

nhân trong nghiên cứu trên là 25 tháng⁽¹¹⁾. Hiện tại chưa có một phác đồ cụ thể cho các trường hợp sarcom màng khớp nguyên phát ở màng tim do số lượng ca bệnh ít và diễn tiến nhanh, độ ác tính cao⁽³⁾. Phần lớn bệnh nhân trong các trường hợp báo cáo ca được phẫu thuật cắt bỏ u kết hợp điều trị hóa trị, xạ trị nếu u còn sót lại sau phẫu thuật hoặc tái phát.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một ca sarcom màng khớp nguyên phát ở màng ngoài tim. Trường hợp bệnh khó và hiếm gặp này cung cấp thêm nguồn tư liệu tham khảo cho các bác sĩ lâm sàng và giải phẫu bệnh trong thực hành chẩn đoán và điều trị các bệnh lý u của màng ngoài tim. Các xét nghiệm hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử cũng giữ vai trò quan trọng trong việc xác định chẩn đoán những trường hợp bệnh khó và hiếm như trên. Các nhà giải phẫu bệnh cần xem xét kỹ những chẩn đoán phân biệt, sử dụng các xét nghiệm bổ trợ hợp lý, nhằm đưa kết luận chính xác, hỗ trợ bác sĩ lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chapra AF, Maliyakkal AM, Naushad VA, Valiyakath HS, Ahmed MS.** Primary Pericardial Synovial Sarcoma: An Extremely Rare Cardiac Neoplasm. *Cureus*. Apr 20 2021;13(4):e14583. doi:10.7759/cureus.14583
2. **Manole S, Pintican R, Palade E, et al.** Primary Pericardial Synovial Sarcoma: A Case Report and Literature Review. *Diagnostics (Basel)*. Jan 10 2022;12(1):doi:10.3390/diagnostics12010158
3. **Youn HC, Lee Y, Kim SC.** Pericardial synovial sarcoma presenting with large recurrent pericardial effusion. *J Thorac Dis*. Jun 2016;8(6):E412-6. doi:10.21037/jtd.2016.04.57
4. **Bezerra SG, Brandao AA, Albuquerque DC, Militao RC, Hadlich MS, Azevedo CF.** Pericardial synovial sarcoma: case report and literature review. *Arq Bras Cardiol*. Dec 2013;101(6):e103-6. doi:10.5935/abc.20130235
5. **Duran-Moreno J, Kampoli K, Kapetanakis EI, et al.** Pericardial Synovial Sarcoma: Case Report, Literature Review and Pooled Analysis. *In Vivo*. Sep-Oct 2019;33(5):1531-1538. doi:10.21873/invivo.11633
6. **Suurmeijer AJH LM, Nielsen TO.** Synovial sarcoma. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board e, ed. *Soft Tissue and Bone Tumours WHO Classification of Tumours*. 5 ed. International Agency for Research on Cancer; 2020:290-293.
7. **Cheng Y, Sheng W, Zhou X, Wang J.** Pericardial synovial sarcoma, a potential for misdiagnosis: clinicopathologic and molecular cytogenetic analysis of three cases with literature review. *Am J Clin Pathol*. Jan 2012;137(1):142-9. doi:10.1309/AJCP34ZVFLAUTMGL
8. **Pelmus M, Guillou L, Hostein I, Sierankowski G, Lussan C, Coindre J-M.** Monophasic fibrous and poorly differentiated synovial sarcoma: immunohistochemical reassessment of 60 t(X;18)(SYT-SSX)-positive cases. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2002;26(11):1434-1440. doi:10.1097/0000478-200211000-00005
9. **Ordóñez NG, Mahfouz SM, Mackay B.** Synovial Sarcoma: An Immunohistochemical and Ultrastructural Study. *Human Pathology*. 1990;21(7):733-749. doi:10.1016/0046-8177(90)90034-3
10. **Gazendam AM, Popovic S, Munir S, Parasu N, Wilson D, Ghert M.** Synovial Sarcoma: A Clinical Review. *Curr Oncol*. May 19 2021;28(3):1909-1920. doi:10.3390/curroncol28030177
11. **Kim CH, Dancer JY, Coffey D, et al.** Clinicopathologic study of 24 patients with primary cardiac sarcomas: a 10-year single institution experience. *Human Pathology*. 2008;39(6):933-938. doi:10.1016/j.humpath.2007.12.018

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRẺ NGHE KÉM TIẾP NHẬN THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 TỪ 01/2022 ĐẾN 06/2023

Đỗ Hoàng Phong¹, Lương Hữu Đăng¹,
Phạm Đoàn Tấn Tài¹, Nguyễn Tuấn Như¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Mất thính lực bẩm sinh sẽ dẫn đến chậm phát triển ngôn ngữ, tác động nặng nề đến khả

năng học tập, phát triển các kỹ năng xã hội và để lại những hậu quả hết sức nặng nề đến tâm sinh lý của trẻ. Việc xác định sớm tình trạng mất thính lực, hiểu rõ được các đặc điểm lâm sàng và can thiệp sớm sẽ là chìa khóa thành công của trẻ trong giao tiếp, tối đa hóa sự phát triển của trẻ. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ và các yếu tố nguy cơ, các bất thường trên hình ảnh học liên quan đến nghe kém tiếp nhận-thần kinh các mức độ của trẻ đã được chẩn đoán tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Tỉ lệ nghe kém nặng đến sâu chiếm đa số

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hoàng Phong
Email: dohoangphong247@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023
Ngày duyệt bài: 24.8.2023

51.4% (>90dB). Kết quả cho thấy tuổi được chẩn đoán nghe kém ở hầu hết trường hợp khá muộn với độ tuổi trung bình là 5.8 tuổi, trong các yếu tố nguy cơ nghe kém yếu tố liên quan đến thời gian nằm tại hồi sức sơ sinh 59% chiếm đa số. **Kết luận:** Tình trạng nghe kém tiếp nhận- thần kinh trước ngôn ngữ được chẩn đoán trễ và chưa được quan tâm đúng mức từ gia đình trẻ, mức nghe kém nặng-sâu chiếm đa số. Cần tăng cường nâng cao hiểu biết và triển khai chương trình tầm soát nghe kém cho trẻ sơ sinh để phát hiện, chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời giúp trẻ có thể lấy lại được khả năng ngôn ngữ, phát triển bình thường như trẻ đồng trang lứa.

Từ khóa: nghe kém, tiếp nhận thần kinh, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGING FEATURES OF SENSORINEURAL HEARING LOSS IN CHILDREN AT THE CHILDREN HOSPITAL NO.1 FROM 01/2022 TO 06/2023

Introduction: Congenital hearing loss leads to delayed language development, severely impacting learning ability and the development of social skills, which cause consequences on children's psychophysiology. Early detection and knowing clearly about clinical features are very important, especially for children with risk factors for hearing loss.

Objectives: To determine the prevalence of factors associated with and imaging features of sensorineural hearing loss among children the Children Hospital No.1. **Material and Methods:** A prospective study.

Results: From January 2022 to June 2023, 72 children with a diagnosis of sensorineural hearing loss at the Children Hospital No.1 were included in this study. The degree of hearing loss most severe-to-profound hearing loss (≥ 90 dB) was 51.4% as many as 46 children (63.9%) with asymmetrical hearing loss in most of the subjects. Most of the children with bilateral congenital sensorineural hearing loss (SNHL) are in the age > 5 years old (mean age: 5.8 years). Children with a history of neonatal resuscitation accounted for the highest rate 59% within factors of risk factors for hearing loss. **Conclusion:** There was a delay in the diagnosis of prelingual sensorineural hearing loss, with a high proportion of the severe-to-profound among children presenting with a diagnosis. Enhancement of knowledge and development of hearing screening programs for at-risk children towards a universal newborn hearing screening is urgently needed. **Keywords:** hearing loss, sensorineural hearing loss, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thính giác là một giác quan cực kỳ quan trọng và cần thiết cho sự phát triển của trẻ, nhất là đối với trẻ em trong 5 năm đầu đời. Mặc dù ảnh hưởng rõ ràng nhất của việc mất thính giác ở trẻ em là đối với sự phát triển ngôn ngữ, nhưng cũng có tác động đến khả năng học tập, tâm lý, phát triển các kỹ năng xã hội và có thể để lại những hậu quả hết sức nặng nề. Theo CDC Mỹ vào năm 2019 thu thập được từ các tiểu

bang và vùng lãnh thổ, 98% trẻ sơ sinh ở Mỹ được sàng lọc thính lực sơ sinh, với kết quả gần 6000 trẻ sinh xác định điếc sâu và tỷ lệ nghe kém là 1,7 trên 1000 trẻ được sàng lọc.

Phần lớn các bệnh nhi nghe kém cho thấy tình trạng nghe kém tiếp nhận – thần kinh trước ngôn ngữ được phát hiện và chẩn đoán trễ ở hầu hết các trẻ đến khám thính lực. Người nhà chưa quan tâm và không hiểu biết về các phản xạ âm thanh của trẻ, chủ yếu đến khám khi trẻ có các biểu hiện rõ ràng như chậm nói, chậm phát triển tâm lý¹. Một số Nghiên cứu cho thấy, những đứa trẻ bị mất thính lực rất sớm hoặc điếc bẩm sinh nếu được can thiệp thích hợp trước 6 tháng tuổi sẽ có mức thính lực ngang bằng bạn bè của chúng về sự phát triển ngôn ngữ ở thời điểm chúng được 5 tuổi. (trong trường hợp không có các khiếm khuyết khác). Việc chẩn đoán hay lựa chọn can thiệp điều trị cần sự phối hợp giữa các phương pháp thăm dò chức năng thính giác và chẩn đoán hình ảnh cụ thể là Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) xương thái dương và Cộng hưởng từ (MRI tai – so não)².

Do vậy, để xác định sớm tình trạng mất thính lực, hiểu rõ được các đặc điểm lâm sàng và can thiệp sớm sẽ là chìa khóa thành công của trẻ trong giao tiếp, tối đa hóa sự phát triển của trẻ. Đặc biệt là nhóm trẻ nghe kém tiếp nhận - thần kinh - nhóm chịu ảnh hưởng rất nhiều nếu không được xây dựng kế hoạch phòng ngừa, tầm soát lựa chọn phương pháp đánh giá chức năng nghe phù hợp và can thiệp sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán nghe kém tiếp nhận – thần kinh tại BV Nhi Đồng 1 từ tháng 01/2022–06/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Trẻ em từ 16 tuổi trở xuống
- Bệnh nhi được chẩn đoán nghe kém tiếp nhận – thần kinh dựa trên kết quả đánh giá thính lực tại Đơn vị thính học của Bệnh Viện Nhi Đồng 1.
- Đã chỉ định làm các thăm dò thính lực và chỉ định cận lâm sàng hình ảnh học: Phản xạ cơ bàn đạp, Thính lực đồ đơn âm, Đo âm ốc tai, Đo nhĩ lượng đồ, Đo điện thính giác thân não, CT scan, MRI sọ não-tai ...

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thân nhân bệnh nhi không nắm rõ tiền sử sản khoa, tiền sử gia đình, tiền sử bệnh tật của trẻ và mẹ (trước và trong khi mang thai).
- Thân nhân bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1, nơi được trang bị đầy đủ các thiết bị khảo sát thính học được kiểm chuẩn phù hợp với việc nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2022 – tháng 06/2023

Các bước tiến hành

Bước 1: Bệnh nhi đến Đơn vị Thính học Bệnh Viện Nhi Đồng 1 khám và được chẩn đoán nghe kém tiếp nhận - thần kinh thỏ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được thực hiện bệnh án lâm sàng, thu thập dữ liệu cần thiết.

Bước 2: Thăm dò chức năng nghe của trẻ qua các phương pháp thăm dò thính lực thích hợp. Đánh giá sức nghe: nhĩ lượng đồ, âm ốc tai (OAE), phản xạ cơ bàn đạp

- Đo xác định ngưỡng nghe:
- + Ở những trẻ hợp tác: đo thính lực đơn âm, đo thính lực đồ chơi có điều kiện
- + Ở những trẻ không hợp tác: ABR, ASSR.

Bước 3: Phân tích các kết quả đo được, phân loại nghe kém theo các mức độ.

Bước 4: Chụp CT scan xương thái dương, MRI sọ não-tai theo đúng tiêu chuẩn. Đánh giá kết quả hình ảnh chụp được.

Bước 5: Nhập, xử lý và phân tích số liệu.

Bước 6: Trình bày kết quả, phiên giải số liệu.

Bảng 1: Phân độ nghe kém sử dụng trong nghiên cứu

Mức độ	Cường độ (dB)
Không nghe kém	0-20dB
Nhẹ	21-40dB
Trung bình	41-70dB
Nặng	71-90dB
Sâu	>90dB

Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1
- Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14
- Sử dụng thống kê mô tả để mô tả các đặc tính bằng số liệu được thu thập từ nghiên cứu.

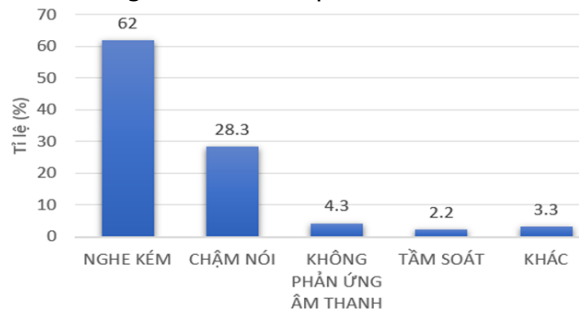
Y đức. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Đại Học Y Dược TP HCM số 685/HĐĐĐ-ĐHYD và Hội đồng Y đức Bệnh Viện Nhi Đồng 1 số 149/GCN-BVND1.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Độ tuổi chẩn đoán trung bình 5.8 (#71 tháng), lớn nhất là 14,2 tuổi (171 tháng) và 0,8 tuổi (#10 tháng) là tuổi nhỏ nhất. Hơn 80% trẻ nghe kém thuộc giới tính Nữ và phần lớn đều sinh sống tại vùng nông thôn.

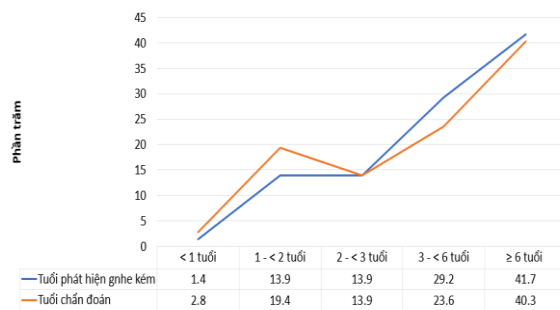
Tiền sử gia đình, mang thai và sinh con của trẻ nghe kém. Có 5 trường hợp trẻ có người thân trong gia đình là anh em ruột hay cả cha mẹ mắc nghe kém bẩm sinh từ nhỏ, chiếm tỉ lệ 12.8%, 2.8% trẻ có mẹ có tiền sản giật trong quá trình mang thai, 4.2% trẻ có mẹ mắc sốt siêu vi trong quá trình mang thai và đặc biệt có khoảng 2.8% trẻ được sinh ra khi mẹ nhiễm Covid 19 trong quá trình mang thai. Chúng tôi cũng ghi nhận có khoảng 31,9% trường hợp sinh thiếu tháng, trong đó 2 trường hợp sanh cực non (<28 tuần) và 17 trường hợp sanh rất non chiếm 9.7%, 1 trường hợp (1.4%) nhẹ cân có cân nặng lúc sanh < 1000g, 3 trường hợp (4.2%) dưới 1500g. Ghi nhận 3 trường hợp nhiễm trùng sơ sinh (chiếm 4.2%), còn lại khoảng 25% trẻ nhập viện vì các bệnh lý, dị tật khác nhau như (sút môi chẻ vòm, ROP, thoát vị hoành, thoát vị bẹn, viêm tiểu phế quản, động kinh...).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ nghe kém. Có 16 trường hợp (22.2%) được phát hiện trước 2 tuổi và không có trường hợp nào được phát hiện ở tuyến trước được chuyển đến Đơn Vị Thính Học, Bệnh viện Nhi Đồng 1. Lí do phát hiện và đến khám phần lớn là nghe kém chiếm 62%, chậm nói chiếm 28.3% và tỉ lệ đến khám vì tầm soát nghe kém rất thấp chỉ 2.2%.



Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ lí do đến khám

Trường hợp nghe kém sau ngôn ngữ chiếm đa số và phát hiện sau 5, 6 tuổi với tỉ lệ trên 40%.



Biểu đồ 2. Phân bố theo lứa tuổi Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém tiếp nhận-thần kinh. Trong các yếu tố

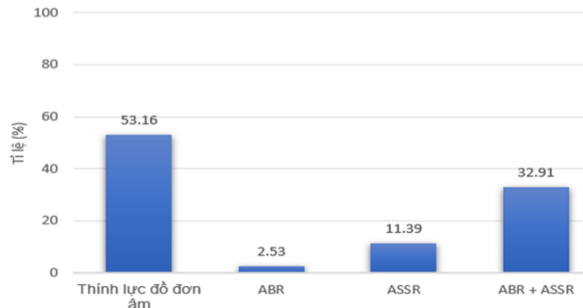
nguy cơ gây nghe kém, trẻ có tiền căn nằm điều trị tại hồi sức sơ sinh hơn 5 ngày chiếm đa số với 23 trường hợp chiếm tỉ lệ 59%, có 5 trường hợp trẻ có người thân trong gia đình có điếc bẩm sinh chiếm tỉ lệ 12.8%, 4 trường hợp chiếm 10.3% có tiền căn điều trị cần thông khí hỗ trợ trong thời kì sơ sinh, 1 trường hợp từng được ECMO và 1 trường hợp vàng da nhân, tăng bilirubin máu cần thay máu, 3 trường hợp bất thường sọ mặt chiếm tỉ lệ 7.7%. (Bảng 2)

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ liên quan nghe kém JCIIH 2007³

Yếu tố nguy cơ		n	Tỷ lệ (%)
Trong và ngay sau sinh	Nằm hồi sức sơ sinh > 5 ngày	23	59.0%
	ECMO	1	2.6%
	Thông khí hỗ trợ	4	10.3%
	Dùng thuốc độc thính giác	0	0
	Tăng Bilirubin máu, cần thay máu	1	2.6%
	Bất thường sọ mặt	3	7.7%
	Hội chứng lâm sàng liên quan nghe kém tiếp nhận thần kinh.	0	0
	Nhiễm trùng sau sinh cấy máu dương tính liên quan (viêm màng não vi trùng, virus Herpes và Varicella)	0	0
	Chấn thương đầu	1	2.6%
	Trẻ phải điều trị bằng hoá, xạ trị	0	0
Tiền sử gia đình	Gia đình có người điếc bẩm sinh	5	12.8%
Tổng (N)		39	100%

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả thăm dò thính lực. Mẫu nghiên cứu có 42 trường hợp trên 6 tuổi được thực hiện đo thính lực đơn âm chiếm (%), còn lại khoảng 30 trường hợp dưới 6 tuổi hoặc không hợp tác đã được chỉ định đo ABR và ASSR.



Biểu đồ 3. Phân bố tỉ lệ các phương pháp thăm dò thính lực được sử dụng

Bảng 3. Phân độ mức độ nghe kém của trẻ

Phân độ	Tai Phải		Tai Trái	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bình thường	2	2.8%	8	11.1%
Mức độ nhẹ (26-40 dB)	3	4.2%	1	1.4%
Mức độ trung bình (41-70 dB)	13	18.1%	14	19.4%
Mức độ nặng (71 – 90dB)	17	23.6%	12	16.7%
Điếc sâu (>91dB)	37	51.4%	37	51.4%
	N = 72	100%	N = 72	100%

Nghe kém mức độ điếc sâu chiếm tỉ lệ cao nhất 51,4 %, 3/72 trường hợp , và hầu hết các trường hợp nghe kém là không đối xứng chiếm 63.9%, 10/72 trường hợp điếc 1 bên và có 3 trường hợp điếc đột ngột.

Kết quả hình ảnh học CT scan xương thái xương và MRI sọ não-tai

Bảng 4. Hình ảnh CT Scan Ốc tai

Kết quả CT Scan xương thái dương		Trường hợp (n)	Tỉ lệ (%)
Ốc tai	Bình thường	67	90.5%
	Ốc tai 2 vòng	2	2.7%
	Loạn sản ốc tai	3	4.1%
	Thiếu sản ốc tai	2	2.7%
		N = 72	100%

Có 2 trường hợp có dị dạng ốc tai dạng ốc tai 2 vòng chiếm 2.7%, 3 trường hợp loạn sản ốc tai và 2 trường hợp thiếu sản ốc tai (Bảng 4). Loạn sản tiền đình ốc tai dạng ốc tai chiếm 5.1%, 3 trường hợp hẹp ống tai trong chiếm 3.8% và 2 trường hợp rộng cống tiền đình chiếm 2.5%. (Bảng 5).

Bảng 5. Hình ảnh CT Scan tiền đình và các ống bán khuyên

Kết quả CT Scan xương thái dương		Trường hợp (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền đình - Ống bán khuyên	Bình thường	68	86.5%
	Loạn sản tiền đình ốc tai	4	5.1%
	Thiếu sản tiền đình ốc tai	2	2.5%
	Rộng cống tiền đình	2	2.5%
	Hẹp ống tai trong	3	3.8%
		N = 72	100%

Bảng 6. Hình ảnh MRI ốc tai

Kết quả MRI sọ não - tai		Trường hợp (n)	Tỉ lệ (%)
Ốc tai	Bình thường	67	90.5%
	Ốc tai 2 vòng	2	2.7%
	Loạn sản ốc tai	3	4.1%
	Thiếu sản ốc tai	2	2.7%
		N = 72	100%

Tương tự hình ảnh ốc tai trên CT scan xương thái dương, hình ảnh MRI ốc tai có 2 trường hợp có dị dạng ốc tai dạng ốc tai 2 vòng chiếm 2.7%, 3 trường hợp loạn sản ốc tai và 2 trường hợp thiếu sản ốc tai.

Bảng 7. Hình ảnh MRI nhu mô não, góc cầu tiểu não

Kết quả MRI sọ não - tai		Trường hợp (n)	Tỉ lệ (%)
Nhu mô não, góc cầu tiểu não	Bình thường	63	87.5%
	Di chứng tổn thương não	8	11.1%
	Giãn não thất	1	1.4%
		N = 72	100%

Có 1 trường hợp giãn não thất và 8 trường hợp có di chứng tổn thương não chiếm 11.1%

Bảng 8. Hình ảnh MRI dây thần kinh VIII

Kết quả MRI sọ não - tai		Trường hợp (n)	Tỉ lệ (%)
Hình ảnh dây VIII	Bình thường	68	94.4%
	Bất sản dây VIII	2	2.8%
	Thiếu sản dây VIII	2	2.8%
		N = 72	100%

Có 2 trường hợp bất sản dây thần kinh VIII chiếm 2.8% và 2 trường hợp thiếu sản dây thần kinh VIII chiếm 2.8%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu 72 trẻ được chẩn đoán nghe kém tiếp nhận-thần kinh, độ tuổi chẩn đoán trung bình 5.8 (#71 tháng), lớn nhất là 14,2 tuổi (171 tháng) và nhỏ nhất là 0,8 tuổi(#10 tháng), kết quả tương tự tác giả Phạm Đình Nguyên 2018 khi thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 với độ tuổi nhỏ nhất là 1 tháng và lớn nhất là 12 tuổi³. Tương tự, độ tuổi ít được phát hiện nghe kém nhất là dưới 1 tuổi, chúng tôi ghi nhận chỉ dưới 3% và phù hợp với tác giả Lại Thu Hà 2020 với ghi nhận chỉ 4,3% phát hiện nghe kém ở lứa tuổi dưới 6 tháng⁴.

Kết quả ghi nhận tỉ lệ nghe kém mức độ sâu chiếm đa số 51.4% (>90dB) và hầu hết các trường hợp nghe kém là không đối xứng chiếm 63.9%, 10/72 trường hợp điếc 1 bên và có 3 trường hợp điếc đột ngột. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với một số tác giả Wiranadha 2020⁵, với tỉ lệ nghe kém mức độ nặng sâu chiếm 71,01%, và cũng tương tự tại Việt Nam tác giả Phạm Đoàn Tấn Tài 2017¹, với tỉ lệ nghe kém mức độ điếc sâu chiếm 67% (>91dB). Lí do của kết quả này không vì tỉ lệ trẻ nghe kém mức độ nặng, sâu trong cộng đồng nhiều mà do khi trẻ nghe kém mức độ nặng, sâu dễ phát hiện hơn trẻ có mức độ nghe kém nhẹ.

Trong nghiên cứu này, cho thấy trẻ càng có nhiều yếu tố nguy cơ như sanh non, nhẹ cân hay có các yếu tố nguy cơ nghe kém theo JCIH cho thấy mức độ nghe kém nghiêm trọng hơn so với nhóm không có yếu tố nguy cơ nào.

Về đặc điểm hình ảnh học, gần 50% trường hợp đều có kết quả chụp CT Scan xương thái dương và MRI não bình thường, kết quả tương đồng với tỉ lệ 40% của các tác giả McClay J.E và cộng sự 2008, Cotichchia J.M và cộng sự 2006.

Qua CT Scan xương thái dương chúng tôi ghi nhận 66/72 trường hợp chiếm 81.5% có hình ảnh tai ngoài và tai giữa bình thường, tương tự kết quả thu được của tác giả Nguyễn Xuân Nam 2017⁶. Chúng tôi đã đánh giá được, 7 trường hợp có dị dạng ốc tai trong đó có 2 trường hợp ốc tai 2 vòng, 3 trường hợp loạn sản ốc tai, 2 trường hợp thiếu sản ốc tai chiếm tỉ lệ chung 9.5%. Theo Buchman, tỉ lệ dị dạng ốc tai trong nghiên cứu của ông là 28/315 trường hợp chiếm 8,8%. Như vậy tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi mặc dù cỡ mẫu lớn hơn, điều này có thể giải thích do có sự khác nhau về đặc điểm dân số và tiêu chí chọn mẫu. Kết quả chúng tôi ghi nhận 2/72 trường hợp dị dạng ốc tai chỉ có 2 vòng.

Về hình ảnh ống tai trong, dây thần kinh VIII, khi quan sát qua CT Scan chúng tôi phát hiện 3/72 trường hợp hẹp ống tai trong. Theo Vossough nếu ống tai trong hẹp thì khả năng thiếu sản hoặc không có dây VIII là rất cao, vì ống tai trong là hình ảnh gián tiếp về dây thần kinh VIII. Đối chiếu với kết quả chụp MRI cuối cùng để chẩn đoán xác định. Qua đó, cũng cho thấy được điểm yếu của CT Scan, không đánh giá được các cấu trúc thần kinh bên trong của ống tai trong. Vì vậy mà các bác sĩ lâm sàng cần dùng MRI giúp xác nhận sự tồn tại của dây thần kinh VIII.

Trong kết quả nghiên cứu, qua chụp MRI chúng tôi đã ghi nhận tỉ lệ dây thần kinh VIII bình thường là 68/72 trường hợp chiếm tỉ lệ 94.4%, tỉ lệ bất thường là 6.6%, trong đó có 2 trường hợp bất sản dây thần kinh VIII và 2 trường hợp thiếu sản dây thần kinh VIII. Ngoài ra, một ưu thế vượt trội khi đánh giá mô mềm chúng tôi cũng đánh giá cấu trúc nhu mô não, và các bất thường vị trí góc cầu tiểu não với kết quả 63/72 trường hợp chiếm 87.5% bình thường, 8 trường hợp có di chứng tổn thương nhu mô não nghi do nhiễm trùng thời kỳ bào thai chiếm 11.1% và 1 trường hợp có giãn não thất. Các kết quả trên góp phần tìm ra nguyên nhân gây nghe kém, củng cố thêm các hình ảnh khiếm khuyết mà CT Scan chưa cung cấp được.

Theo một số tác giả Caselman, Doris Bamiou nhấn mạnh việc luôn phải chụp MRI cho tất cả các bệnh nhân nghe kém bẩm sinh thì tác giả O. Chin và cộng sự vào năm 2020 đã thực hiện nghiên cứu phân tích kết quả chụp CT Scan và MRI, nhằm xác định xem chỉ chụp MRI có đủ để đánh giá các bất thường cấu trúc tai trong trước phẫu thuật ở những bệnh nhi SNHL hay không, kết quả cho thấy rằng việc kết hợp CT Scan xương thái dương có mang lại hiệu quả nhưng không đáng kể⁷. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy CT Scan chỉ ghi nhận 3 trường hợp hẹp ống tai trong, trong khi MRI đã phát hiện 4 trường hợp bất thường dây thần kinh VIII. Qua đó cho thấy rằng, các bác sĩ đã có thể bỏ sót hình ảnh bất thường nếu chỉ sử dụng CT Scan.

Như vậy, ngoài việc chẩn đoán được nguyên nhân gây nghe kém thì CT Scan và MRI còn giúp quyết định có thể can thiệp phẫu thuật hay không dựa vào những hình ảnh mà CT Scan và MRI cung cấp. Các phương pháp thăm dò thính lực có thể cho biết mức độ nghe kém, điếc sâu do tổn thương tại ốc tai nhưng chỉ khi chụp CT Scan, MRI mới cho ta biết rõ nguyên nhân, khả năng can thiệp phục hồi sức và cả phương pháp cũng như phương tiện can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Hiện nay vấn đề tầm soát nghe kém cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ chưa được áp dụng rộng rãi, vì vậy để cải thiện chất lượng điều trị và phục hồi chức năng cho trẻ nghe kém, vai trò của chương trình sàng lọc nghe kém là rất mực cần thiết. Các phương pháp thăm dò thính lực có thể cho biết mức độ nghe kém, điếc sâu do tổn thương tại vị trí nào của cơ quan thính giác nhưng chỉ khi được kết hợp sử dụng với chẩn đoán hình ảnh

(CT Scan, MRI) mới cho ta biết rõ nguyên nhân, khả năng và phương pháp can thiệp phục hồi sức nghe.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Doan Tan Tai, Quang PD, Nhu NT, Hung DX.** Đánh giá tình trạng nghe kém tiếp nhận - thần kinh và các yếu tố liên quan ở trẻ tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1. Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2017;23(4):173-178.
- Culbertson SR, Dillon MT, Richter ME, et al.** Younger Age at Cochlear Implant Activation Results in Improved Auditory Skill Development for Children With Congenital Deafness. Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR. Sep 12 2022;65(9)
- Phạm Đình Nguyên.** Nghiên cứu khiếm thính không mắc phải ở trẻ em. 2018;
- Lai Thu Hà.** Một số đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ gây nghe kém tiếp nhận và hiệu quả can thiệp đeo máy trợ thính ở trẻ dưới 3 tuổi tại bệnh viện nhi trung ương. 2020;
- Wiranadha IM, Hartayanti A.** Characteristics of Congenital Sensorineural Hearing Loss in Children at ENT Outpatient Clinic Sanglah General Hospital Denpasar in 2017. Report. Biomedical and Pharmacology Journal. 2020/03 2020.
- Nguyen Xuan Nam.** Nghiên cứu thăm dò chức năng nghe, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả thính lực của trẻ cấy điện cực ốc tai. Luận An Tiến Sĩ, Đại Học Y Hà Nội. 2017;
- Chin O, Dharsono F, Kuthubutheen J, Thompson A.** Is CT necessary for imaging paediatric congenital sensorineural hearing loss? Cochlear implants international. Mar 2020;21(2):75-82.
- JCIH.** Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. 2019;

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CỦA U BÓNG VATER THEO TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI 2019

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2,3}, Vũ Lê Thành Đạt¹,
Luu Thị Thu Thảo¹, Nguyễn Phạm Ngọc Châu²

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh Viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Lê Thành Đạt

Email: vltdat.chgpb21@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

Đặt vấn đề: Trong phiên bản mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới 2019 đã có nhiều thay đổi về thuật ngữ, phân loại cũng như chẩn đoán u bóng Vater so với các phiên bản trước đây. Việc phân nhóm mô bệnh học giúp cung cấp những thông tin tiên lượng quan trọng, vạch ra các chiến lược điều trị phù hợp và tối ưu cho người bệnh bởi có sự khác biệt trong định hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân trong các loại u khác nhau ở vùng bóng Vater. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm tuổi, giới, mô bệnh học và phân loại u bóng Vater theo Tổ chức Y tế Thế giới 2019.