

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ HÒM NHĨ TRÊN BỆNH NHÂN CÓ CHOLESTEATOMA NGUYÊN PHÁT KHU TRÚ Ở HÒM NHĨ

Nguyễn Viết Trung Hiếu¹, Nguyễn Thị Tố Uyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ trên bệnh nhân có cholesteatoma nguyên phát khu trú ở hòm nhĩ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả và nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng, lấy mẫu thuận tiện. **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, thời gian nghiên cứu từ 2018-2023. **Bệnh nhân nghiên cứu:** 33 bệnh nhân. **Kết quả nghiên cứu:** Cholesteatoma nguyên phát thường được phát hiện ở bệnh nhân nhỏ tuổi, trung bình $3,2 \pm 1,4$ tuổi; Tất cả các bệnh nhân được theo dõi ít nhất 1 tháng thấy màng nhĩ đều liền kín, chưa có trường hợp nào xảy ra tai biến trong và sau phẫu thuật; chưa phát hiện tình trạng tái phát cholesteatoma. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ trên bệnh nhân có cholesteatoma nguyên phát là phẫu thuật an toàn, đem lại kết quả tốt, bệnh nhân trải qua giai đoạn hậu phẫu nhẹ nhàng với tỷ lệ tai biến thấp và tỷ lệ tái phát không cao.

Từ khóa: Cholesteatoma, Cholesteatoma nguyên phát, phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ điều trị cholesteatoma nguyên phát

SUMMARY

ASSESSMENT OF RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY OPEN TYMPANIC CAVITY IN PATIENTS WITH PRIMARY CHOLESTEATOMA LOCALIZED IN THE TYMPANIC CAVITY

Objectives: To evaluate the results of laparoscopic tympanic surgery in patients with primary cholesteatoma localized to the tympanic cavity. **Methods:** Descriptive study and clinical intervention study, no control group, convenient sampling. **Research location:** Central Ear, Nose and Throat Hospital, research period from 2018-2023. **Study patients:** 33. **Research results:** Primary cholesteatoma is usually detected in young patients, average 3.2 ± 1.4 years old; All patients were followed up for at least 1 month and found that the tympanic membrane was completely closed, there were no cases of complications during and after surgery; Cholesteatoma recurrence was not detected. **Conclusion:** Laparotomy to open the tympanic cavity in patients with primary cholesteatoma is a safe operation with good results, the patient experienced a gentle postoperative period with low complication rate and recurrence rate. not tall.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Trung Hiếu

Email: bsnguyenviettrunghieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

Keywords: Cholesteatoma, Primary cholesteatoma, endoscopic tympanic surgery to treat primary cholesteatoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma lần đầu tiên được nhắc đến bởi Hippocrate¹. Trong hàng thế kỷ qua cholesteatoma được ghi nhận là tổ chức có khả năng ăn mòn và phá hủy xương, hậu quả của nó có thể dẫn tới làm giảm sức nghe, liệt dây thần kinh mặt. Cholesteatoma được xếp vào nhóm bệnh lý tai nguy hiểm cần được phẫu thuật sớm. Cholesteatoma được chia thành 2 loại chính: cholesteatoma nguyên phát (không có tiền sử chảy mủ tai, thủng màng nhĩ, trích nhĩ, đặt ống thông khí hoặc phẫu thuật tai trước đó) và cholesteatoma thứ phát (có tồn tại ổ thủng màng nhĩ trước đó). Trong cholesteatoma nguyên phát thì cholesteatoma bẩm sinh là hay gặp nhất. Các triệu chứng thường kín đáo nhưng diễn biến nhanh, dễ bỏ sót và chẩn đoán muộn.

Ngày nay với sự phát triển và phổ biến rộng rãi của máy nội soi tai mũi họng, chụp cắt lớp vi tính với lát cắt mỏng đã đóng vai trò trong việc chẩn đoán sớm cholesteatoma nguyên phát, đặc biệt chụp cắt lớp vi tính cho phép xác định được vị trí, hình thái và sự lan rộng của tổn thương và những biến chứng của cholesteatoma gây ra. Dựa vào đó, các phẫu thuật viên đưa ra được các chỉ định phẫu thuật và lựa chọn phương pháp phẫu thuật tốt nhất cho người bệnh.

Phẫu thuật là lựa chọn duy nhất để điều trị cholesteatoma nhằm loại bỏ hoàn toàn bệnh tích, có thể kết hợp tái tạo tổn thương xương con. Nếu cholesteatoma nguyên phát được phát hiện sớm còn khu trú trong hòm nhĩ, có thể lựa chọn phẫu thuật mở hòm nhĩ lấy tổ chức cholesteatoma². Nếu cholesteatoma nguyên phát ở giai đoạn muộn khi khối cholesteatoma đã lan rộng ra khỏi hòm nhĩ thì sẽ khó thực hiện phẫu thuật nội soi mà có thể phải phẫu thuật sào bào thương nhĩ – mở hòm nhĩ lối sau tai hoặc phẫu thuật tiết căn xương chũm.

Trên thế giới, một số tác giả đã áp dụng phẫu thuật mở hòm nhĩ đường trong ống tai dưới nội soi để lấy tổ chức cholesteatoma nguyên phát³. Sử dụng máy nội soi với các optic nhiều góc độ khác nhau (0 độ, 30 độ, 70 độ) giúp phẫu thuật viên dễ dàng quan sát được

phẫu trường, tránh bỏ sót bệnh tích. Phẫu thuật chỉ cần can thiệp tối thiểu giúp giảm thời gian hồi phục, tính thẩm mỹ cao mà vẫn đảm bảo hiệu quả.

Ở Việt Nam, cũng đã có nhiều đề tài nghiên cứu về phẫu thuật điều trị cholesteatoma, nhưng còn ít đề tài nghiên cứu về phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ trên bệnh nhân có cholesteatoma nguyên phát khu trú ở hòm nhĩ. Để hiểu rõ hơn về bệnh cholesteatoma cũng như phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ trên bệnh nhân có cholesteatoma nguyên phát khu trú ở hòm nhĩ, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ trên bệnh nhân có cholesteatoma nguyên phát khu trú ở hòm nhĩ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

• Đối tượng nghiên cứu:

- 33 bệnh nhân tương đương 33 tai được chẩn đoán cholesteatoma nguyên phát khu trú ở hòm nhĩ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 6 năm 2023.

✓ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán cholesteatoma nguyên phát khu trú ở hòm nhĩ dựa vào:

+ Bệnh nhân không có tiền sử chảy mủ tai, thủng màng nhĩ, can thiệp bằng thủ thuật hoặc phẫu thuật vào tai nghiên cứu.

+ Nội soi tai: Màng nhĩ không thủng, phía sau có tổ chức trắng ngà, có thể ở các vị trí khác nhau trong hòm nhĩ. Đôi khi chỉ thấy màng nhĩ bị đẩy phồng 1 phần hoặc toàn bộ.

+ Được đo nhĩ lượng trước và sau phẫu thuật

+ Chụp CLVT: Có tổn thương dạng hình mở khu trú ở hòm nhĩ, thường là khối hình cầu có thể có hiện tượng ăn mòn xương; tổn thương xương con, tường thượng nhĩ; Cholesteatoma giai đoạn I-II-III theo phân loại Potsic (2002)

- Được phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma.

- Giải phẫu bệnh: Hình ảnh tổ chức cholesteatoma

- Theo dõi và đánh giá tình trạng hốc mỗ sau PT ít nhất 1 tháng

- Bệnh nhân hoặc cha (hoặc mẹ hoặc người giám hộ) đồng ý tham gia nghiên cứu

✓ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có dị dạng tai ngoài và hoặc tai giữa.

- Bệnh nhân được phẫu thuật trong bệnh cảnh cấp cứu như viêm tai giữa cấp, viêm xương chũm cấp.

- Bệnh nhân được kết hợp phẫu thuật điều

trị bằng các phương pháp khác

• Phương pháp nghiên cứu:

✓ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng, lấy mẫu thuận tiện.

✓ Phương tiện nghiên cứu:

- Bệnh án mẫu

- Thiết bị nghiên cứu: Bộ nội soi thăm khám TMH có camera, màn hình, máy đo nhĩ lượng, thính lực đồ đơn âm, máy chụp CLVT xương thái dương, bộ dụng cụ vi phẫu tai.

- Vật liệu nghiên cứu: Bộ nội soi phẫu thuật TMH

✓ Thông số nghiên cứu:

- Tuổi, giới

- Triệu chứng cơ năng, thực thể, thính lực đồ, nhĩ lượng, hình ảnh cắt lớp vi tính

- Phẫu thuật: Giai đoạn cholesteatoma, tình trạng xương con, thời gian phẫu thuật, tai biến

- Sau phẫu thuật: triệu chứng cơ năng, thực thể, thính lực đồ, nhĩ lượng, MRI

✓ **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập trên Excel, thiết lập chế độ kiểm tra chặt chẽ để tránh sai số. Toàn bộ số liệu sau khi nhập xong được chuyển sang SPSS 20.0.0 để quản lý và phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

• Giới tính: Với N = 33

- Tỷ lệ Nam/ Nữ = 28/5 ≈ 6/1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

• Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi bắt đầu tham gia nghiên cứu

| | | Số bệnh nhân | % |
|------|-------|--------------|------|
| Tuổi | ≤ 2 | 11 | 33,3 |
| | 3 - 4 | 17 | 51,5 |
| | 5 - 6 | 4 | 12,1 |
| | ≥ 7 | 1 | 3 |

Nhận xét: - Nhỏ nhất là 15 tháng, lớn nhất là 8 tuổi, trung bình: 3,2 ± 1,4 tuổi.

- 11/33 Bn (33,3%) từ 2 tuổi trở xuống

- 17/33 Bn (51,5%) từ 3 đến 4 tuổi.

- 4/33 Bn (12,1%) từ 5 đến 6 tuổi.

- 1/33 Bn (3%) từ 7 tuổi trở lên.

• Đối chiếu CLVT xương thái dương với phẫu thuật

Bảng 3.2. Đối chiếu tổn thương giữa phim CLVT và trong PT

| Giai đoạn trong phẫu thuật \ Giai đoạn trên CLVT | I | II | III | Tổng |
|--|----|----|-----|------------|
| I | 21 | 0 | 0 | 21 (58,3%) |

| | | | | |
|------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| II | 0 | 7 | 0 | 7 (19,4%) |
| III | 0 | 0 | 5 | 5 (15,2%) |
| Tổng | 21 (58,3%) | 7 (19,4%) | 5 (15,2%) | 33 (100%) |

Nhận xét: - Giai đoạn I trong phẫu thuật và

Bảng 3.3. Phân bố phẫu thuật theo giai đoạn Potsic

| Loại phẫu thuật | Giai đoạn | | III | | Tổng | |
|--|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Phẫu thuật nội soi không chỉnh hình tai giữa | 28 | 100 | 0 | 0 | 28 | 84,8 |
| Phẫu thuật nội soi có chỉnh hình tai giữa | 0 | 0 | 5 | 100 | 5 | 15,2 |
| Tổng | 28 | 84,8 | 5 | 15,2 | 33 | 100 |

Nhận xét: - 28/33 Bn (84,8%) ở giai đoạn I-II được phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma do trong giai đoạn này bệnh tích còn nhỏ, chưa lan rộng, chưa có tổn thương xương con.

- Ở giai đoạn III khi có tổn thương xương con kèm theo, các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma và chỉnh hình tai giữa chiếm 5/33 Bn (15,2%)

• Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Tỷ lệ tai được theo dõi sau phẫu thuật

| Thời gian theo dõi sau phẫu thuật | 1-3 tháng | 3-6 tháng | 6-12 tháng | ≥ 12 tháng |
|-----------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Số bệnh nhân | | | | |
| N | 2 | 5 | 11 | 15 |
| % | 6,1 | 15,2 | 33,3 | 45,4 |

Nhận xét: N=33

- 2/33 Bn (6,1%) được theo dõi từ 1-3 tháng
- 5/33 Bn (15,2%) được theo dõi từ 3-6 tháng
- 11/33 Bn(33,3%) được theo dõi từ 6-12 tháng
- 15/33 Bn (45,4%) được theo dõi trên 1 năm

• Tai biến và biến chứng

Bảng 3.5. Tỷ lệ tai biến và biến chứng

Bảng 3.7. Sự biến đổi nhĩ lượng trước và sau PT

| Nhĩ lượng | Type A | | Type B | | Type C | | Tổng | |
|-----------------|--------|------|--------|---|--------|------|------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Trước PT (N=33) | 25 | 75,8 | 1 | 3 | 7 | 21,2 | 33 | 100 |
| Sau PT (N=33) | 33 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 | 100 |

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa nhĩ lượng trước và sau PT:

+ 25/33 Bn (75,8%) nhĩ lượng Type A trước và sau PT không thay đổi

+ 1/33 Bn (3%) Bn nhĩ lượng Type B và 7/33 Bn (21,2%) Bn nhĩ lượng Type C có sự tiến triển tốt lên nên đạt được 33/33 Bn (100%) nhĩ lượng bình thường

IV. BÀN LUẬN

• Giới tính. Gặp ở cả nam và nữ. Trong đó

trên CLVT là 21 Bn (58,3%)

- Giai đoạn II trong phẫu thuật và trên CLVT là 7 Bn (19,4%)

- Giai đoạn III trong phẫu thuật và trên CLVT là 5 Bn (15,2%)

• Phân bố phẫu thuật theo giai đoạn Potsic

| | Không có biến chứng | Biến chứng | | | |
|--------------|---------------------|-------------|----------|-----------|-----|
| | | Nhiễm trùng | Liệt mắt | Chóng mắt | Nôn |
| Số bệnh nhân | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| % | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: 33/33 Bn (100%) không có tai biến và biến chứng trong và sau PT

• Tình trạng màng nhĩ qua nội soi sau phẫu thuật

Bảng 3.6. Phân bố tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật

| Thời gian | 1-3 tháng | 3-6 tháng | 6-12 tháng | ≥ 12 tháng |
|---|-----------|-----------|------------|------------|
| Màng nhĩ Liên | 2 | 5 | 11 | 15 |
| Màng nhĩ Không liên | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tổ chức trắng ngờ cholesteatoma trong hòm nhĩ | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: Kết quả tốt: 33/33 Bn (100%) màng nhĩ liền sau phẫu thuật

Chưa có trường hợp nào thất bại hay nghi ngờ có tái phát sau phẫu thuật

• Đánh giá chức năng tai giữa tại thời điểm ít nhất 1 tháng

có 28 nam và 5 nữ, như vậy tỷ lệ Nam/Nữ là xấp xỉ 6/1 và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm về giới của tác giả khác: Levenson M.J (1989)⁴, Park K.H⁵, Lê Thị Thu Hà (2018)⁶ cholesteatoma bẩm sinh chủ yếu gặp ở trẻ trai, trẻ gái ít gặp hơn.

• Tuổi. Tuổi trung bình của 33 Bn khi bắt đầu tham gia vào nghiên cứu là $3,2 \pm 1,4$. Nhóm hay gặp nhất ≤ 4 tuổi, chiếm tỷ lệ lớn nhất

(84,8%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác như: Theo các tác giả Nelson M. (2002), tuổi trung bình của cholesteatoma màng nhĩ đóng kín là $5,6 \pm 2,8^7$, theo Park K.H (2009)⁵ là 6,2. Có sự khác biệt đó có thể là do: Ở Việt Nam, phần lớn trẻ nhỏ dưới 4 tuổi hay mắc các bệnh lý viêm mũi họng nên tỷ lệ trẻ đi khám lớn. Đồng thời cùng với sự tiến bộ của máy nội soi tai mũi họng mà nhờ đó đã sớm phát hiện được bệnh lý cholesteatoma nguyên phát ở trẻ nhỏ.

• **Đôi chiếu CLVT xương thái dương với phẫu thuật.** Phim chụp CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán Cholesteatoma dựa vào việc phân tích hình ảnh khối mờ ở tai giữa kèm theo hình ảnh mòn chuôi xương con. Theo Potsic chia làm 4 giai đoạn:

+ Giai đoạn I: Cholesteatoma khu trú ở một góc phần tư của hòm nhĩ, chưa có tổn thương xương con, chưa lan vào xương chũm.

+ Giai đoạn II: Cholesteatoma lan từ hai góc phần tư trở lên của hòm nhĩ nhưng chưa tổn thương xương con, chưa lan vào xương chũm.

+ Giai đoạn III: Cholesteatoma khu trú trong hòm nhĩ chưa lan vào xương chũm, có tổn thương xương con.

+ Giai đoạn IV: Cholesteatoma lan vào xương

Khối mờ hoặc hố khoét rỗng ở tai giữa gây mòn xương con là hình ảnh thường thấy trên phim CLVT của cholesteatoma nguyên phát. Theo bảng 3.3, có 58,3% tương đương giai đoạn I chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp theo là giai đoạn II chiếm 19,4% và giai đoạn III có tổn thương xương con chiếm 15,3%.

Chẩn đoán giai đoạn trên CLVT trước mổ giúp cho xác định đường vào khi phẫu thuật. Giai đoạn I, II có thể nội soi mở hòm nhĩ đơn thuần. Giai đoạn III phải sử dụng phối hợp kỹ thuật chỉnh hình tai giữa. Hơn nữa chẩn đoán giai đoạn trên CLVT còn giúp cho tiên lượng bệnh, khả năng tái phát sau mổ.

• **Phân bố phẫu thuật theo giai đoạn Potsic.** Theo biểu đồ 3.3, có tổng cộng 84,8% (28/33 tai) ở giai đoạn I-II và tất cả được phẫu thuật nội soi không chỉnh hình tai giữa. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thu Hà⁶ là 100%.

Ở giai đoạn III, khi cholesteatoma đã gây tổn thương xương con thì cần phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma kết hợp chỉnh hình tai giữa (chiếm 15,2%).

Lựa chọn đường vào trong phẫu thuật tai vừa đảm bảo lấy tối đa bệnh tích, tránh tổn thương cấu trúc xương và mô lành, giảm thiểu tai biến và biến chứng trong, sau mổ đồng thời

làm giảm thời gian chăm sóc và điều trị sau phẫu thuật. Đối với giai đoạn I,II trên CLVT tổn thương khu trú trong hòm nhĩ mà không ảnh hưởng tới xương con có thể chỉ cần mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma dưới nội soi. Giai đoạn III trên CLVT có tổn thương xương con để quan sát hết vị trí ngách mặt và ngách nhĩ có thể sử dụng phẫu thuật mở hòm nhĩ và kiểm soát ngách nhĩ và ngách mặt dưới optique 30 độ.

• **Thời gian theo dõi sau phẫu thuật.**

Biểu đồ 3.4, cho thấy hầu hết được theo dõi trong vòng 1 năm đầu (20/33 tai = 60,6%), có 13/33 tai được theo dõi trên 1 năm. Theo dõi càng dài nghiên cứu càng có ý nghĩa, thời gian theo dõi dưới 1 năm sau PT thực ra chưa đủ để đánh giá tỷ lệ tái phát cholesteatoma nhưng do thời gian thực hiện có hạn nên chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi những Bn này trong các nghiên cứu tiếp theo.

• **Tai biến và biến chứng.** Các phương pháp phẫu thuật tai đều có nguy cơ tai biến, nhất là các tai biến trong phẫu thuật tai giữa có thể gặp như: biến chứng mê nhĩ, ... Theo biểu đồ 3.5, chúng tôi chưa gặp trường hợp nào có biến chứng xảy ra. Chúng tôi cho rằng phát hiện sớm bệnh lý cholesteatoma khi bệnh tích còn nhỏ cùng với phẫu thuật chỉ giới hạn can thiệp ở tai giữa nên có thể hạn chế được các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật

• **Tình trạng màng nhĩ qua nội soi sau phẫu thuật.** Sau khi theo dõi bệnh nhân ít nhất 1 tháng, bệnh nhân theo dõi lâu nhất là 4 năm, chưa phát hiện trường hợp nào màng nhĩ không liền. Tất cả các bệnh nhân đều không có biểu hiện của tái phát cholesteatoma.

• **Đánh giá chức năng tai giữa tại thời điểm ít nhất 1 tháng.** Có sự khác biệt giữa nhĩ lượng trước và sau phẫu thuật. Xu hướng các bệnh nhân nhĩ lượng đều tiến triển tốt. 25/33 Bn (75,8%) nhĩ lượng Type A trước và sau phẫu thuật; 1/33 Bn (3%) Bn nhĩ lượng Type B và 7/33 Bn (21,2%) Bn nhĩ lượng Type C có sự tiến triển tốt lên nên đạt được 33/33 Bn (100%) nhĩ lượng bình thường.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân được phát hiện đều là trẻ nhỏ, độ tuổi trung bình $3,2 \pm 1,4$ tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ.

- Nhờ có bộ nội soi tai mũi họng, cholesteatoma nguyên phát được phát hiện sớm nên tổn thương chỉ khu trú ở hòm nhĩ. Do vậy, ta có thể thực hiện phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma. Mặc dù phải thao tác 1 tay

nhưng với đầu nội soi nhỏ, linh hoạt đưa sát phẫu trường và góc quan sát rộng hơn kính hiển vi nên vẫn đảm bảo kiểm soát bệnh tích.

- Qua các kết quả ta thấy đây là phẫu thuật an toàn, kiểm soát được cholesteatoma khu trú ở hòm nhĩ, phục hồi tốt giải phẫu và sinh lý tai giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benmoussa N, Fabre C, Deo S, Prêtre C, Charlier P.** The first description of cholesteatoma by Hippocrate. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2020; 277(6):1651-1653. doi:10.1007/s00405-020-05899-8
2. **Richter GT, Lee KH.** Contemporary assessment and management of congenital cholesteatoma. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009; 17(5):339-345. doi:10.1097/MOO.0b013e3283303688
3. **Presutti L, Marchioni D, eds.** Endoscopic Ear

Surgery: Principles, Indications, and Techniques. Georg Thieme Verlag; 2015:b-003-121086. doi:10.1055/b-003-121086

4. **Levenson MJ, Michaels L, Parisier SC.** Congenital cholesteatomas of the middle ear in children: origin and management. Otolaryngol Clin North Am. 1989;22(5):941-954.
5. **Park KH, Park SN, Chang KH, Jung MK, Yeo SW.** Congenital middle ear cholesteatoma in children; retrospective review of 35 cases. J Korean Med Sci. 2009;24(1):126-131. doi:10.3346/jkms.2009.24.1.126
6. **Lê Thị Thu Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh cholesteatoma tai màng nhĩ đóng kín. Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
7. **Nelson M, Roger G, Koltai PJ, et al.** Congenital cholesteatoma: classification, management, and outcome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128(7):810-814. doi:10.1001/archotol.128.7.810

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI NOÃN Ở BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM ĐƯỢC LÀM THỤ TINH ỒNG NGHIỆM CÓ SỬ DỤNG ANDROGEL TRƯỚC KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Đoàn Thị Hằng¹ và CS

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 110 bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém làm thụ tinh ống nghiệm tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y. **Mục tiêu:** Đánh giá hình thái noãn của bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém sử dụng testosterone bôi da trước kích thích buồng trứng. **Kết quả:** Số lượng noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh và hình thái noãn tốt ở nhóm dùng testosterone qua da trước kích thích buồng trứng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. **Kết luận:** Sử dụng testosterone (androgel) bôi da trước kích thích buồng trứng có thể cải thiện được số lượng và chất lượng noãn ở bệnh nhân đáp ứng buồng trứng kém làm thụ tinh ống nghiệm.

Từ khóa: Androgel, Thụ tinh trong ống nghiệm, Đáp ứng buồng trứng kém.

SUMMARY

EVALUATION OF OOCYTE MORPHOLOGY IN POOR OVARIAN RESPONDER USING ANDROGEL PRIOR TO OVARIAN STIMULATION

The study was conducted on 110 patients with poor ovarian response undergoing in vitro fertilization (IVF) at the Military Institute of Clinical Embryology

and Histology, Vietnam Military Medical University. **Objectives:** To evaluate oocyte morphology of patients with poor ovarian response to topical testosterone use before ovarian stimulation. **Results:** The number of mature oocytes, the number of fertilized oocytes, and the good oocyte morphology were significantly higher in the transdermal testosterone group before ovarian stimulation compared with the control group. **Conclusions:** In conclusion, the topical application of testosterone (AndroGel) before ovarian stimulation can enhance both the quantity and quality of oocytes in patients with poor ovarian response to IVF.

Keywords: androgel, in-vitro fertilization (IVF), poor responder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh ống nghiệm (IVF) là phương pháp hỗ trợ sinh sản hiệu quả hiện nay với tỷ lệ thành công 35- 40%. Trong quá trình kích thích buồng trứng (KTBT), đáp ứng kém là một khó khăn có thể xảy ra chiếm 9-24% tổng số những trường hợp làm IVF. Điều trị đáp ứng kém là thách thức lớn của ngành hỗ trợ sinh sản, nhiều phương án khắc phục đã đưa ra, song chưa phương án nào tỏ ra ưu thế. Hiện nay, bổ sung androgen đang rất được quan tâm. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, androgen kích thích giai đoạn sớm của phát triển nang trứng, tăng sự đáp ứng của buồng trứng với FSH. Từ đó, làm tăng số trứng, số phôi

¹Viện Mô Phôi lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y
 Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hằng
 Email: doanthihang@vmmu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 11.7.2023
 Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023
 Ngày duyệt bài: 18.9.2023