

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN CHOLESTEATOMA TẠI GIỮA BẮM SINH VÀ MẮC PHẢI

*Chữ Thị Hồng Ninh<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Tâm<sup>1</sup>  
Đoàn Thị Hồng Hoa<sup>2</sup>, Đặng Tiến Trường<sup>1\*</sup>*

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả và so sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) cholesteatoma tai giữa bẩm sinh (BS) và mắc phải (MP). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 121 BN được chẩn đoán và điều trị cholesteatoma tai giữa, gồm 80 BN cholesteatoma MP (nhóm MP) và 41 BN cholesteatoma BS (nhóm BS) tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 02/2023 - 12/2024. Các triệu chứng lâm sàng, thính lực và hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương được phân tích và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Nhóm BS chủ yếu gặp ở độ tuổi từ 3 - ≤ 7 tuổi, trong khi nhóm MP chủ yếu ≥ 13 tuổi. Nhóm BS biểu hiện lâm sàng kín đáo (nghe kém, ù tai, đau tai đều chiếm 9,76%), còn nhóm MP có triệu chứng rõ rệt hơn (nghe kém chiếm 92,5%, ù tai chiếm 78,75% và chảy mủ tai chiếm 72,5%), với  $p < 0,01$ . Thính lực bình thường chiếm ưu thế ở nhóm BS (70,73%), trong khi 95,0% BN nhóm MP bị giảm thính lực, chủ yếu kiểu dẫn truyền; khoảng cách khí-xương (ABG) > 40dB gặp nhiều hơn ở nhóm MP ( $p < 0,01$ ). Trên hình ảnh CLVT, cả hai nhóm có tổn thương chủ yếu tại thượng nhĩ (> 90%), khác biệt không có ý nghĩa. Tuy nhiên, tình trạng thông bào xương chũm có sự khác biệt: Nhóm BS chủ yếu là thông bào tốt (75,6%), còn nhóm MP chủ yếu là đặc ngà (81,3%), với  $p < 0,01$ . **Kết luận:** Hai nhóm cholesteatoma có sự khác biệt rõ rệt về biểu hiện lâm sàng, thính lực và tình trạng thông bào xương chũm trên hình ảnh CLVT. Điều này có giá trị trong chẩn đoán phân biệt và định hướng điều trị.

**Từ khóa:** Cholesteatoma bẩm sinh; Cholesteatoma mắc phải; Cắt lớp vi tính xương thái dương; Thính lực đồ.

---

<sup>1</sup>Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

\*Tác giả liên hệ: Đặng Tiến Trường (truongdt@vmmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 05/02/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 29/4/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i6.1911>

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CONGENITAL AND ACQUIRED MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA****Abstract**

**Objectives:** To describe and compare the clinical and paraclinical characteristics of patients with congenital and acquired middle ear cholesteatoma. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 121 patients (80 acquired and 41 congenital cases). Clinical manifestations, hearing characteristics, and temporal bone computed tomography (CT) findings were analyzed and compared between the two groups. **Results:** Congenital cholesteatoma was predominantly observed in children aged 3 to < 7 years, whereas acquired cases were mainly found in patients aged  $\geq 13$  years. The congenital group presented with subtle clinical manifestations (hearing loss, tinnitus, and otalgia each accounting for 9.76%), while the acquired group showed more pronounced symptoms, including hearing loss (92.5%), tinnitus (78.75%), and otorrhea (72.5%);  $p < 0.01$ . Normal hearing was predominant in the congenital group (70.73%), whereas 95.0% of acquired cases exhibited hearing loss, predominantly conductive; an air-bone gap (ABG)  $> 40$ dB was more frequently observed in the acquired group ( $p < 0.01$ ). On CT imaging, lesions were mainly located in the epitympanum ( $> 90\%$ ) in both groups, with no significant difference. However, mastoid pneumatization differed significantly: Well-pneumatized mastoids were predominant in the congenital group (75.6%), while sclerotic mastoids were more common in the acquired group (81.3%);  $p < 0.01$ . **Conclusion:** Congenital and acquired cholesteatomas differ markedly in clinical presentation, hearing characteristics, and mastoid pneumatization on CT imaging. These factors are highly valuable for differential diagnosis and treatment planning.

**Keywords:** Congenital cholesteatoma; Acquired cholesteatoma; Temporal bone computed tomography; Audiometry.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cholesteatoma là một khối biểu mô vảy sừng hóa tăng sinh bất thường trong tai giữa và/hoặc xương thái dương, có đặc tính xâm lấn tại chỗ và khả năng gây tiêu xương. Về mô bệnh học, cholesteatoma gồm hai thành phần chính: Matrix là lớp biểu mô vảy sừng

hóa tăng sinh, permatrix là lớp mô liên kết giàu tế bào viêm và các cytokine, có vai trò quan trọng trong quá trình tiêu xương và xâm lấn tại chỗ [1, 2]. Dựa vào cơ chế hình thành, cholesteatoma chia thành hai nhóm: Cholesteatoma BS hình thành do biểu mô mắc kẹt từ thời kỳ phôi thai, khối tổn thương thường nằm sau

màng nhĩ nguyên vẹn; ngược lại, cholesteatoma MP có nhiều giả thuyết bệnh sinh, trong đó cơ chế nguyên phát do túi co kéo màng nhĩ và cơ chế thứ phát do biểu mô di cư từ bờ lỗ thủng màng nhĩ vào hòm nhĩ là 2 cơ chế bệnh sinh chủ yếu [2]. Trong thực hành lâm sàng, việc phân biệt sớm hai nhóm giúp định hướng xử trí và lựa chọn chiến lược phẫu thuật phù hợp. Chụp CLVT xương thái dương là phương tiện quan trọng trong đánh giá trước phẫu thuật, giúp khảo sát chi tiết thượng nhĩ, trung nhĩ, hạ nhĩ và tình trạng thông bào xương chũm. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước hiện nay chủ yếu mô tả chung cholesteatoma, chưa có các phân tích so sánh có hệ thống giữa hai thể bệnh, đặc biệt về vai trò của hình ảnh CLVT và tình trạng thông bào xương chũm. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hai nhóm BN cholesteatoma tai giữa gồm nhóm BS và nhóm MP, góp phần làm rõ giá trị trong chẩn đoán và điều trị.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 121 BN được chẩn đoán và điều trị cholesteatoma tai giữa, trong đó có 80 BN nhóm MP và 41 BN nhóm BS tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh

viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 02/2023 - 12/2024.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán cholesteatoma lần đầu được khám lâm sàng, nội soi tai, đo thính lực, chụp CLVT xương thái dương trước phẫu thuật và không có tiền sử phẫu thuật tai trước đó.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có các bệnh lý tai giữa khác có thể ảnh hưởng đến đánh giá hình ảnh CLVT hoặc thính lực, bao gồm xơ nhĩ, viêm tai giữa keo, otosclerosis, dị dạng chuỗi xương con BS, u tai giữa hoặc các bệnh lý tai giữa mạn tính khác không phải là cholesteatoma.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

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

\* *Phương pháp chọn mẫu:* Mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện, gồm toàn bộ các BN thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

\* *Quy trình thu thập dữ liệu:* Khám lâm sàng và ghi nhận các triệu chứng: Nghe kém, ù tai, đau tai, chảy mủ tai, chóng mặt và liệt mặt.

\* *Công cụ nghiên cứu:*

Đo thính lực: Sử dụng máy đo thính lực đơn âm bằng máy Siemens SD50 (Đức) nhằm xác định kiểu nghe kém (dẫn truyền, tiếp nhận, hỗn hợp hoặc bình thường).

Phân nhóm: ABG được phân nhóm < 40dB và ≥ 40dB, trong đó mốc 40dB được lựa chọn dựa trên ý nghĩa lâm sàng, phản ánh mức độ gián đoạn hoặc tổn thương đáng kể của chuỗi xương con, thường liên quan đến cholesteatoma lan rộng và có giá trị định hướng chiến lược phẫu thuật tái tạo thính lực [2].

Chẩn đoán hình ảnh: Hình ảnh CLVT xương thái dương được chụp bằng hệ thống CLVT 128 dãy (Somatom Definition AS, Siemens, Đức) trước phẫu thuật. Các yếu tố đánh giá gồm khoang tai giữa (thượng nhĩ, trung nhĩ, hạ nhĩ) và tình trạng thông bào xương chũm (thông bào, kém thông bào hoặc đặc ngà).

\* *Tiêu chuẩn phân loại nhóm bệnh:* Việc phân loại cholesteatoma tai giữa BS và MP dựa trên tổng hợp các yếu tố như bệnh sử, khám lâm sàng, nội soi tai, hình ảnh CLVT và nhận định trong phẫu thuật [1].

Cholesteatoma BS: Khối cholesteatoma nằm sau màng nhĩ còn nguyên vẹn, không có tiền sử viêm tai giữa mạn tính, thủng màng nhĩ hoặc phẫu thuật tai; tổn thương thường khu trú, không liên quan đến túi co kéo màng nhĩ; trong các trường hợp tiến triển muộn có thủng màng nhĩ hoặc chảy mủ tai, chẩn đoán BS vẫn được xem xét nếu có các bằng chứng

gợi ý nguồn gốc BS như tiền sử không ghi nhận viêm tai giữa mạn tính, vị trí tổn thương điển hình, đặc điểm trên hình ảnh CLVT và nhận định trong phẫu thuật.

Cholesteatoma MP: Có tiền sử viêm tai giữa mạn tính, thủng màng nhĩ hoặc túi co kéo; tổn thương liên quan đến túi co kéo hoặc bờ lỗ thủng; có đặc điểm lan rộng phù hợp với cơ chế bệnh sinh MP.

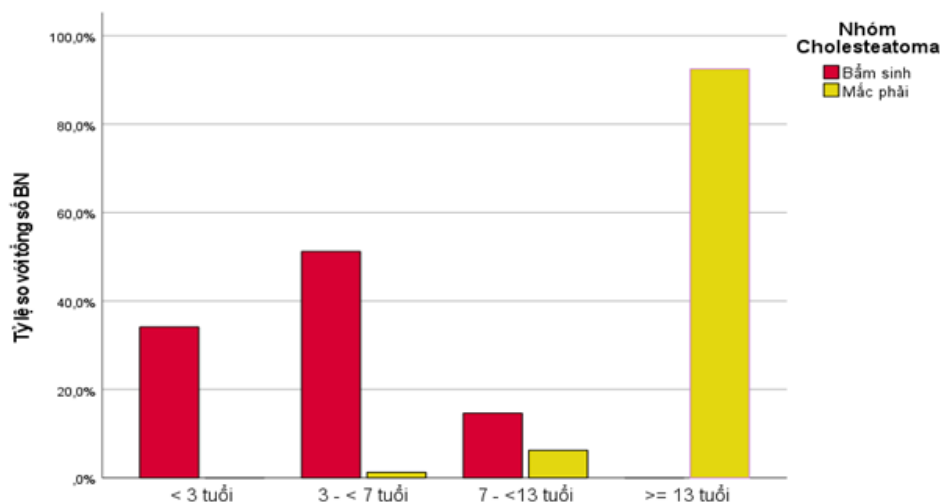
\* *Xử lý số liệu:* Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 27.0. Phép kiểm định  $\chi^2$  (Chi-square) và kiểm định chính xác Fisher (Fisher's exact test) được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm; giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh phê duyệt theo Chứng nhận số 10/CNChT-HĐĐĐ ngày 06/01/2023. Các đối tượng nghiên cứu tham gia trên cơ sở tự nguyện sau khi đã được giải thích đầy đủ về mục tiêu và quy trình thực hiện nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm tuổi của BN cholesteatoma BS và MP



Biểu đồ 1. Đặc điểm tuổi của các BN nghiên cứu

Ở nhóm BS, bệnh gặp chủ yếu ở nhóm từ 3 - ≤ 7 tuổi (51,22%). Ngược lại, ở nhóm MP, bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi ≥ 13 (92,5%). Sự khác biệt về phân bố tuổi giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng ở hai nhóm nghiên cứu.

Triệu chứng#	BS (n = 41)		MP (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Nghe kém	4	9,76	74	92,50	< 0,01*
Ù tai	4	9,76	63	78,75	< 0,01*
Đau tai	4	9,76	13	16,25	> 0,05*
Đau đầu	1	2,44	11	13,75	> 0,05**
Chóng mặt	1	2,44	4	5,0	> 0,05**
Liệt mặt	0	0,0	1	1,25	> 0,05**
Chảy mủ tai	1	2,44	58	72,5	< 0,01*

(\* $\chi^2$  test ; \*\*Fisher's exact test ; # Một BN có thể có nhiều hơn một triệu chứng)

Ở nhóm BS, các triệu chứng nghe kém, ù tai và đau tai được ghi nhận với tỷ lệ thấp (đều chiếm 9,76%). Ở nhóm MP, nghe kém (92,5%), ù tai (78,8%) và chảy mủ

tai (72,5%) là các triệu chứng chủ yếu; các triệu chứng đau tai, đau đầu, chóng mặt và liệt mặt gặp với tỷ lệ thấp. Sự khác biệt về tỷ lệ nghe kém, ù tai và chảy mủ tai giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ), trong khi các triệu chứng còn lại không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### 3. Đặc điểm thính lực tai bệnh

**Bảng 2.** Đặc điểm thính lực tai bệnh.

Đặc điểm thính lực	BS		MP		p
	n	%	n	%	
Thính lực tai bệnh					
Giảm kiểu dẫn truyền	12	29,27	41	51,25	
Giảm kiểu tiếp nhận	0	0,00	9	11,25	
Giảm kiểu hỗn hợp	0	0,00	26	32,5	< 0,01**
Bình thường	29	70,73	4	5,0	
Tổng	41	100,00	80	100,0	
ABG tai bệnh					
> 40dB	2	4,88	27	33,75	
< 40dB	39	95,12	53	66,25	< 0,01*
Tổng	41	100,00	80	100,0	

(\*  $\chi^2$  test ; \*\* Fisher - Freeman - Halton exact test)

Ở nhóm BS, đa số BN có thính lực tai bệnh bình thường (70,73%), chủ yếu còn lại là giảm thính lực kiểu dẫn truyền (29,27%); ABG < 40dB chiếm 95,12%. Ở nhóm MP, đa số BN bị giảm thính lực (95,0%), trong đó giảm thính lực kiểu dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất (51,25%), tiếp đến là kiểu hỗn hợp (32,5%) và kiểu tiếp nhận (11,25%); ABG < 40dB chiếm 66,25%. Sự khác biệt về kiểu thính lực và ABG giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**4. Vị trí tổn thương cholesteatoma trên hình ảnh CLVT**

**Bảng 3.** Vị trí tổn thương cholesteatoma trên hình ảnh CLVT

Vị trí cholesteatoma <sup>#</sup>	BS (n = 41)		MP (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Thượng nhĩ	38	92,7	76	95,0	> 0,05*
Trung nhĩ	13	31,7	38	47,5	> 0,05*
Hạ nhĩ	7	17,1	21	26,3	> 0,05*

(\* $\chi^2$  test ; <sup>#</sup>Một BN có thể có nhiều hơn một triệu chứng)

Ở cả hai nhóm, thượng nhĩ là vị trí tổn thương thường gặp nhất (92,7% ở nhóm BS và 95,0% ở nhóm MP), tiếp đến là trung nhĩ và hạ nhĩ. Sự khác biệt về vị trí tổn thương giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**5. Tình trạng thông bào xương chũm**

**Bảng 4.** Tình trạng thông bào xương chũm trên hình ảnh CLVT.

Thông bào xương chũm	BS (n = 41)		MP (n = 80)		p
	n	%	n	%	
Đặc ngà	3	7,3	65	81,3	
Kém thông bào	7	17,1	12	15,0	< 0,01*
Thông bào	31	75,6	3	3,8	

(\* $\chi^2$  test)

Ở nhóm BS, thông bào xương chũm chiếm tỷ lệ cao nhất (75,6%), trong khi ở nhóm MP, đặc ngà chiếm ưu thế (81,3%). Sự khác biệt về tình trạng thông bào xương chũm giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

**BÀN LUẬN**

Phân bố tuổi cho thấy cholesteatoma BS xuất hiện sớm, triệu chứng kín đáo, ít chảy mủ. Ngược lại, nhóm MP gặp ở lứa tuổi lớn hơn, triệu chứng rõ rệt hơn (nghe kém, ù tai, chảy mủ), phản ánh tiến triển kéo dài và viêm tai giữa mạn.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước [3 - 6]. Nguy cơ tái phát cao hơn ở trẻ < 7 tuổi cũng đã được ghi nhận trong y văn [3 - 5]. Sự khác biệt có ý nghĩa của các triệu chứng chính cho thấy giá trị định hướng chẩn đoán ngay từ bước thăm khám lâm sàng, điều này củng cố

thêm nhận định của các nghiên cứu quốc tế trước đây [6].

Về thính lực, giảm thính lực dẫn truyền là tổn thương chiếm ưu thế, trong khi thính lực bình thường chủ yếu gặp ở nhóm BS, phù hợp giai đoạn tổn thương còn khu trú. ABG > 40dB gặp nhiều hơn ở nhóm MP, gợi ý tổn thương lan rộng và ảnh hưởng đến chuỗi xương con. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Boualam và CS [7].

Trên hình ảnh CLVT, tổn thương chủ yếu khu trú ở thượng nhĩ ở cả hai nhóm, nhấn mạnh vai trò đánh giá vùng này trước mổ. Tình trạng thông bào xương chũm có sự khác biệt rõ rệt: Nhóm MP chủ yếu đặc ngà, trong khi nhóm BS thường thông bào tốt, phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây [8 - 10].

Tuy nhiên, CLVT còn hạn chế trong phân biệt cholesteatoma với mô viêm. Cộng hưởng từ (MRI), đặc biệt chuỗi xung khuếch tán (DWI), có độ nhạy và đặc hiệu cao trong phát hiện cholesteatoma, kể cả tổn thương nhỏ. MRI-DWI còn giúp phát hiện tổn thương tồn dư hoặc tái phát sau mổ, giảm chỉ định phẫu thuật thám sát trong một số trường hợp. Các nghiên cứu gần đây tiếp tục khẳng định vai trò bổ trợ của MRI trong chẩn đoán và theo dõi cholesteatoma, đặc biệt khi kết hợp với CLVT nhằm nâng cao độ chính xác và hỗ trợ lập kế hoạch điều trị [2].

## KẾT LUẬN

Cholesteatoma tai giữa BS và MP có những khác biệt rõ ràng về đặc điểm lâm sàng, thính lực và hình ảnh học. Cholesteatoma BS thường có biểu hiện lâm sàng không rõ ràng, thính lực tai bệnh được bảo tồn tương đối tốt, trong khi cholesteatoma MP có triệu chứng biểu hiện rõ ràng hơn, chủ yếu là giảm thính lực kiểu dẫn truyền hoặc hỗn hợp kèm ABG lớn. Trên hình ảnh CLVT, tổn thương cholesteatoma ở cả hai nhóm tập trung chủ yếu ở thượng nhĩ. Tuy nhiên, tình trạng thông bào xương chũm giữa hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cho thấy giá trị của chỉ dấu này trong chẩn đoán phân biệt.

**Lời cảm ơn:** Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc cùng lãnh đạo các cơ quan, đơn vị liên quan của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yung M, Trabalzini F, İncesulu A, et al. EAONO/JOS joint consensus statements on the definitions, classification and staging of middle ear cholesteatoma. *Journal of International Advanced Otolaryngology*. 2017; 13(1):1-8.
2. Kalcioğlu MT, Bayar Muluk N, Jenkins HA. *Neurotology Updates*. Springer, 2024.
3. Mourabit FE L, Loudghiri M RHNIA A, et al. Atypical presentation of

- congenital cholesteatoma in an adult case. *Medi Clin Case Rep J.* 2024; 2(4):510-513.
4. Nguyễn Hữu Luật, Đào Trung Dũng. Đặc điểm nội soi tai và cắt lớp vi tính cholesteatoma bẩm sinh tai giữa ở trẻ em. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2024; 183(10):237-246.
5. James AL. Cholesteatoma severity determines the risk of recurrent pediatric cholesteatoma more than the surgical approach. *Journal of Clinical Medicine.* 2024; 13(3):836.
6. Jiang H, Wu C, Xu J, et al. Bacterial and fungal infections promote the bone erosion progression in acquired cholesteatoma revealed by metagenomic next-generation sequencing. *Frontiers in Microbiology.* 2021; 12:761111.
7. Boualam Y, Sbai A, Benfadil D, Lachkar A, El Ayoubi El Idrissi F. Bilateral congenital cholesteatoma in a 13-year-old boy. *Cureus.* 2025; 17(8).
8. Phạm Minh Đông, Phạm Thanh Thế, Hồ Lê Hoài Nhân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị cholesteatoma xương thái dương bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2023 - 2025. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2025; (85):129-135.
9. Iqbal IZ, Watson C. A study of mastoid pneumatisation and the presence of cholesteatoma in 393 patients. *Journal of Laryngology & Otology.* 2015; 130(1):66-68.
10. Cavaliere M, Uggia L, Monfregola A, et al. Temporal bone CT-based anatomical parameters associated with the development of cholesteatoma. *La Radiologia Medica.* 2023; 128(9):1116-1124.