

các tác giả khác có thể có hai nguyên nhân. Thứ nhất, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn nên các khác biệt về chỉ số nghiên cứu chưa có ý nghĩa thống kê. Thứ hai, cũng như một số nghiên cứu gần đây của các tác giả khác, không thấy sự khác biệt về ảnh hưởng tiêu cực lên CLS giữa xạ trị và phẫu thuật do sự phát triển của các phương tiện, thiết bị xạ trị, sự tiến bộ về mặt kỹ thuật và sự hoàn thiện về kinh nghiệm của các nhà lâm sàng đã giúp hạn chế tối đa các tác dụng không mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung sau điều trị thấp đặc biệt CLS liên quan đến tình dục. Tuổi cao là yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống chung trong khi tuổi trẻ bị ảnh hưởng nhiều đến đời sống tình dục. Không có sự khác biệt về CLS giữa các bệnh nhân điều trị theo các phương pháp khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bjelic-Radisic V, Jensen P.T, Vlasic K et al.** Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. European Journal of Cancer. 2012;

48(16): 3009-3018.

2. **Mihai Stanca, Dan Mihai Capilna et al.** The overall quality of life and oncological outcomes following radical hysterectomy in cervical cancer survivor results from a large long-term single institution study. Cancer. 2022 Jan;14(2):317

3. **TS Shylasree, Rohit Ranade et al.** Quality of life in long-term survivors of cervical cancer: A cross-sectional study. Indian Journal of Cancer. 2021; 58:171-8.

4. **Raminta Stuopelyte, Gouda Zukiene et al.** Quality of Life in Cervical Cancer Survivors Treated with Concurrent Chemoradiotherapy. Medicina 2023; 59:777.

5. **Li CC, Chen ML et al.** Social support buffers the effect on self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. European Journal of Oncology Nursing. 2015; 486-494.

6. **Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al.** Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 56:937.

7. **Zhou W, Yang X et al.** Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. Asian Pacific Journal of Cancer prevention. 2016; 938-944

8. **Rahman Z, Singh U et al.** Assessment of Quality of Life in treated Patients of Cancer Cervix. Journal of Mid-Life Health.2017;183-188.

KỸ THUẬT TAKEUCHI VÀ BẤT THƯỜNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI TỪ ĐỘNG MẠCH PHỔI (HỘI CHỨNG ALCAPA) Ở NGƯỜI LỚN: NHẬN MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Dương Đức Hùng¹, Hoàng Trọng Hải¹, Phạm Hữu Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thông báo ca lâm sàng bệnh nhân người lớn có bất thường xuất phát của động mạch trái từ động mạch phổi (The Anomalous Origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery – Hội chứng ALCAPA), được phẫu thuật tạo đường hầm trong lòng gốc động mạch phổi (kỹ thuật Takeuchi) thành công và nhìn lại y văn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả ca lâm sàng hiếm gặp. **Ca bệnh:** Bệnh nhân nữ, 43 tuổi, phát hiện bất thường xuất phát động mạch vành trái, không có triệu chứng lâm sàng, có biểu hiện thiếu máu cơ tim khi làm nghiệm pháp gắng sức. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật chuyển vị trí xuất phát của động mạch vành trái bằng phương pháp Takeuchi. Quá trình phẫu thuật thuận lợi, bệnh nhân được rút ống nội khí quản sau 6 giờ, theo dõi sau mổ 4 tháng ổn định. **Kết luận:** Bất thường xuất phát động mạch vành trái là bệnh lý hiếm

gặp ở người lớn, chẩn đoán dựa vào chụp cắt lớp vi tính đa dãy, chụp mạch vành qua da. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để, ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm.

Từ khóa: Hội chứng ALCAPA, Hội chứng Bland–White–Garland, kỹ thuật Takeuchi

SUMMARY

TAKEUCHI TECHNIQUE AND ANOMALIOUS LEFT CORONARY ARTERY FROM THE PULMONARY ARTERY (ALCAPA SYNDROME) IN ADULTS: A CASE AND A REVIEW OF THE LITERATURE

Objective: To report a clinical case of an adult patient with anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA syndrome), who underwent successful tunneling operation in the pulmonary artery root (Takeuchi technique) and review the literature. **Method:** To describe a rare clinical case. **Case:** A 43-year-old female patient was found to have anomalous origin of the left coronary artery, had no clinical symptoms, and showed signs of myocardial ischemia during exercise testing. The patient was indicated for surgery to change the origin of the left coronary artery using the Takeuchi technique. The surgery went well, the patient was

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

extubated after 6 hours, and was stable after 4 months of postoperative follow-up. **Conclusion:** Anomalous origin of the left coronary artery is a rare disease in adults, diagnosed based on multi-slice computed tomography and percutaneous coronary angiography. Surgery is a radical treatment method, preventing dangerous complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

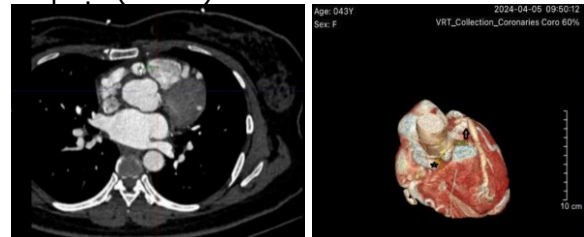
Bất thường xuất phát của động mạch vành trái từ động mạch phổi (The Anomalous Origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery – Hội chứng ALCAPA; còn gọi là hội chứng Bland–White–Garland) là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp liên quan đến tử vong sớm ở trẻ sơ sinh và đột tử ở người lớn. Tỷ lệ mắc đến 1 trên 300.000 trẻ sơ sinh sống và chiếm 0,5% trong số tất cả các bệnh tim bẩm sinh ¹. Bệnh nhân thường biểu hiện các dấu hiệu lâm sàng của suy tim vào khoảng 3 tháng tuổi khi áp lực động mạch phổi (PA) giảm ². Nếu không được điều chỉnh bằng phẫu thuật, khoảng 90% trẻ em tử vong trong năm đầu đời. Chẩn đoán được ở người lớn là cực kỳ hiếm gặp. Báo cáo đầu tiên về ALCAPA ở người lớn năm 1908 của Maude Abbott về một phụ nữ 60 tuổi chết do tai nạn, mô tả một động mạch vành phải (RCA) giãn và phình động mạch với các nhánh nối ngoằn ngoèo, rộng với các mạch máu giống tĩnh mạch có thành mỏng chạy trong sự phân bố bình thường của vùng cấp máu của động mạch vành trái (LCA), nhưng bắt nguồn từ xoang sau của động mạch phổi. Năm 1933, Bland, White và Garland mô tả một hội chứng lâm sàng của một trẻ sơ sinh 3 tháng tuổi được xác nhận mắc ALCAPA: cấu kính tái phát, xanh xao, đổ mồ hôi và khó thở do thiếu máu tim cục bộ, do đó nó còn được gọi là hội chứng Bland-White-Garland ³. Đến nay, những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh tim mạch không xâm lấn đã làm tăng số lượng ca bệnh người lớn phát hiện được.

Các nghiên cứu báo cáo khám nghiệm tử thi cho thấy độ tuổi trung bình tử vong đột ngột ở bệnh nhân ALCAPA người lớn chưa được điều trị là 35 tuổi, thúc đẩy các khuyến cáo rằng tất cả người lớn được chẩn đoán bệnh đều cần phải phẫu thuật ⁴. Phương pháp điều trị ưu tiên hiện nay là phục hồi lại dòng máu cho động mạch vành trái, do đó thủ thuật chuyển vị gốc động mạch là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn đầu tiên với kết quả khả quan. Tuy nhiên, chuyển vị không hẳn là phù hợp nếu gốc của động mạch vành trái nằm quá xa động mạch chủ, thay vào đó là kỹ thuật làm đường hầm Takeuchi cho hiệu quả hơn. Trong bài báo này, chúng tôi nêu một trường hợp hiếm gặp về bất

thường động mạch vành trái từ động mạch phổi ở phụ nữ trưởng thành đã được chẩn đoán, phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và xem xét các tài liệu liên quan.

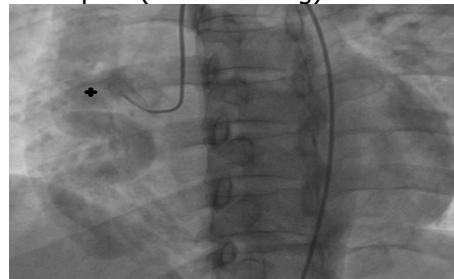
II. CA LÂM SÀNG

Chúng tôi trình bày trường hợp của một phụ nữ 43 tuổi được chẩn đoán mắc ALCAPA qua khám sức khỏe định kỳ cách 4 năm, bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Đợt này bệnh nhân vào viện để điều trị khối u nang vú, các bác sĩ kiểm tra, đánh giá và gửi đến trung tâm của chúng tôi để xử lý bất thường xuất phát động mạch vành trước. Qua các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, bất thường động mạch vành trái được bộc lộ rõ. Thân chung động mạch vành trái (Left main – LM) xuất phát từ động mạch phổi (vị trí ngay trên vòng van), kích thước tới 11 mm, hệ động mạch trái phía sau giãn, cho các nhánh kết nối với hệ vành phải, với kích thước nhánh phải tới 13mm (Hình 1, Hình 2). Bệnh nhân không đau, không khó thở trong điều kiện bình thường, tuy nhiên khi được làm nghiệm pháp gắng sức, xuất hiện biến đổi ST-T chênh lên, chênh xuống ở nhiều chuyển đạo, rối loạn ngoại tâm thu nhịp thất rải rác trong pha hồi phục (Hình 3).



Hình 1. Chụp MSCT động mạch vành

Động mạch vành trái xuất phát từ gốc động mạch phổi, giãn, đường kính lớn nhất 11 mm (dấu mũi tên). Động mạch vành phải (dấu sao đen) xuất phát vị trí bình thường, giãn ngoằn ngoèo, đường kính tại gốc 13 mm. Trên phim cắt ngang, có thể thấy kích thước lớn của động mạch vành phải (dấu sao trắng).



Hình 2. Chụp động mạch vành qua da

Không thấy xuất phát của động mạch vành trái. Động mạch vành phải: giãn lớn (dấu cộng)



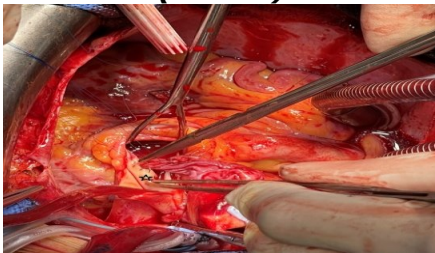
Hình 3. Điện tim gắng sức

Thấy được ST chênh và ngoại tâm thu (dấu mũi tên).

Người bệnh và gia đình đã được tư vấn giải thích rõ về tình trạng bệnh, các biến chứng nguy hiểm nếu không điều trị, cũng như các nguy cơ rủi ro của ca phẫu thuật. Sau khi có sự đồng thuận cao, chúng tôi tiến hành phẫu thuật với đường mổ mở xương ức, 2 canuyn tĩnh mạch, liệt tim máu ấm xuôi dòng gốc động mạch chủ, tim ngừng tốt. Động mạch vành phải giãn lớn, ngoằn ngoèo (Hình 4). Lỗ động vành trái nằm phía bờ trái của động mạch phổi, dẫn đến khó khăn và không đủ độ dài nếu phẫu tích tách rời, đưa về gốc động mạch chủ. Chúng tôi đã dùng kỹ thuật Takeuchi, tạo một đường hầm trong gốc động mạch chủ đến động mạch vành trái (Hình 5).



Hình 4. Giãn lớn của động mạch vành phải (mũi tên)



Hình 5. Làm đường hầm trong gốc động mạch phổi

Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể 60 phút, thời gian kẹp động mạch chủ là 50 phút. Bệnh nhân sau đó được rút ống nội khí quản ở khoa hồi sức sau 6 giờ. Siêu âm tim, điện tim sau mổ ổn định. Bệnh nhân ra viện sau mổ 5 ngày. Hiện khám lại sau 4 tháng, chức năng tim tốt, dòng máu qua động mạch vành tốt, và bệnh

nhân đang được điều trị nội khoa với aspirin 100 mg/ngày.

III. BÀN LUẬN

Bệnh nhân ALCAPA thường được phân loại thành hai loại: loại người lớn dành cho những người có bàng hệ động mạch vành đã hình thành tốt, ưu thế vành phải, có thể sống đến tuổi trưởng thành và loại trẻ sơ sinh dành cho những bệnh nhân không có hệ thống động mạch bàng hệ, cấp máu vành riêng biệt, biểu hiện ngay ở sau sinh².

Gần đây, số lượng bệnh nhân được báo cáo mắc ALCAPA trên 50 tuổi đã tăng lên nhờ vào những tiến bộ trong siêu âm tim và sự ra đời của chụp cắt lớp vi tính đa dãy và chụp cộng hưởng từ tim cũng như các kỹ thuật không xâm lấn khác để khảo sát giải phẫu động mạch vành. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (MRI) tim không chỉ hữu ích trong chẩn đoán mà còn có thể cung cấp thông tin về tiên lượng, cho phép phân tầng rủi ro và được sử dụng để chụp ảnh theo dõi dài hạn. MRI cũng cho phép đánh giá tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim và khả năng phục hồi của nó⁵. Siêu âm tim qua thành ngực là phương pháp không xâm lấn hiệu quả nhất để chẩn đoán bệnh nhân mắc ALCAPA. Phương pháp này có thể mô tả nguồn gốc xuất phát của động mạch vành, sự cấp máu của chúng, cũng như những thay đổi về huyết động và các dị tật tim khác.

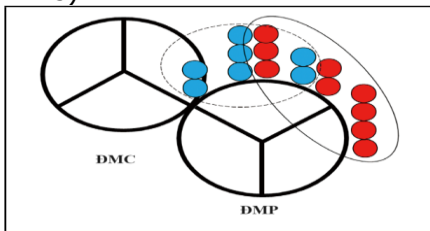
Điện tim gắng sức đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Bệnh nhân nữ của chúng tôi 43 tuổi, không có triệu chứng về bệnh tim mạch thông thường, phát hiện mắc hội chứng ALCAPA nhờ đi khám vì bệnh lý khác. Chúng tôi cần nhắc phẫu thuật cho bệnh nhân khi phát hiện bất thường thiếu máu cơ tim khi làm nghiệm pháp gắng sức.

Tác giả Jurishica trong một báo cáo 11 trường hợp ALCAPA người lớn, đã chứng minh tỷ lệ tử vong đột ngột cao ở độ tuổi trẻ, chỉ có 18% có triệu chứng trước khi tử vong, cho thấy rằng việc điều trị phẫu thuật là phù hợp với tất cả bệnh nhân người lớn⁴. Phẫu thuật được khuyến cáo ở những bệnh nhân mắc ALCAPA, ngay cả khi không có triệu chứng, do nguy cơ loạn nhịp thất và tử vong đột ngột⁶. Tỷ lệ sống còn phụ thuộc vào các yếu tố như tỷ lệ lưu thông mạch vành giữa bên trái và phải, sự phát triển của tuần hoàn bàng hệ và sự chiếm ưu thế của động mạch vành phải^{4,6}.

Nhiều kỹ thuật phẫu thuật khác nhau đã được trình bày⁷: Chuyển gốc động mạch vành được ưa chuộng ở trẻ sơ sinh và trẻ em, nhưng

khó hơn ở người lớn do mạch máu lúc này đã giảm tính đàn hồi, dễ bị tổn thương hơn. Kỹ thuật Takeuchi (làm một đường hầm nằm trong động mạch phổi dẫn dòng máu từ động mạch chủ đến vành trái) được sử dụng. Tuy nhiên, kỹ thuật Takeuchi cũng có những nhược điểm được báo cáo trên y văn là hẹp van động mạch phổi, hở van động mạch chủ, xơ hẹp và rò đường hầm sau mổ^{7,8}. Phương pháp thay thế là bắc cầu bằng ghép tĩnh mạch, có nhược điểm là nguy cơ hẹp hoặc tắc mạch ghép sau khi đưa đoạn tĩnh mạch vào hệ động mạch áp lực cao. Ngoài ra ghép tĩnh mạch cũng dễ bị xoắn⁹. Một số bác sĩ phẫu thuật khuyến cáo chuyển vị động mạch vành trái vào động mạch chủ trực tiếp nên được coi là lựa chọn điều trị chính cho thể ALCAPA người lớn⁸.

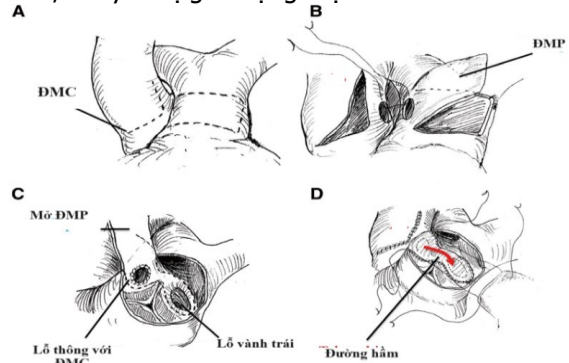
Ca bệnh của chúng tôi áp dụng kỹ thuật Takeuchi dựa trên vị trí của lỗ động mạch vành trái (LCA). Takaya Hoashi đã báo cáo loạt 19 bệnh nhân mắc ALCAPA được điều trị phẫu thuật; 9 bệnh nhân trong số này mổ bằng kỹ thuật Takeuchi do gốc LCA quá xa để ghép trực tiếp vào động mạch chủ, 7 trường hợp được chuyển vị¹⁰. Như thể hiện trong Hình 5 các bệnh nhân có gốc LCA ở mặt bên trái của động mạch phổi đều được thực hiện kỹ thuật Takeuchi; có sự cân nhắc nếu vị trí gốc LCA nằm ở trung gian sát bên phải, thủ thuật chuyển vị được lựa chọn (5/10 bệnh nhân) vì: (1) thân động mạch phổi không giãn đủ, khi làm đường hầm sẽ gây hẹp; (2) phẫu tích gốc LCA thuận lợi. Với trường hợp của chúng tôi, lỗ vành trái ở rất xa so với động mạch chủ (Hình 5)



Hình 6: Vị trí lỗ xuất phát động mạch vành trái so với động mạch chủ trong nghiên cứu của Takaya Hoashi (màu đỏ: được làm kỹ thuật Takeuchi, màu xanh: chuyển vị)¹⁰

Quy trình kỹ thuật Takeuchi, một đường rạch ngang được thực hiện gốc động mạch phổi để tìm chính xác gốc của LCA. Sau đó đục lỗ trên thành động mạch chủ, một đường hầm được tạo nối giữa lỗ này và gốc động mạch vành trái, thường sử dụng màng tim tự thân. Thời gian thực hiện phẫu thuật của chúng tôi, thời gian kẹp động mạch chủ là 50 phút, ngắn hơn đáng

kể so với các tác giả khác phải phẫu tích bóc tách, chuyển vị gốc động mạch vành trái¹¹.



Hình 7: Mô tả kỹ thuật Takeuchi¹⁰

Tuy nhiên, Ginde báo cáo rằng các biến chứng muộn của thủ thuật Takeuchi là hẹp động mạch phổi và rò rỉ đường hầm¹². Vì vậy, quản lý theo dõi bệnh nhân sau mổ là quan trọng. Hiện với trường hợp của chúng tôi, theo dõi sau mổ 4 tháng cho kết quả ổn định. Chúng tôi cũng nhận định cần có sự theo dõi dài hơn, cũng như có thêm các báo cáo về hội chứng ALCAPA để có những khuyến cáo tốt hơn cho loại bệnh lý này.

IV. KẾT LUẬN

ALCAPA là một bệnh lý hiếm gặp và đe dọa tính mạng ở người lớn. Hiện nay có thể chẩn đoán được ở nhiều bệnh nhân hơn nhờ vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh tiên tiến. Phẫu thuật là phương án điều trị triệt để, hiệu quả, dự phòng các biến chứng nguy hiểm. Có nhiều kỹ thuật được đề xuất, trong đó kỹ thuật Takeuchi nên cân nhắc đối với những bệnh nhân có lỗ vành trái cách xa động mạch chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Talkhatova S, Aripov M, Mussayev A, Alimbayev S, Otarbayev Y, Pya Y.** ALCAPA in adult asymptomatic patient: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023;109:108521. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108521
2. **Gribaa R, Slim M, Ben Salem H, Neffati E, Boughzela E.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery presenting as dilated cardiomyopathy: a case report. *J Med Case Rep.* 2014;8:170. doi:10.1186/1752-1947-8-170
3. **Bland EF, White PD, Garland J.** Congenital anomalies of the coronary arteries: Report of an unusual case associated with cardiac hypertrophy. *American Heart Journal.* 1933;8(6):787-801. doi:10.1016/S0002-8703(33)90140-4
4. **Jurishica AJ.** Anomalous left coronary artery: Adult type. *American Heart Journal.* 1957;54(3):429-436. doi:10.1016/0002-8703(57)90130-8
5. **Yau JM, Singh R, Halpern EJ, Fischman D.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery in adults: a comprehensive review of 151 adult cases and a new diagnosis in

- a 53-year-old woman. Clin Cardiol. 2011;34(4): 204-210. doi:10.1002/clc.20848
6. **Alexi-Meskishvili V, Berger F, Weng Y, Lange PE, Hetzer R.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery in adults. J Card Surg. 1995;10(4 Pt 1):309-315. doi:10.1111/j.1540-8191.1995.tb00617.x
 7. **Reul RM, Cooley DA, Hallman GL, Reul GJ.** Surgical Treatment of Coronary Artery Anomalies. Tex Heart Inst J. 2002;29(4):299-307.
 8. **Kottayil BP, Jayakumar K, Dharan BS, et al.** Anomalous Origin of Left Coronary Artery From Pulmonary Artery in Older Children and Adults: Direct Aortic Implantation. The Annals of Thoracic Surgery. 2011;91(2): 549-553. doi:10.1016/j.athoracsur.2010.08.032
 9. **Peña E, Nguyen ET, Merchant N, Dennie C.** ALCAPA syndrome: not just a pediatric disease. Radiographics. 2009;29(2):553-565. doi:10.1148/rg.292085059
 10. **Hoashi T, Kagisaki K, Okuda N, Shiraishi I, Yagihara T, Ichikawa H.** Indication of Takeuchi technique for patients with anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery. Circ J. 2013;77(5):1202-1207. doi:10.1253/circj.cj-12-1321

TÌNH TRẠNG MÀNG NHỈ Ở NGƯỜI BỆNH ĐÃ ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Đỗ Duy Thanh¹, Nguyễn Thị Tố Uyên², Lê Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng màng nhĩ ở người bệnh đã đặt ống thông khí điều trị viêm tai giữa ứ dịch sau 12 tháng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 bệnh nhân với 55 tai đã được đặt ống thông khí điều trị viêm tai giữa ứ dịch tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Màng vôi hóa mới là hình thái được gặp nhiều nhất với tỉ lệ 40,0% (22 tai). Xẹp nhĩ gặp ở 13 tai với tỉ lệ 23,6%. Thủng màng nhĩ gặp ở 10 tai với tỉ lệ 18,2%. Không phát hiện Cholesteatoma. **Kết luận:** Biến đổi thường gặp nhất là màng vôi hóa. Lỗ thủng màng nhĩ và xẹp nhĩ là những di chứng đáng chú ý. Sau khi tháo ống, màng nhĩ liền lại và dịch có thể lại xuất hiện ở trong tai giữa, cho thấy tầm quan trọng của việc theo dõi lâu dài sau phẫu thuật đặt ống thông khí. **Từ khóa:** ống thông khí, viêm tai giữa ứ dịch

SUMMARY

TYMPANIC MEMBRANE CONDITION IN PATIENTS WHO HAD VENTILATION TUBE INSERTED TO TREAT OTITIS MEDIA WITH EFFUSION AT NATIONAL ENT HOSPITAL

Objective: Describe the condition of the tympanic membrane in patients who had ventilation tubes inserted to treat otitis media with effusion after 12 months at the National Ear, Nose and Throat Hospital. **Methods:** 32 patients with 55 ears were treated with ventilation tubes insertion to treat otitis media with effusion at the National Ear, Nose and Throat Hospital between January 2022 and July 2023.

Result: Myringosclerosis is the most common form with a rate of 40,0% (22 ears). Retraction occurred in 13 ears with a rate of 23,6%. Perforations occurs in 10 ears with a rate of 18,2%. No cases of Cholesteatoma. **Conclusion:** The most common complication is myringosclerosis. Perforation and atelectasis are notable sequelae. After tube removal, the eardrum heals and fluid may reappear in the middle ear, demonstrating the importance of long-term follow-up after tube insertion surgery. **Keywords:** Ventilation tube, Otitis media with effusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa ứ dịch là sự hiện diện của dịch ở trong tai giữa, với màng nhĩ còn nguyên vẹn và không có các triệu chứng của nhiễm trùng cấp tính¹. Viêm tai giữa ứ dịch mạn tính là tình trạng viêm tai giữa ứ dịch kéo dài quá 3 tháng kể từ ngày khởi phát hoặc kể từ ngày được chẩn đoán¹. Đặt ống thông khí màng nhĩ là phương pháp điều trị cho những trường hợp viêm tai giữa ứ dịch mạn tính, thất bại với điều trị nội khoa. Đặt ống thông khí qua màng nhĩ giúp đạt được 2 mục đích: tạo cân bằng áp lực cho tai giữa và dẫn lưu dịch trong hòm nhĩ, từ đó giúp cải thiện được sức nghe, hạn chế các biến chứng và di chứng của viêm tai giữa ứ dịch. Tuy vậy, bản thân các thao tác trong quá trình phẫu thuật cũng có những tác động nhất định đến màng nhĩ. Những biến đổi trên màng nhĩ có thể gặp là: vôi hóa màng nhĩ, xẹp nhĩ, cholesteatoma và lỗ thủng màng nhĩ không tự liền^{2 3 4}. Tại Việt Nam, việc theo dõi những biến đổi trên màng nhĩ ở người bệnh sau đặt ống thông khí vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Mô tả tình trạng màng nhĩ ở người bệnh đã đặt ống thông khí điều trị viêm tai giữa ứ dịch sau 12 tháng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.*

¹Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Duy Thanh

Email: duythanh993@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024