **Kết quả:** Tỷ lệ BN tăng cholesterol là 18,4%; tăng LDL-C cao là 9,6% và tăng rất cao là 4,4%; tỷ lệ BN giảm HDL là 23,7%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu kết hợp là 8,6%, rối loạn cholesterol và triglycerid có tỷ lệ lần lượt là 18,4% và 21,9%. Tỷ lệ BN có LDL-C và non-HDL-C chưa đạt mục tiêu điều trị tại thời điểm nhập viện là 96,5% và 94,7%.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu; LDL-Cholesterol; Can thiệp động mạch vành qua da.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BLOOD LIPID DISORDERS IN PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of dyslipidemia in patients after percutaneous coronary intervention at Hai Duong General Hospital. **Methods:** A retrospective and prospective cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on patients with coronary artery disease who underwent percutaneous coronary intervention. Patients were continuously monitored for 12 weeks, with lipid parameters including LDL-C, HDL-C, triglycerides, and total cholesterol measured at three time points: hospital admission (T0), after 4 weeks (T4), and after

12 weeks (T12). Data were analyzed using SPSS 20 software with appropriate statistical tests. **Results:** The prevalence of hypercholesterolemia was 18.4%, high LDL-C was 9.6%, and very high LDL-C was 4.4%. The proportion of patients with low HDL-C was 23.7%. The prevalence of combined dyslipidemia was 8.6%, while isolated hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia were 18.4% and 21.9%, respectively. The proportion of patients not achieving target LDL-C and non-HDL-C levels at hospital admission was 96.5% and 94.7%, respectively.

Keywords: Dyslipidemia; LDL-Cholesterol; Percutaneous Coronary Intervention.I

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới, trong đó bệnh động mạch vành (ĐMV) chiếm 14% số ca tử vong toàn cầu. Tại khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, gần một nửa số ca tử vong do bệnh tim mạch có liên quan đến ĐMV [1]. Dù các phương pháp can thiệp động mạch vành qua da (PCI) giúp cải thiện tiên lượng bệnh nhân, nhưng biến cố tim mạch vẫn xảy ra phổ biến, đặc biệt ở những bệnh nhân có rối loạn lipid máu [2]. Rối loạn lipid máu (RLLPM), đặc biệt là tăng LDL-Cholesterol (LDL-C), là một trong những yếu tố nguy cơ chính của bệnh ĐMV [3]. Theo nghiên cứu INTERHEART, mức LDL-C cao có liên quan trực tiếp đến sự tiến triển của xơ vữa động mạch và các biến cố tim mạch [4]. Việc đánh giá đặc điểm RLLPM ở bệnh nhân sau PCI là cần thiết để hiểu rõ hơn về tình trạng lipid máu và đề xuất biện pháp quản lý hiệu quả. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá chi tiết về đặc điểm RLLPM ở bệnh nhân sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh nhân này, góp phần cung cấp dữ liệu quan trọng cho việc quản lý và điều trị bệnh động mạch vành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

¹Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Quang Tạo

Email: haquangtaohd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025