

chức năng thận. Các cơ chế này chủ yếu được suy ra từ y văn, trong khi dữ liệu trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ cho thấy mối liên quan thống kê, do đó cần được xác nhận thêm bằng các nghiên cứu dọc hoặc nghiên cứu cơ chế.

Mặc dù cơ chế liên quan trực tiếp giữa các yếu tố sinh hoá và SPS chưa được xác định rõ, tình trạng chuyển hóa liên quan đến dinh dưỡng và viêm có thể góp phần ảnh hưởng đồng thời đến các dấu ấn sinh học của chức năng thận và làm thay đổi mối tương quan giữa eGFRcreatinine và eGFRcystatin C. Hơn thế nữa, giá trị R^2 của các mô hình hồi quy tuyến tính còn ở mức thấp (khoảng 0,10–0,15), do đó, kết quả của nghiên cứu này gợi ý rằng các yếu tố chuyển hóa toàn thân có thể đóng vai trò trong sự xuất hiện của sai lệch eGFR, bên cạnh các thay đổi cấu trúc của hàng rào lọc cầu thận.

V. KẾT LUẬN

Sự khác biệt giữa hai phương pháp ước tính eGFR có thể phản ánh tình trạng bệnh lý tại màng lọc hơn là sai số tính toán đơn thuần. Nữ giới và người cao tuổi là những nhóm đối tượng nhạy cảm với SPS. Albumin và homocysteine huyết thanh có thể đóng vai trò là yếu tố liên quan đến sự hiện diện của hội chứng lỗ lọc Shrunken. Do đó, cả hai chỉ số eGFR cần được đánh giá đồng thời trên nhóm bệnh nhân nữ và người cao tuổi để tránh bỏ sót các nguy cơ tim mạch tiềm ẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Chapter 1: Definition and classification of CKD," *Kidney Int. Suppl.* (2011), vol. 3, no. 1, pp. 19–62,

Jan. 2013, doi: 10.1038/kisup.2012.64.

2. P. B. Mark et al., "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023," *The Lancet*, vol. 406, no. 10518, pp. 2461–2482, Nov. 2025, doi: 10.1016/S0140-6736(25)01853-7.
3. A. S. Levey et al., "A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate," *Ann. Intern. Med.*, vol. 150, no. 9, pp. 604–612, May 2009, doi: 10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006.
4. X. Liu et al., "Non-GFR Determinants of Low-Molecular-Weight Serum Protein Filtration Markers in CKD," *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 68, no. 6, pp. 892–900, Dec. 2016, doi: 10.1053/j.ajkd.2016.07.021.
5. H. Zhou, M. Yang, X. He, and N. Xu, "eGFR, cystatin C and creatinine in shrunken pore syndrome," *Clinica Chimica Acta*, vol. 498, pp. 1–5, Nov. 2019, doi: 10.1016/j.cca.2019.08.001.
6. Z. Wu, L. Wang, Y. Li, Y. Yao, and R. Zeng, "Shrunken Pore Syndrome Is Associated with Renal Function Decline in Female Patients with Kidney Diseases," *Biomed Res. Int.*, vol. 2022, no. 1, Jan. 2022, doi: 10.1155/2022/2177991.
7. K. Kalantar-Zadeh, T. A. Ikizler, G. Block, M. M. Avram, and J. D. Kopple, "Malnutrition-inflammation complex syndrome in dialysis patients: causes and consequences," *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 42, no. 5, pp. 864–881, Nov. 2003, doi: 10.1016/j.ajkd.2003.07.016.
8. M. Suliman et al., "The reverse epidemiology of plasma total homocysteine as a mortality risk factor is related to the impact of wasting and inflammation," *Nephrology Dialysis Transplantation*, vol. 22, no. 1, pp. 209–217, Oct. 2006, doi: 10.1093/ndt/gfl510.

NGHIỆM PHÁP LẮC ĐẦU CÓ GHI HÌNH VÀ NGHIỆM PHÁP NHIỆT TRONG BỆNH MENIERE

Nguyễn Thành Quân¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả kết quả nghiệm pháp lắc đầu có ghi hình và nghiệm pháp nhiệt của bệnh Meniere.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Tác giả chịu trách nhiệm chính Nguyễn Thành Quân

Email: dr.quan.ent@gmail.com

Mã bài: N672

Ngày nhận bài: 11/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/5/2026

Ngày duyệt bài: 11/6/2026

Đối tượng và phương pháp: 92 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh Meniere tại khoa Thính – Thanh học, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024.

Kết quả: 60 nữ (65,2%), 32 nam (34,8%); tuổi trung bình $48,6 \pm 7,6$. Tai trái bị bệnh ở 52 (56,5%) và tai phải ở 40 (43,5%) trường hợp. Thời gian bị bệnh trung bình $3,2 \pm 1,3$ năm. Nghe kém trung bình $52 \pm 16,1$ dB HL. 100% bệnh nhân có kết quả nghiệm pháp lắc đầu có ghi hình bình thường; 4 bệnh nhân có nghiệm pháp nhiệt bình thường; mức thiếu hụt tiền đình trung bình $39,2 \pm 5,6\%$.

Kết luận: sự phân ly giữa nghiệm pháp lắc đầu có ghi hình bình thường và nghiệm pháp nhiệt bất thường ngoài đợt cấp là đặc điểm có giá trị giúp phân biệt bệnh Meniere với các bệnh lý tai trong khác.

Từ khóa: Bệnh Meniere; VHIT; Nghiệm pháp nhiệt.

SUMMARY

VIDEO HEAD IMPULSE TEST AND CALORIC TEST IN MENIERE'S DISEASE

Purpose: To describe the results of Video Head Impulse Test and caloric test in Meniere Disease.

Patients and methods: 92 patients diagnosed with MD have been enrolled at the National Otolaryngology Hospital from June 2022 to June 2024.

Results: 60 females (65.2%), 32 males (34.8%); mean age 48.6 ± 7.6 . The left ear was affected in 52 (56.5%) and right ear in 40 (43.5%) cases. Mean disease duration was 3.2 ± 1.3 years. Mean hearing loss was 52 ± 16.1 dB HL. All patients had normal Video Head Impulse Test results; 4 had normal caloric reflex. Mean caloric deficit was $39.2 \pm 5.6\%$.

Conclusion: Video Head Impulse Test was normal outside episodes of crisis during advanced unilateral definite Meniere Disease, in contrast to abnormal caloric reflex. This dissociation can help distinguish Meniere Disease from other inner ear diseases.

Keywords: Meniere's Disease; VHIT; Caloric test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Meniere (Meniere Disease - MD) có tỷ lệ mắc từ 0,2–0,4% trong dân số nói chung [1], là bệnh lý hay gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. MD là bệnh lý mạn tính có thể gây nguy hiểm đến an toàn người bệnh (rối loạn Tumarkin) và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như khả năng lao động [2]. Sinh lý bệnh liên quan đến sự tích tụ nội dịch trong ống ốc tai và các cơ quan tiền đình (hydrops endolymphatic), mặc dù cơ chế này không giải thích được toàn bộ các triệu chứng lâm sàng [1],[3].

Bệnh Meniere biểu hiện bằng các cơn chóng mặt tự phát thường kèm theo giảm thính giác, ù tai và cảm giác đầy nặng trong tai. Hiện nay, tiêu chuẩn chẩn đoán MD được các hiệp hội thống nhất nhưng chủ yếu dựa vào dấu hiệu lâm sàng, chưa có tiêu chuẩn về cận lâm sàng [1]. Ở Việt Nam còn ít nghiên cứu về bệnh lý này.

Nghiệm pháp lắc đầu có ghi hình (Video Head Impulse Test - VHIT) và nghiệm pháp nhiệt là hai thăm dò chức năng tiền đình quan trọng, có cơ chế và ý nghĩa lâm sàng khác nhau. Sự phân ly kết quả giữa hai nghiệm pháp có thể là đặc điểm hữu ích trong chẩn đoán phân biệt các bệnh lý tai trong. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả kết quả VHIT và nghiệm pháp nhiệt trong bệnh Meniere.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

92 bệnh nhân được chẩn đoán xác định MD từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024 tại khoa Thính – Thanh học, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn lựa: (1) Rõ ràng Meniere (Definite Meniere's disease) và (2) hiện tại không có chóng mặt.

Theo đồng thuận quốc tế về chẩn đoán bệnh Meniere, tiêu chuẩn xác định gồm [1]:

- Ít nhất 2 cơn chóng mặt quay tự phát, mỗi cơn kéo dài từ 20 phút đến 12 giờ.

- Đo thính lực phát hiện nghe kém tiếp nhận tần số thấp đến trung bình tai bệnh ít nhất 1 lần, xuất hiện trước, trong hoặc sau một trong số các cơn chóng mặt.

- Các triệu chứng tai thay đổi (nghe kém, ù tai hoặc đầy tức trong tai) ở tai bệnh.

- Loại trừ bệnh khác qua các thăm dò.

Tiêu chuẩn loại trừ: MD hai bên; thủng màng nhĩ; tiền sử phẫu thuật tai giữa hoặc tai trong; đang dùng thuốc ức chế/kích thích tiền đình; hiện đang có chóng mặt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Cách thức tiến hành

Khám lâm sàng và thu thập số liệu theo bệnh án mẫu. Tất cả bệnh nhân được đo thính lực đơn âm (Pure Tone Audiometry – PTA); thực hiện VHIT đánh giá toàn bộ 6 ống bán khuyên và nghiệm pháp nhiệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới

Trong 92 bệnh nhân: nam 32 (34,8%), nữ 60 (65,2%); tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/2. Tuổi trung bình $48,6 \pm 7,6$ tuổi (thấp nhất 32, cao nhất 73 tuổi); không có khác biệt về độ tuổi giữa nam và nữ.

3.1.2. Triệu chứng

Tai trái bị bệnh ở 52 (56,5%) bệnh nhân, tai phải ở 40 (43,5%). Thời gian bị bệnh trung bình $3,2 \pm 1,3$ năm. Số đợt trung bình trong năm gần đây $3,1 \pm 1,4$ lần; khoảng cách giữa các đợt trung bình $3,3 \pm 1,7$ tháng. Triệu chứng ù tai gặp ở 72 (78,3%) bệnh nhân, đầy nặng trong tai 60 (65,2%), trong đó 44 (47,8%) bệnh nhân có cả hai triệu chứng. Thời gian cơn chóng mặt từ 20 phút đến dưới 4 giờ ở 32 (34,8%) bệnh nhân, từ 4–24 giờ ở 56 (60,8%) và từ

24–48 giờ ở 4 (4,4%). Có 68 (73,9%) bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn/nôn.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Thính lực đơn âm

PTA trung bình là $52 \pm 16,1$ dB HL. Phân loại theo ASHA [4]: nghe kém nhẹ 44 (47,8%) bệnh nhân, nghe kém trung bình nhẹ 20 (21,7%), nghe kém trung bình nặng 24 (26,1%), nghe kém nặng 4 (4,4%) bệnh nhân. Hình thái thính lực giảm nhiều ở tần số trầm gặp ở 72 (78,3%) bệnh nhân; 20 (21,7%) bệnh nhân có thính lực giảm đều, gặp ở nhóm nghe kém trung bình nặng và nặng.

3.2.2. Kết quả VHIT

VHIT hoàn toàn bình thường ở tất cả 92 bệnh nhân (100%). Giá trị trung bình của Gain theo từng ống bán khuyên: OBK ngang trái (LL) $0,89 \pm 0,19$; OBK trên trái (LA) $1,01 \pm 0,34$; OBK sau trái (LP) $0,98 \pm 0,33$; OBK ngang phải (RL) $0,99 \pm 0,31$; OBK trên phải (RA) $0,93 \pm 0,31$; OBK sau phải (RP) $0,98 \pm 0,19$.

3.2.3. Kết quả nghiệm pháp nhiệt

Có 88 (95,6%) bệnh nhân cho kết quả nghiệm pháp nhiệt bất thường ở tai bệnh; chỉ 4 (4,4%) có kết quả bình thường. Mức giảm chức năng tiền đình tại bệnh so với bên lành trung bình là $39,2 \pm 5,6\%$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam/nữ và độ tuổi trong nghiên cứu phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. F. Rubin và cộng sự (2018) nghiên cứu 37 bệnh nhân MD với tai trái bị bệnh 20 trường hợp và tai phải 17 trường hợp [5], phù hợp với nghiên cứu này. PTA trung bình trong nghiên cứu này là $52 \pm 16,1$ dB HL, tương đồng với F. Rubin và cộng sự (59 ± 18 dB HL) [5]. Kể từ khi Hallpike và Cairns mô tả hydrops endolymphatic (EH) trong xương thái dương của bệnh nhân Meniere năm 1938, EH được chấp nhận là dấu hiệu mô bệnh học cơ bản của MD, dẫn đến giảm thính lực dao động với các tần số thấp bị ảnh hưởng trước [6].

VHIT bình thường ở 100% bệnh nhân trong nghiên cứu này, phù hợp với các nghiên cứu trước. Heuberger và cộng sự báo cáo 100% VHIT bình thường trong MD [7]. F. Rubin và cộng sự (2018) với 37 bệnh nhân MD cũng ghi nhận VHIT bình thường 100% [5]. Về mặt sinh lý bệnh, ba giả thuyết giải thích sự khác biệt giữa VHIT và nghiệm pháp nhiệt: (1) VHIT đánh giá chức năng từng ống bán khuyên, trong khi nghiệm pháp nhiệt chủ yếu đánh giá ống bán khuyên ngang; (2) VHIT kích thích nhanh tập trung vào tế bào thần kinh không đều (type I), khác

với nghiệm pháp nhiệt kích thích chậm tác động vào tế bào lông type II; (3) tế bào lông type I ở mào bóng ít bị biến dạng do vị trí ở đỉnh mào bóng [2],[3].

Trái ngược với MD, điếc đột ngột có chóng mặt (Sudden Sensorineural Hearing Loss with Vertigo - SSNHL-V) thường biểu hiện VHIT bất thường. Trong SSNHL-V, tổn thương ưu tiên nhánh dưới thần kinh tiền đình (chi phối ống bán khuyên sau và cầu nang), trong khi viêm dây thần kinh tiền đình (Vestibular Neuritis - VN) chủ yếu ảnh hưởng đến nhánh trên (chi phối ống bán khuyên ngang, ống bán khuyên trước và soan nang) [8]. Trong VN, VHIT và nghiệm pháp nhiệt thường bất thường đồng thời trong giai đoạn cấp, với tỷ lệ rối loạn ống bán khuyên ngang lên đến 97,7% [8]. Điều này trái ngược rõ rệt với MD, nơi VHIT hoàn toàn bình thường ở 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi.

Như vậy, mô hình VHIT và nghiệm pháp nhiệt tương phản rõ rệt giữa các bệnh lý: (1) trong MD, VHIT bình thường nhưng nghiệm pháp nhiệt bất thường; (2) trong SSNHL-V, VHIT bất thường chủ yếu ở ống bán khuyên sau đồng thời với nghiệm pháp nhiệt bất thường; (3) trong VN nhánh trên, cả VHIT và nghiệm pháp nhiệt đều bất thường. Hai nghiệm pháp là bổ sung chứ không thay thế nhau, và mô hình kết hợp kết quả mang lại thông tin quan trọng giúp định hướng chẩn đoán phân biệt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 92 bệnh nhân MD xác định theo tiêu chí của Hội Bárány, AAO-HNS và EAONO cho thấy: nữ chiếm 65,2%, tuổi trung bình $48,6 \pm 7,6$. Triệu chứng đầy nặng trong tai và ù tai gặp lần lượt ở 65,2% và 78,3% bệnh nhân. Thính lực giảm chủ yếu ở tần số thấp gặp ở 78,3% bệnh nhân với PTA trung bình $52 \pm 16,1$ dB HL.

100% bệnh nhân có VHIT bình thường; 95,6% có nghiệm pháp nhiệt bất thường với mức thiếu hụt trung bình $39,2 \pm 5,6\%$. Sự phân ly giữa VHIT bình thường và nghiệm pháp nhiệt bất thường ngoài đợt cấp là đặc điểm có giá trị giúp phân biệt MD với các bệnh lý tai trong khác, đặc biệt là điếc đột ngột có chóng mặt và viêm dây thần kinh tiền đình – hai bệnh lý mà VHIT thường bất thường.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần thực hiện các nghiên cứu tiến cứu có nhóm đối chứng để xác nhận giá trị chẩn đoán của sự phân ly VHIT–nghiệm pháp nhiệt trong bệnh Meniere và phân biệt với các bệnh lý tiền đình ngoại vi khác. Nên kết hợp cả hai nghiệm pháp này trong thường quy đánh giá bệnh nhân nghi ngờ Meniere.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lopez-Escamez J.A, Carey J, Chung W.H et al (2015). Diagnostic criteria for Ménière's disease. J Vestib Res, 25(1), 1-7.
2. Pyykkö I, Manchaiah V, Zou J et al (2019). Association between syncope and Tumarkin attacks in Ménière's disease. J Int Adv Otol, 15(1), 135-40.
3. Rauch S.D, Merchant S.N, Thedinger B.A (1989). Ménière's syndrome and endolymphatic hydrops: double-blind temporal bone study. Ann Otol Rhinol Laryngol, 98(11), 873-83.
4. Clark J.G (1981). Uses and abuses of hearing loss classification. ASHA, 23, 493-500.
5. Rubin F, Simon F, Verillaud B et al (2018). Comparison of video head impulse test and caloric reflex test in advanced unilateral definite Ménière's disease. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 135(3), 167-9.
6. Committee on Hearing and Equilibrium (1995). Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's disease. Otolaryngol Head Neck Surg, 113(3), 181-5.
7. Heuberger M, Luis L, Lehnen N et al (2015). Clinical utility and practical interpretation of the video head impulse test. ENT Audiol News, 24(5).
8. Taylor R.L, McGarvie L.A, Reid N et al (2016). Vestibular neuritis affects both superior and inferior vestibular nerves. Neurology, 87(16), 1704-1712.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG MẢNH GHÉP BÌ TỰ THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ CONG DƯƠNG VẬT DO BỆNH PEYRONIE

Đặng Quang Tuấn¹, Mai Bá Tiến Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Peyronie (BP) là tình trạng xơ hóa bao trắng thể hang gây cong dương vật và rối loạn cương (RLC). Phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ kết hợp ghép mô là lựa chọn tiêu chuẩn khi độ cong dương vật $\geq 60^\circ$. Mảnh ghép bì tự thân có chi phí thấp, sẵn có và phù hợp điều kiện thực hành tại Việt Nam.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chỉnh thẳng dương vật, bảo tồn chiều dài, chức năng cương (IIEF-5) và mức độ hài lòng sau phẫu thuật sử dụng mảnh ghép bì tự thân điều trị bệnh Peyronie.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu loạt ca, 46 bệnh nhân BP giai đoạn ổn định, độ cong $\geq 60^\circ$, IIEF-5 ≥ 12 , phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2023 đến 12/2025. Đánh giá tỷ lệ chỉnh thẳng (độ cong $< 15^\circ$), chiều dài dương vật, điểm IIEF-5, biến chứng và mức độ hài lòng.

Kết quả: Độ cong trung bình trước phẫu thuật $72,3 \pm 14,8^\circ$. Theo dõi trung bình 24,6 tháng: chỉnh thẳng thành công 87,0%; bảo tồn chiều dài 89,1%; tỷ lệ RLC sau phẫu thuật: 15,2% - chủ yếu ở bệnh nhân có đái tháo đường type 2 và IIEF-5 thấp trước mổ; IIEF-5 sau 12 tháng $16,2 \pm 4,7$ ($p = 0,12$); hài lòng 84,8%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ: 2,2% (Clavien-Dindo độ I).

Kết luận: Phẫu thuật mảnh ghép bì tự thân cho kết quả hiệu quả, an toàn và phù hợp điều kiện Việt Nam.

¹Bệnh viện Bình Dân

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đặng Quang Tuấn

Email: bsdangquangtuan@gmail.com

Mã bài: N689

Ngày nhận bài: 21/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/4/2026

Ngày duyệt bài: 21/5/2026

Từ khóa: bệnh Peyronie, mảnh ghép bì tự thân, cong dương vật mắc phải, bao trắng thể hang, rối loạn cương.

SUMMARY

EVALUATION OF AUTOLOGOUS DERMAL GRAFT IN THE SURGICAL MANAGEMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

Background: Peyronie's disease (PD) is an acquired fibrotic disorder of the tunica albuginea causing penile curvature and erectile dysfunction (ED). Plaque excision with tissue grafting is the gold standard when curvature exceeds 60° . Autologous dermal graft (ADG) offers low cost, readily available and is well-suited to Vietnamese healthcare settings.

Objectives: To evaluate penile straightening rate, length preservation, erectile function (IIEF-5), and patient satisfaction following ADG surgery for PD.

Methods: Prospective case series of 46 men with stable PD, curvature $\geq 60^\circ$ and IIEF-5 ≥ 12 , who underwent plaque excision and ADG at Binh Dan Hospital from January 2023 to December 2025. Outcomes assessed: straightening success (residual curvature $< 15^\circ$), penile length, de novo ED, IIEF-5, complications, and satisfaction.

Results: Mean preoperative curvature was $72.3 \pm 14.8^\circ$. Over mean 24.6-month follow-up: straightening success 87.0%; length preservation 89.1%; de novo ED 15.2% - strongly associated with type 2 diabetes and lower baseline IIEF-5; IIEF-5 at 12 months 16.2 ± 4.7 ($p = 0.12$); patient satisfaction 84.8%. Wound infection rate was 2.2% (Grade I Clavien-Dindo).

Conclusion: ADG is safe and effective for severe PD curvature while remaining cost-effective for Vietnamese practice.