

6. (1999). **Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure:** Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet Lond Engl*, **353(9169)**, 2001–2007.
7. (1999). **The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II):** a randomised trial. *Lancet Lond Engl*, **353(9146)**, 9–13.
8. **De Vecchis R., Esposito C., Di Biase G. và cộng sự. (2014).** B-type natriuretic peptide-guided versus symptom-guided therapy in outpatients with chronic heart failure: a systematic review with meta-analysis. *J Cardiovasc Med Hagerstown Md*, **15(2)**, 122–134.
9. **Trần Đ.C., Phạm D.L., và Hoàng V.S. (2024).** Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tổng máu khác nhau. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **534(1B)**.
10. **MacDonald M.R., Tay W.T., Teng T.-H.K. và cộng sự. (2020).** Regional Variation of Mortality in Heart Failure With Reduced and Preserved Ejection Fraction Across Asia: Outcomes in the ASIAN-HF Registry. *J Am Heart Assoc*, **9(1)**, e012199.

ỨNG DỤNG QUAN SÁT CHUYỂN ĐỘNG NHÃN CẦU (VNG) VÀ BÀI KIỂM TRA LẮC ĐẦU CÓ GHI HÌNH (vHIT) TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CHÓNG MẶT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đoàn Văn Anh Vũ¹, Huỳnh Đăng Lộc¹, Huỳnh Thị Như Ý¹, Phan Xuân Uy Hùng¹, Nguyễn Minh Đức², Hoàng Tiến Trọng Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm trên hệ thống quan sát chuyển động nhãn cầu (VNG) và bài kiểm tra lắc đầu có ghi hình (vHIT) ở các nguyên nhân chóng mặt khác nhau, từ đó làm rõ giá trị phân biệt của các khảo sát này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 người bệnh chóng mặt tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 7/2024 đến tháng 10/2025. Người bệnh được thăm khám lâm sàng, đánh giá bằng hệ thống VNG (VisualEyes 525) và vHIT (Eyesecam). **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 46.92 ± 12.25 , tỷ lệ nam giới chiếm 50.7%. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV) là nguyên nhân thường gặp nhất (45%), tiếp theo là bệnh thần kinh tiền đình một bên (31.51%) và các nguyên nhân khác (23.21%). Phân tích đặc điểm chức năng tiền đình cho thấy: Nhóm BPPV (n=33) đặc trưng bởi 100% dương tính với nghiệm pháp tư thế trên VNG. Trên vHIT, VOR gain trung bình được bảo tồn (1.10 ± 0.15) và không ghi nhận saccade. Nhóm bệnh thần kinh tiền đình một bên (n=23) thể hiện sự suy giảm chức năng nghiêm trọng trên cả hai hệ thống. Caloric test có tỷ lệ bất thường cao (91.3%). Trên vHIT, VOR gain giảm rõ rệt (0.62 ± 0.28) và tỷ lệ xuất hiện saccade rất cao (21/23 trường hợp, chiếm 91.3%). Nhóm Meniere (n=12) ghi nhận sự phân ly rõ rệt giữa hai phương pháp. Tỷ lệ bất thường trên caloric test rất cao (91.67%), trong khi tỷ lệ giảm VOR gain trên vHIT thấp (16.67%). **Kết luận:** Sự kết hợp giữa VNG và vHIT giúp nhận diện các kiểu hình tổn thương đặc trưng. Trong khi VNG ưu thế trong chẩn đoán BPPV và phát hiện tổn thương tần số thấp, vHIT có giá trị cao trong định lượng tổn thương tần số cao

và phát hiện saccade bù trừ. **Từ khóa:** quan sát chuyển động nhãn cầu (VNG), bài kiểm tra lắc đầu có ghi hình (vHIT), chóng mặt.

ABSTRACT

APPLICATION OF VIDEONYSTAGMOGRAPHY (VNG) AND VIDEO HEAD IMPULSE TEST (vHIT) IN THE ETIOLOGICAL DIAGNOSIS OF VERTIGO AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the characteristics of Videonystagmography (VNG) and Video Head Impulse Test (vHIT) across different etiologies of vertigo, thereby clarifying the differential diagnostic value of combining these assessments. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 73 patients presenting with vertigo at Military Hospital 175 from July 2024 to October 2025. All patients underwent clinical examination and vestibular function assessment using VNG and vHIT systems. **Results:** The mean age of the study population was 46.92 ± 12.25 years, with males accounting for 50.7%. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) was the most common cause (45%), followed by unilateral vestibulopathy (31.51%) and other causes (23.21%). Vestibular function analysis revealed distinct patterns: BPPV Group (n=33) characterized by 100% positive positional maneuvers on VNG. On vHIT, the mean VOR gain was preserved (1.10 ± 0.15) with no recorded saccades. Unilateral Vestibulopathy Group (n=23) showed severe functional impairment on both systems. The Caloric test revealed a high abnormality rate (91.3%). On vHIT, the mean lateral VOR gain was significantly reduced (0.62 ± 0.28), and the prevalence of compensatory saccades was very high (91.3%). Meniere's Disease Group (n=12) demonstrated a clear dissociation between the two methods. While the abnormality rate on the Caloric test was very high (91.67%), the rate of reduced VOR

¹Khoa Nội Thần Kinh, Bệnh Viện Quân Y 175

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Anh Vũ

Email: wayneanhvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

Ngày duyệt bài: 10.3.2026

gain on vHIT was low (16.67%). **Conclusion:** The combination of VNG and vHIT is essential for identifying specific vestibular lesion patterns. While VNG is superior for diagnosing BPPV and detecting low-frequency deficits, vHIT is valuable for quantifying high-frequency deficits and detecting compensatory saccades. **Keywords:** Videonystagmography (VNG), Video Head Impulse Test (vHIT), vertigo.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóng mặt là triệu chứng lâm sàng phổ biến với nguyên nhân đa dạng, từ các bệnh lý ngoại biên thường gặp như chóng mặt tư thế kích phát lành tính (BPPV), bệnh Meniere, viêm thần kinh tiền đình đến các tổn thương trung ương [1]. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định chỉ dựa trên lâm sàng thường gặp khó khăn do sự chồng lấp triệu chứng giữa các bệnh lý này.

Trong thăm dò chức năng tiền đình hiện đại, VNG (với bài kiểm tra Caloric) được xem là tiêu chuẩn để đánh giá tổn thương ở dải tần số thấp, trong khi vHIT là công cụ duy nhất định lượng được phản xạ tiền đình - mắt (VOR) ở dải tần số cao và phát hiện các chuyển động mắt nhanh (saccades) [2]. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng, mỗi phương pháp có độ nhạy khác nhau tùy thuộc vào vị trí và cơ chế bệnh sinh, và sự phối hợp giữa chúng là mấu chốt để phân biệt các tổn thương phức tạp [3].

Tại Việt Nam, việc ứng dụng đồng thời cả hai kỹ thuật này đang dần trở nên phổ biến nhưng chưa có nhiều báo cáo so sánh đặc điểm cụ thể trên từng nhóm bệnh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Bệnh viện Quân y 175 nhằm mô tả đặc điểm trên VNG, vHIT và làm rõ giá trị phân biệt của việc phối hợp hai xét nghiệm này trong chẩn đoán nguyên nhân chóng mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh chóng mặt trên 18 tuổi đến khám tại phòng khám Thần Kinh, bệnh viện Quân Y 175 trong khoảng thời gian từ tháng 7/2024 đến tháng 10/2025

- Tiêu chuẩn loại trừ: chóng mặt kéo dài liên tục trên 3 tháng, có các bất thường ở mắt và đồng tử gây ảnh hưởng khả năng nhận diện của kính VNG và vHIT, có các bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý nguyên nhân chóng mặt trung ương hoặc do các nguyên nhân khác như thiếu máu và hạ huyết áp, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu

- Người tham gia nghiên cứu được thực hiện khảo sát tiền đình trên kính VisualEyes 525 trên hệ thống VNG và Eyesecam trên hệ thống vHIT của hãng Interacoustic, Đan Mạch. Các bước tiến hành nghiên cứu được tiến hành như sau:

- Đánh giá trên lâm sàng bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh

- Thực hiện VNG:

- Bước 1: Chuẩn bị người bệnh: người tham gia nghiên cứu được giải thích mục đích, hướng dẫn phối hợp với kỹ thuật viên và đeo kính VNG lên đầu.

- Bước 2: Thực hiện các bài kiểm tra

- Quan sát nystagmus tự phát

- Quan sát các nystagmus kích gợi bởi ánh nhìn

- Đánh giá các chuyển động mắt liên hợp bao gồm: chuyển động mắt theo đuổi, chuyển động mắt nhanh (saccade), động mắt (optokinetic).

- Các nghiệm pháp chẩn đoán chóng mặt tư thế kích phát lành tính: nghiệm pháp Dix-Hallpike và nghiệm pháp Head Roll.

- Bài kiểm tra kích thích nhiệt (caloric test): sử dụng hệ thống Aquastim của hãng Interacoustic kết nối với hệ thống VNG để kích thích từng tai một lần lượt ở hai mức nhiệt độ là 30°C và 44°C trong vòng 30 giây rồi rồi quan sát nystagmus đánh giá mức độ đáp ứng tiền đình

- Bước 3: Hệ thống VNG sau khi thực hiện xong sẽ ghi lại và lượng hóa các chuyển động mắt trên biểu đồ.

- Thực hiện vHIT:

- Bước 1: Chuẩn bị người bệnh: người tham gia nghiên cứu được giải thích mục đích, hướng dẫn phối hợp với kỹ thuật viên và đeo kính vHIT lên đầu.

- Bước 2: Thực hiện các bài kiểm tra lắc đầu theo các bước chung như sau là: hướng dẫn đối tượng tập trung nhìn vào điểm cố định cách khoảng 1m sau đó lắc đầu đối tượng nhanh mạnh theo từng mặt phẳng lần lượt là mặt phẳng ngang.

- Bước 3: Đánh giá kết quả vHIT qua VOR gain (tỉ số giữa tốc độ đầu và mắt) theo phương pháp hồi quy vận tốc, so sánh với ngưỡng cắt là 0.8 đối với mặt phẳng ngang [4]. Bên cạnh đó là có sự xuất hiện saccade hay không ghi nhận trên kính vHIT.

- Chẩn đoán nguyên nhân chóng mặt theo phân loại quốc tế rối loạn tiền đình của hội Barany [5].

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm JASP phiên bản 0.18.3 (<https://jasp-stats.org/download/>), là

phần mềm mã nguồn mở và miễn phí được hỗ trợ từ đại học Amsterdam, Hà Lan.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện Quân Y 175 số 5170/GCN-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi sau khi tiến hành đã thu thập được 73 người bệnh chóng mặt phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và không có các tiêu chuẩn loại trừ ghi nhận các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 6: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (n=73)

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n=73)
Tuổi (năm)	
Trung bình (SD)	46.92 ± 12.25
Khoảng tuổi	20-69
Giới	
Nam (%)	37 (50.7%)
Nữ (%)	36 (49.3%)

Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 46.92 ± 12.25, với độ tuổi nhỏ nhất và lớn nhất là 20-69. Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai giới với tỷ lệ nam là 50.7% và nữ là 49.3%.



Biểu đồ 5: Phân bố nguyên nhân chóng mặt (n=73)

Nghiên cứu ghi nhận trong 73 đối tượng tham gia nghiên cứu trong nhóm bệnh thì ghi nhận chóng mặt tư thế kích phát lành tính là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm tỷ lệ khoảng 45%, bệnh thần kinh tiền đình một bên với 31.51%. Các nguyên nhân khác bao gồm bệnh Meniere, Migraine tiền đình, viêm mê đạo chiếm tỷ lệ tổng cộng khoảng 23%. Đặc điểm dân số của các phân nhóm BPPV.

3.2. Kết quả khảo sát VNG

Bảng 2: Tỷ lệ bất thường ghi nhận trên hệ thống VNG ở các nhóm nguyên nhân chóng mặt khác nhau (n=73)

	Chóng mặt tư thế kích phát lành tính (n=33)	Bệnh thần kinh tiền đình một bên (n=23)	Nguyên nhân chóng mặt khác (n=17)
Nystagmus tự phát	3%	65.2%	11.8%
Nystagmus gợi bởi hướng nhìn	0	0	0
Nghiệm pháp tư thế dương tính	100%	0	0
Bất thường ở các chuyển động mắt liên hợp	0	0	0
Bất thường Caloric test (UW% > 25%)	24.2%	91.3%	64.7%

Quan sát chuyển động nhãn cầu qua hệ thống VNG gồm có ba thành phần chính: đặc điểm nystagmus, đặc điểm các chuyển động mắt và caloric test, kết quả ghi nhận ở 73 đối tượng nghiên cứu nhóm bệnh ở các nguyên nhân chóng mặt khác nhau như sau:

Dựa vào kết quả của hệ thống VNG khi chẩn đoán các nguyên nhân chóng mặt như sau: nghiệm pháp tư thế dương tính gặp 100% trường hợp chóng mặt tư thế kích phát lành tính, Khi phân tích sâu ở nghiệm pháp tư thế trong nhóm chóng mặt tư thế kích phát lành tính ghi nhận như sau: Chóng mặt tư thế kích phát lành tính ống bán khuyên sâu chiếm ưu thế với tỷ lệ là 63.6% (21/33) và ống bán khuyên ngang chiếm 36.4% (12/33). Nystagmus tự phát gặp ở cả 3 nhóm bệnh tuy nhiên đặc điểm này gặp nhiều nhất ở bệnh thần kinh tiền đình một bên với tỷ lệ 65% ghi nhận ở người bệnh thần kinh tiền đình một bên. Khi thực hiện caloric test ở các nhóm bệnh khác nhau ghi nhận kết quả như sau: Bệnh thần kinh tiền đình một bên là nhóm ghi nhận bất thường caloric test nhiều nhất với tỷ lệ xuất hiện nhiều nhất. Nhóm nguyên nhân chóng mặt khác tỷ lệ bất thường caloric xếp ở vị trí thứ hai gần 65%.

3.3. Kết quả khảo sát vHIT

Bảng 3: Tỷ lệ bất thường VNG và vHIT trên người bệnh Meniere (n=12)

	Bất thường (n)	Tỷ lệ (%)
Bất thường Caloric test (UW% > 25%)	11	91.67%
Giảm VOR gain so với giá trị 0.8	2	16,67%

a. Đặc điểm VOR gain ở chóng mặt tư thế kích phát lạnh tính (n=33)

VOR gain trung bình tại mặt phẳng ngang ở người bệnh chóng mặt tư thế kích phát lạnh tính ở bên tổn thương là 1.10 ± 0.15 , so sánh với ngưỡng cắt giá trị bình thường thì không có ghi nhận giảm VOR gain. Tất cả người bệnh tham gia đều không ghi nhận saccade.

b. Đặc điểm VOR gain ở bệnh thần kinh tiền đình một bên (n=23)

VOR gain trung bình tại mặt phẳng ngang ở người bệnh thần kinh tiền đình một bên ở bên tổn thương là 0.62 ± 0.28 , so sánh với ngưỡng cắt giá trị bình thường thì có ghi nhận giảm. Có 21/23 người bệnh xuất hiện saccade trong mặt phẳng ngang.

c. Đặc điểm VOR gain ở nhóm nguyên nhân khác (n=12)

Do tính chất không đồng nhất về mặt bệnh học trong nhóm này, chúng tôi tiến hành mô tả chi tiết các thông số vHIT trên từng trường hợp cụ thể như sau:

- Bệnh Meniere (n=12) ghi nhận có hiện tượng phân ly giữa VOR gain của vHIT ở mặt phẳng ngang và bất thường trên VNG.

- Nhóm Migraine tiền đình (n=3) và viêm mê đạo (n=2) không ghi nhận giảm VOR gain khi so sánh với giá trị ngưỡng 0.8.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 73 người bệnh, độ tuổi trung bình ghi nhận là 46.9 ± 12.2 và tỷ lệ giới tính nam:nữ tương đương nhau. Về nguyên nhân, chóng mặt tư thế kích phát lạnh tính chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), tiếp theo là bệnh thần kinh tiền đình một bên (31.5%) và nhóm nguyên nhân tiền đình ngoại biên khác khoảng 23%. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với những báo cáo y văn trước đây cho thấy chóng mặt tư thế kích phát lạnh tính vẫn là bệnh lý tiền đình ngoại biên phổ biến nhất tại các phòng khám thần kinh [1].

2. Đặc điểm trên nhóm bệnh BPPV:

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự đối lập rõ rệt trên hệ thống VNG và vHIT ở nhóm BPPV: 100% người bệnh có nystagmus tư thế dương tính nhưng hoàn toàn bình thường trên vHIT với chỉ số VOR gain ổn định (1.10 ± 0.15) và không xuất hiện saccade. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của BPPV là do sự di chuyển cơ học của thạch nhũ gây kích thích sai lệch dòng nội dịch, trong khi chức năng cảm biến của tế bào lông và phản xạ tiền đình - mắt vẫn hoàn toàn nguyên vẹn. Giá trị thực tiễn của vHIT trong trường hợp này không phải là chẩn đoán xác định, mà là chẩn đoán loại trừ. Một kết quả vHIT bình thường giúp bác sĩ lâm sàng tự tin loại bỏ các tổn thương giảm chức năng đi kèm, từ đó tập trung vào các nghiệm pháp tái định vị thạch nhũ để điều trị triệt để cho người bệnh.

3. Đặc điểm ở bệnh thần kinh tiền đình một bên

Đối với nhóm bệnh thần kinh tiền đình một bên, nghiên cứu ghi nhận sự đồng thuận cao giữa hai phương pháp kiểm tra ở dải tần số thấp (Caloric) và tần số cao (vHIT). Cụ thể, 91.3% trường hợp có bất thường Caloric và tỷ lệ tương tự (91.3%) xuất hiện saccade bù trừ trên vHIT. Chỉ số VOR gain trung bình giảm sâu xuống 0.62 ± 0.28 , phản ánh tình trạng tổn thương nặng nề toàn bộ đầu vào của hệ thống tiền đình bên bệnh. Đáng chú ý, sự xuất hiện dày đặc của saccade cho thấy vHIT có độ nhạy rất cao trong giai đoạn cấp. Việc sử dụng vHIT giúp phát hiện sớm các tổn thương này ngay tại giường bệnh mà không gây khó chịu cho bệnh nhân như kích thích nhiệt, đồng thời là công cụ hữu hiệu để theo dõi quá trình bù trừ tiền đình theo thời gian [2].

4. Sự phân ly Caloric - vHIT trong bệnh Meniere: Dấu ấn chẩn đoán quan trọng

Điểm nổi bật nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là hiện tượng "phân ly" (dissociation) ở nhóm bệnh Meniere. Trong khi 91.67% bệnh nhân có suy giảm chức năng trên caloric test, chỉ có 16.67% ghi nhận giảm VOR gain trên vHIT. Kết quả này ủng hộ giả thuyết về thủy thũng nội dịch (endolymphatic hydrops) đây là sự giãn rộng của mê đạo màng ban đầu làm thay đổi dòng đối lưu nhiệt ảnh hưởng kết quả Caloric - tần số thấp) nhưng chưa đủ làm biến dạng cấu trúc ống bán khuyên để ảnh hưởng đến phản xạ VOR ở tần số cao (vHIT). Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo trước đó [6],[7].

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, cỡ mẫu với n=73 tuy đủ để phân tích các nhóm bệnh phổ biến như

BPPV và bệnh thần kinh tiền đình một bên, nhưng còn hạn chế đối với các nhóm nguyên nhân ít gặp hơn như migraine tiền đình (n=3) hay viêm mê đạo. Thứ hai, đây là nghiên cứu cắt ngang tại một thời điểm nên chưa đánh giá được sự thay đổi của giá trị VOR gain và sự biến mất của saccade theo thời gian hồi phục của người bệnh. Các nghiên cứu theo dõi dọc trong tương lai sẽ giúp làm sáng tỏ thêm vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Sự kết hợp giữa VNG và vHIT giúp nhận diện các kiểu hình tổn thương đặc trưng. Trong khi VNG ưu thế trong chẩn đoán BPPV và phát hiện tổn thương tần số thấp, vHIT có giá trị cao trong định lượng tổn thương tần số cao và phát hiện saccade bù trừ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Neuhauser HK.** The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol.* 2016;137:67-82.

2. **Halmagyi GM, Chen L, MacDougall HG, Weber KP, McGarvie LA, Curthoys IS.** The Video Head Impulse Test. *Front Neurol.* 2017;8:258.
3. **Hain TC, Cherchi M.** Vestibular testing. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2021;27(2):330-347.
4. **Chen L, Halmagyi GM.** Video Head Impulse Testing: From Bench to Bedside. *Semin Neurol.* 2020 Feb;40(1):5-17.
5. **Bárány Society.** ICVD Consensus Documents. The Bárány Society. <https://www.thebaranysociety.org/icvd-consensus-documents/>
6. **McGarvie LA, Curthoys IS, MacDougall HG, Halmagyi GM.** What does the dissociation between the results of video head impulse versus caloric testing reveal about the vestibular dysfunction in Ménière's disease?. *Acta Otolaryngol.* 2015;135(9):859-865
7. **Tamanini JB, Mezzalana R, Vallim MGB, Gabriel GP, Stoler G, Chone CT.** Dissociation between video head impulse test and caloric test: a marker of meniere's disease? - A systematic review and meta-analysis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2023;89(4):101279.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TYPE HPV VÀ MỨC ĐỘ NẶNG, DIỄN TIẾN SAU ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN U NHÚ THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thành Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nhú thanh quản là tổn thương lành tính do sự quá sản các tế bào vảy hình thành các nhú nhỏ lên bề mặt biểu mô đường hô hấp, có đặc điểm tái phát nhiều lần, ảnh hưởng đáng kể đến đường thở, chất lượng giọng nói và chất lượng sống. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa type HPV với mức độ nặng lâm sàng, thể bệnh và diễn tiến sau điều trị 12 tháng ở bệnh nhân u nhú thanh quản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng tiến cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh, thực hiện trên tổng cộng 40 bệnh nhân được chẩn đoán u nhú thanh quản và theo dõi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh. Các bệnh nhân được phân thành hai nhóm tuổi: trẻ em (<16 tuổi) và người lớn (≥16 tuổi). Chẩn đoán được xác lập dựa trên mô bệnh học, đồng thời thực hiện xét nghiệm định type HPV. Các biến số chính được phân tích bao gồm: mức độ khó thở, thể lâm sàng (khu trú hoặc lan tỏa), diễn tiến

sau điều trị trong 12 tháng (gồm thoái triển, tái phát hoặc ung thư hóa), và di chứng sau điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện HPV là 77,5% (trẻ em 89,5%, người lớn 66,7%). HPV11 chiếm ưu thế ở cả hai nhóm tuổi, với nhiều trường hợp đồng nhiễm. Ở trẻ em, HPV11 liên quan đến khó thở độ 1-2 và thể lan tỏa. Ở người lớn, thể lan tỏa liên quan có ý nghĩa thống kê với HPV11 và HPV16/18 (p<0,01; OR=9; KTC 95%: 1,1-217). Sau 12 tháng, tái phát cao nhất ở nhóm HPV11 (64,7% ở trẻ em, 24,4% ở người lớn); ung thư hóa gặp ở nhóm HPV âm tính (7,3%) và HPV11 (2,4%). Di chứng chủ yếu liên quan đến HPV11. **Kết luận:** HPV11 là type trội, liên quan đến bệnh cảnh nặng và nguy cơ tái phát cao, đặc biệt ở trẻ em. Ung thư hóa ghi nhận chủ yếu ở người lớn không phát hiện HPV. Việc định type HPV có giá trị trong phân tầng nguy cơ và theo dõi lâm sàng. **Từ khóa:** u nhú thanh quản, HPV, tái phát, thể lan tỏa

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN HPV GENOTYPES AND DISEASE SEVERITY AND POST-TREATMENT COURSE IN LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS AT HO CHI MINH CITY EAR NOSE THROAT HOSPITAL

¹Đại học Khoa Học Sức Khỏe - Đại học Quốc Gia TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tuấn

Email: nttuan@uhsvnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

Ngày duyệt bài: 4.3.2026