

dối với lượng dịch cùng đồ <15 mm, sẽ không ảnh hưởng đến quá trình theo dõi vì triệu chứng đau bụng kích thích phúc mạc, đa số bệnh nhân có tình trạng đau bụng tăng lên ảnh hưởng đến điều trị do tình trạng sảy túi thai, túi thai vỡ hoặc không đáp ứng với điều trị tăng lên gây đau.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $33,52 \pm 7,17$ tuổi; 51,92% có viêm nhiễm sinh dục, 91,04% có tiền sử phẫu thuật. Triệu chứng rong kinh và rong huyết chiếm 13,46%, đau bụng 96,15%, trễ kinh 76,92%, khối cạnh tử cung $53,85\%$. Về cận lâm sàng, kích thước khối thai trung bình $25,4 \pm 9,55$ mm, nồng độ β hCG trung bình $2318,39 \pm 1365,88$ mIU/ml, nồng độ progesteron trung bình $4,80 \pm 45$ ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Du, Lê Thị Ngọc Hương (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexate đơn liều", Tạp chí nghiên cứu Y học, 156(8), tr. 102-109.
2. **Vương Tiến Hòa (2015)**, Chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 54-55.
3. **Đào Nguyên Hùng, Nguyễn Hà Việt Hưng, Hoàng Văn Sơn (2020)**, "Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103", Tạp chí Y học Việt Nam, 517(2), tr. 304-309.
4. **Huỳnh Trinh Thúc (2019)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị TNTC chưa vỡ tại bệnh viện sản nhi An Giang, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Bùi Chí Thương (2018)**, "Tỉ lệ thai ngoài tử cung thoái triển và các yếu tố liên quan", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 22, số 1.
6. **Lê Hoàng Tín (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nội khoa TNTC chưa vỡ bằng methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học y Dược Cần Thơ.
7. **Barnhart KT, Sammel MD, Clarisa SD (2006)**, "Risk factors of ectopic pregnancy in women with symptomatic firsttrimester pregnancies", Fertil Steril.
8. **Mikolajczyk R T, Kraut A A, and Garbe E (2018)**, "Evaluation of pregnancy outcome records in the German Pharmacoepidemiological Research Database (GePaRD)". Pharmacoepidemiol Drug Saf, 22 (8), pp. 873-880.
9. **Refaat Bassem and Bahathiq Adil O (2020)**, "The performances of serum activins and follistatin in the diagnosis of ectopic pregnancy: A prospective case-control study", Clinica Chimica Acta, 500, pp. 69-74.
10. **Stern JJ, Voss F, and Coulam CB (1993)**, "Early diagnosis of ectopic pregnancy using receiver-operator characteristic curves of serum progesterone concentrations", Hum Reprod, 8 (5), pp.775-9.

NGHIÊN CỨU ÁP LỰC MỞ VỎI NHỈ Ở TRẺ VIÊM TAI GIỮA MẠN KHÔNG NGUY HIỂM TRƯỚC VÀ SAU NẠO V.A

Đồng Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Thị Tố Uyên²,
Phạm Tiến Dũng³, Lê chí Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá sự thay đổi áp lực mở vôi nhĩ của bệnh viêm tai giữa mạn không nguy hiểm ở trẻ trước và sau nạo V.A. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, số lượng 20 tai trên 20 trẻ được chẩn đoán viêm V.A mạn tính quá phát có viêm tai giữa mạn không nguy hiểm, được phẫu thuật nạo V.A từ 7/2023 đến 9/2024. **Kết quả:** Chảy dịch tai và chảy dịch mũi từng đợt ở 20/20 bệnh nhân, nghe kém

17/20 bệnh nhân. Lỗ thủng màng nhĩ: kích thước nhỏ 5 tai, trung bình 13 tai và lớn 2 tai; V.A quá phát độ II ở 9/20 và độ III ở 11/20 bệnh nhân. Trước nạo V.A, áp lực mở vôi nhĩ trung bình là $344,10 \pm 44,53$ daPa, áp lực ≥ 300 daPa ở 16/20 tai. Sau nạo V.A 1 tháng, áp lực trung bình là $276,45 \pm 56,99$, áp lực ≥ 300 daPa chỉ còn ở 5/20 tai trong đó có 4 bệnh nhân ≥ 11 tuổi. Trước nạo V.A có áp lực mở vôi nhĩ từ 100 - < 300 daPa có 4/20 bệnh nhân thì sau nạo V.A áp lực vẫn trong ngưỡng bình thường. **Kết luận:** Viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em có viêm V.A mạn tính quá phát với thời gian bị bệnh từ 5 năm trở xuống hay gặp lỗ thủng màng nhĩ nhỏ và trung bình, nghe kém dẫn truyền nhẹ. Sau nạo V.A 1 tháng, áp lực mở vôi nhĩ có cải thiện và tỷ lệ tắc vôi nhĩ cơ giới giảm đáng kể.

Từ khóa: Viêm V.A mạn tính quá phát, kiểm tra áp lực cưỡng bức FRT, áp lực mở vôi nhĩ, viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm.

Danh sách từ viết tắt: V.A: Vegetation Adenoides. VTGMKNH: Viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm. FRT: Forced Response Test. BN: Bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Như Quỳnh

Email: Dongnhuquynh90@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024

SUMMARY**STUDY OF EUSTACHIAN TUBE OPENING PRESSURE IN CHILDREN CHRONIC OTITIS MEDIA WITHOUT CHOLESTEATOMA BEFORE AND AFTER ADENOIDECTOMY**

Objectives: To study the clinical characteristics and assess changes in Eustachian tube opening pressure in children with chronic otitis media without cholesteatoma before and after adenoidectomy. **Subjects and Methods:** A descriptive case series study involving 20 ears of 20 children diagnosed with chronic adenoid hypertrophy associated with chronic otitis media without cholesteatoma, had adenoidectomy from July 2023 to September 2024. **Results:** Intermittent ear and nasal discharge was observed in all 20 patients, with hearing loss in 17/20 ears. Tympanic membrane perforations were small in 5 ears, medium-sized in 13 ears, and large in 2 ears. Adenoid hypertrophy was grade II in 9/20 patients and grade III in 11/20 patients. Before adenoidectomy, the mean Eustachian tube opening pressure was 344.10 ± 44.53 daPa, with pressures ≥ 300 daPa in 16/20 ears. One month after adenoidectomy, the mean pressure decreased to 276.45 ± 56.99 , and pressures ≥ 300 daPa were only observed in 5/20 ears, including 4 patients aged ≥ 11 years. Among the 4/20 patients with preoperative Eustachian tube opening pressures ranging from 100 to <300 daPa, the pressures remained within the normal range postoperatively. **Conclusion:** In this study, children with chronic adenoid hypertrophy and chronic otitis media without cholesteatoma of ≤ 5 years duration, tympanic membrane perforations were typically small to medium in size, associated with mild conductive hearing loss. One month after adenoidectomy, there was an improvement in Eustachian tube opening pressure and a significant reduction in the rate of mechanical Eustachian tube obstruction.

Keywords: Chronic hypertrophic adenoiditis, Forced Response Test (FRT), Eustachian tube opening pressure, chronic otitis media without cholesteatoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối giữa hòm nhĩ và vòm mũi họng, rối loạn chức năng vòi là nguyên nhân chủ yếu gây viêm tai giữa. V.A (Vegetation Adenoides) là tổ chức bạch huyết ở vòm mũi họng góp phần tạo lập hệ miễn dịch, thường phát triển ở trẻ nhỏ (dưới 5 tuổi) và thoái triển dần ở 5 – 10 tuổi. Khi tổ chức V.A bị viêm mạn tính và quá phát vừa gây những đợt viêm cấp tái diễn ở tai giữa vừa chèn ép làm giảm thông khí vòi nhĩ làm tình trạng viêm mạn tính ở tai giữa khó ổn định nên chỉ định nạo V.A được cân nhắc trong điều trị viêm tai giữa mạn không nguy hiểm (VTGMKNH) ở trẻ em.

Đánh giá chức năng của vòi nhĩ đã được quan tâm và áp dụng từ rất lâu nhưng khi có lỗ thủng màng nhĩ thì việc đánh giá này khó khăn

hơn, đòi hỏi những kỹ thuật đo phức tạp và tốn thời gian hơn. Năm 1969, Holmquist đưa ra phương pháp đo áp lực mở vòi nhĩ khi màng nhĩ thủng, bằng cách bơm một áp lực qua ống tai ngoài được nút kín vào trong khoang tai giữa, đi xuống vòm mũi họng qua vòi nhĩ và giữ nguyên áp lực, nếu vòi nhĩ mở thụ động dưới tác động của áp lực đó gọi là áp lực mở vòi nhĩ. Theo ông, áp lực mở vòi nhĩ bình thường là từ 150 daPa, >350 daPa là vòi nhĩ bị tắc, dưới 100 daPa là vòi nhĩ hở [5]. Có nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên quan mật thiết giữa chức năng vòi nhĩ với kết quả phẫu thuật vá màng nhĩ, như nghiên cứu của Manish Munnjal (1999) cho thấy áp lực mở vòi nhĩ thụ động càng cao thì tỷ lệ phẫu thuật vá nhĩ thành công càng thấp [6]. Bluestone D.C (năm 1975) thấy nạo V.A giúp cải thiện chức năng mở vòi nhĩ ở 42% (15/36 tai) [4]. Lương Hồng Châu (năm 2004) đã đánh giá áp lực mở vòi nhĩ ở người lớn có viêm tai giữa [1] nhưng hiện phương pháp này còn ít được áp dụng ở Việt Nam. Máy đo trở kháng GSI có chức năng đo áp lực mở vòi nhĩ khi màng nhĩ thủng bằng việc kiểm tra áp lực cưỡng bức (Forced Response Test hay FRT). Cho đến nay, Việt Nam có ít nghiên cứu đánh giá thay đổi áp lực mở của vòi nhĩ ở trẻ em có thủng màng nhĩ vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá sự thay đổi áp lực mở vòi nhĩ của bệnh viêm tai giữa mạn không nguy hiểm ở trẻ trước và sau nạo V.A.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở xuống được chẩn đoán V.A quá phát có VTGMKNH được phẫu thuật nạo V.A tại Bệnh viện TMH Trung ương, được khám nội soi và đo áp lực mở vòi nhĩ đủ 2 thời điểm (trước nạo V.A và sau nạo V.A 01 tháng).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác đo FRT, không tái khám sau phẫu thuật 01 tháng. Người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, có can thiệp ở 20 tai bệnh của 20 bệnh nhân, thời gian từ tháng 7/2023 đến tháng 9/2024, số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 20.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua ở Hội đồng đề cương Luận văn của trường Đại học Y Hà Nội và được sự chấp thuận của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Nghiên cứu nhằm mục đích khoa học, toàn bộ thông tin được bảo mật theo đúng quy định

của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

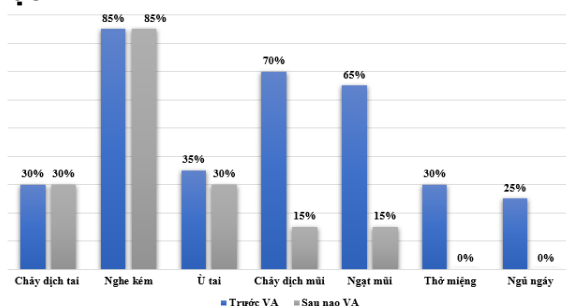
3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung:

- Tuổi bệnh nhân (BN): chủ yếu là >7-10 tuổi chiếm 30% (6/20 BN), sau đó đến ≤ 5 tuổi và >10-13 tuổi 25% (5/20 BN), tiếp đó là >5-7 tuổi 15% (3 BN) và >13-16 tuổi 5% (1/20 BN). Tuổi mắc trung bình là 8.75 ± 3.23 tuổi, nhỏ nhất là 5 tuổi và lớn nhất là 14 tuổi.

- Thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm 70% (14 /20 BN), dưới 1 năm 20% và trên 5 năm 10% (2/20 BN).

3.1.2. Triệu chứng cơ năng trước và sau nạo V.A



Biểu đồ 3.1: Triệu chứng cơ năng trước và sau nạo V.A (N=20)

Nhận xét:

- Trước nạo V.A: Tỷ lệ chảy dịch mũi là 70% (14/20 BN), ngạt mũi là 65% (13/20 BN), thở miệng là 30% (6/20 BN) và ngủ ngáy là 25% (5/20 BN).

- Sau nạo V.A 1 tháng, các triệu chứng cơ năng của mũi họng cải thiện đáng kể như: Chảy dịch mũi và ngạt mũi còn 15% (3/20 BN), không còn trường hợp nào thở miệng và ngủ ngáy; Các triệu chứng cơ năng tại tai hầu như không thay đổi.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.1: Triệu chứng thực thể trước nạo V.A (N = 20)

Triệu chứng thực thể	n	%
Độ quá phát V.A	Độ II	9
	Độ III	11
Kích thước lỗ thủng	Nhỏ	5
	Trung bình	13
	Rộng	2
Tình trạng hòm nhĩ	Khô sạch	11
	Động dịch	9

Nhận xét: - V.A quá phát độ III chiếm 55% (11/20 BN), độ II chiếm 45% (9/20 BN), không gặp V.A quá phát độ I và IV. Sau nạo V.A vòm viêm nề 55%, nhàn sạch bình thường 45% (9/20BN).

- Kích thước lỗ thủng: trung bình (1/4 -1/2 màng căng) chiếm nhiều nhất là 65% sau đó

đến lỗ thủng nhỏ (<1/4 màng căng) 25% (5/20 BN), lỗ thủng rộng (>1/2 màng căng) 10% (2/20 BN). Tất cả các trường hợp có lỗ thủng màng trũng đã được loại bỏ khỏi nghiên cứu. Đặc điểm lỗ thủng màng nhĩ không thay đổi sau nạo V.A 1 tháng.

- Trước nạo V.A, tình trạng hòm nhĩ khô sạch chiếm nhiều hơn so với động dịch, không gặp trường hợp nào có Polyp trong hòm nhĩ. Sau nạo V.A 1 tháng, hòm nhĩ khô sạch 60% (12/20 BN) và động dịch 40% (8/20 BN).

3.1.4. Cận lâm sàng

Bảng 3.2: Phân loại nghe kém và mức độ nghe kém (N = 20)

Mức độ nghe kém	Loại nghe kém			Tổng
	Không nghe kém	dẫn truyền	hỗn hợp	
Nghe bình thường	2 (10%)	0	0	2 (10%)
Rất nhẹ	0	4(20%)	0	4(20%)
Nhẹ	0	11(55%)	0	11(55%)
Trung bình	0	1 (5%)	1(5%)	2 (10%)
Trung bình nặng	0	0	1(5%)	1 (5%)
Tổng	2 (10%)	16(80%)	2(10%)	20(100%)

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều được đo thính lực.

- Nghe kém dẫn truyền chiếm 80% (16/20 BN): Trong đó 20% (4/20 BN) nghe kém rất nhẹ, 55% (11/20 BN) trường hợp nghe kém nhẹ, 5% (1/20 BN) nghe kém trung bình.

- Nghe kém hỗn hợp gặp 10% (2/20 BN): Trong đó có 1 BN (5%) nghe kém trung bình và 1 BN (5%) nghe kém trung bình nặng; Không gặp trường hợp nào nghe kém nặng hoặc điếc.

- Có 10% (2/20 BN) sức nghe bình thường.

3.2. Áp lực mở vòi nhĩ sau nạo V.A

3.2.1. Áp lực mở vòi nhĩ và chỉ số áp lực trung bình sau nạo V.A

Bảng 3.3: Áp lực mở vòi nhĩ trước và sau nạo V.A (N=20)

Áp lực mở vòi nhĩ (daPa)	Trước nạo V.A	Sau nạo V.A	Áp lực trung bình trước nạo V.A(daPa)	Áp lực trung bình sau nạo V.A (daPa)
100 - <300	4 (20%)	15 (75%)	273±12,05	254±42,5
≥ 300	16 (80%)	5 (25%)	361,88±28,25	343,8±39,33
Tổng	20 (100%)	20 (100%)	344,1±44,53	276,45±56,99

Nhận xét:

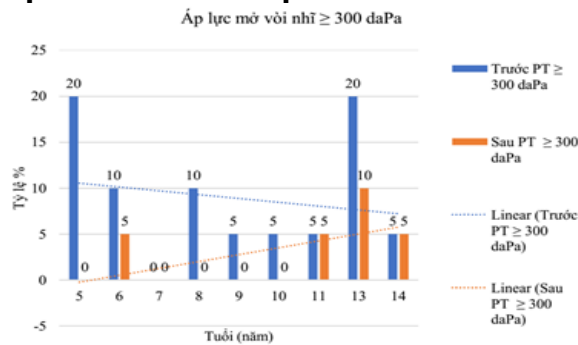
Trước nạo V.A

- Áp lực mở vòi nhĩ từ 100 - <300 daPa chiếm 20% (4/20 BN).
- Áp lực mở vòi nhĩ ≥ 300 daPa chiếm 80% (16/20 BN).
- Không có trường hợp nào không mở được hoặc áp lực mở vòi nhĩ < 100 daPa.
- Áp lực mở vòi nhĩ trung bình trong ngưỡng 100 - <300 daPa là: $273 \pm 12,05$ daPa và ngưỡng ≥ 300 daPa là $361,88 \pm 28,25$ daPa, với áp lực trung bình tổng là: $344,1 \pm 44,53$ daPa.

Sau nạo V.A

- Áp lực mở vòi nhĩ từ 100 - <300 daPa chiếm 75% (15/20 BN).
- Áp lực mở vòi nhĩ ≥ 300 daPa chiếm 25% (5/20 BN).
- Không có trường hợp nào không mở được hoặc áp lực mở vòi nhĩ < 100 daPa.
- Áp lực mở vòi nhĩ trung bình trong ngưỡng 100 - <300 daPa là: $254 \pm 42,5$ daPa và ngưỡng ≥ 300 daPa là $343,8 \pm 39,33$ daPa, với áp lực trung bình tổng là $276,45 \pm 56,99$ daPa.

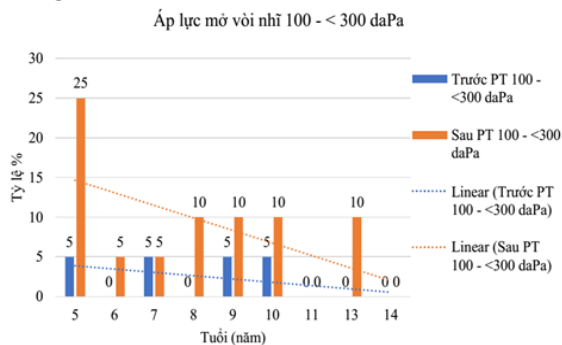
3.2.2. Sự thay đổi áp lực mở vòi nhĩ sau nạo V.A so với tuổi bệnh nhân



Biểu đồ 3.2: Áp lực mở vòi nhĩ có khả năng tắc cơ giới trước và sau nạo V.A so với tuổi của bệnh nhân VTGMKNH (N = 20)

Nhận xét: - Trước nạo V.A: Áp lực mở vòi nhĩ ngưỡng ≥ 300 daPa hầu như không có xu hướng thay đổi theo tuổi bệnh nhân.

- Sau nạo V.A: Áp lực mở vòi nhĩ ngưỡng ≥ 300 daPa tỷ lệ này có xu hướng tăng lên cùng hướng với số tuổi bệnh nhân.



Biểu đồ 3.3: Áp lực mở vòi nhĩ bình thường

trước và sau nạo V.A so với tuổi của bệnh nhân VTGMKNH (N = 20)

Nhận xét:

- Trước nạo V.A: Áp lực mở vòi nhĩ ngưỡng 100 - < 300 daPa không có xu hướng thay đổi theo tuổi bệnh nhân.

- Sau nạo V.A: Áp lực mở vòi nhĩ ngưỡng 100 - < 300 daPa tỷ lệ cao hơn ở trẻ nhỏ tuổi hơn theo tuổi bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

VTGMKNH thường do viêm tai giữa cấp vỡ mũ không được điều trị đúng, ổ thủng tồn tại trên 12 tuần. Biểu hiện là những đợt chảy dịch tai, cùng đợt với viêm đường hô hấp trên điển hình là viêm V.A. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng trẻ em là lứa tuổi hay gặp vì giai đoạn này V.A hoạt động miễn dịch tích cực để quá phát gây chèn ép loa vòi, V.A có nhiều khe rãnh là nơi trú ngụ nhiều vi khuẩn và dị nguyên, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến viêm tai giữa cấp và gây bệnh viêm tai giữa tái đi tái lại. Thời gian mắc bệnh VTGMKNH gặp nhiều nhất là 1-5 năm, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,75 \pm 3,23$ tuổi (tuổi nhỏ nhất là 5 tuổi và lớn nhất là 14 tuổi) thấp hơn nghiên cứu của Bùi Duy Vũ với lứa tuổi của bệnh nhân VTGMKNH được phẫu thuật vá màng nhĩ là $12,66 \pm 1,99$ tuổi [3].

Trong VTGMKNH, vi khuẩn lên tai giữa gây bệnh theo 2 con đường, đầu tiên và quan trọng nhất phải kể đến là vòi nhĩ, vi khuẩn từ vòm mũi họng đi ngược lên hòm nhĩ. Con đường thứ 2 là con đường thứ phát, vi khuẩn từ ống tai ngoài sẽ xâm nhập vào hòm nhĩ qua lỗ thủng màng nhĩ. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi còn ngắn (1 tháng) và sau nạo V.A nguyên nhân gây viêm chưa được loại bỏ nên triệu chứng cơ năng và thực thể tại tai (chảy dịch tai, nghe kém, ù tai, hòm nhĩ đọng dịch) không thay đổi nhiều mặc dù các triệu chứng chảy dịch mũi, ngạt mũi, thở miệng và ngủ ngáy đều cải thiện. Nguyễn Tấn Phong cho rằng, với những trẻ VTGMKNH có kèm viêm V.A mạn tính thì nên phẫu thuật V.A trước để giảm tần suất viêm đường hô hấp trên và chỉ nên phẫu thuật vá nhĩ cho trẻ khi hòm nhĩ đã khô >3 tháng [2]. Theo Bluestone D.C cho rằng, nên nạo V.A cho trẻ (có chỉ định nạo V.A) trước khi phẫu thuật vá nhĩ ít nhất 3 tháng và tốt nhất là >6 tháng [4].

Kích thước lỗ thủng màng nhĩ phụ thuộc nhiều vào tần suất viêm và thời gian bị bệnh. Tỷ lệ lỗ thủng rộng trong nghiên cứu của Bùi Duy Vũ và Cao Minh Thành là 75,9% với thời gian bị bệnh VTGMKNH >5 năm chiếm 79,3% [3] còn

chúng tôi chủ yếu gặp lỗ thủng trung bình (65%) và lỗ thủng nhỏ (25%) có lẽ do số trẻ có thời gian bị bệnh >5 năm chỉ chiếm 10%.

Trong nghiên cứu, hầu hết bệnh nhân có nghe kém dẫn truyền (chiếm 80%), nghe kém hỗn hợp và nghe bình thường đều chiếm tỷ lệ thấp, chứng tỏ bệnh nhân thường chỉ có tổn thương hệ thống dẫn truyền âm thanh, có 2 trường hợp nghe kém hỗn hợp nghĩ đến có tổn thương tai trong kèm theo. Nghe kém mức độ nhẹ chiếm nhiều nhất 55%, sau đó đến mức độ rất nhẹ. Có 3 trường hợp nghe kém mức độ trung bình và trung bình nặng thì 1 trường hợp bị viêm tai trên 5 năm.

Bình thường vòi nhĩ luôn ở trạng thái xếp để bảo vệ tai giữa khỏi hiện tượng trào ngược dịch ở mũi họng lên tai giữa, cơ căng màn hầu và cơ nâng màn hầu chịu trách nhiệm chính trong việc mở vòi nhĩ ra để thông khí tai giữa (khi nuốt, ngáp). Có nhiều nguyên nhân gây chèn ép và tắc nghẽn khiến vòi nhĩ khó khăn trong việc mở ra. Do cấu tạo giải phẫu và vị trí của V.A nên viêm V.A mạn tính quá phát gây rối loạn chức năng vòi nhĩ đặc biệt gây tắc vòi nhĩ với nhiều cơ chế: V.A viêm cấp dẫn đến xung huyết và phù nề niêm mạc vòi nhĩ, gây hẹp lòng vòi nhĩ; V.A quá phát gây chèn ép vào sau loa vòi, làm sụp lòng vòi nhĩ, V.A viêm mạn tính là ổ chứa vi khuẩn và dị nguyên khiến niêm mạc loa vòi liên tục bị kích thích trở nên dày và xơ hóa, hoạt động dẫn lưu và thông khí của vòi nhĩ bị cản trở; Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp V.A quá phát độ III chiếm nhiều hơn V.A quá phát độ II và không có trường hợp nào V.A quá phát độ I và độ IV. Kết quả này phù hợp vì quá phát độ I ảnh hưởng đến vòi nhĩ chưa nhiều nên các phẫu thuật viên chưa đặt ra vấn đề cần phải nạo V.A và việc không gặp trường hợp nào quá phát độ IV có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ. Phẫu thuật nạo V.A có thể gây biến chứng sẹo co kéo nếp loa vòi, xơ sẹo loa vòi hoặc tổn thương đến cơ vận động vòi nhĩ [4]. Việc theo dõi áp lực mở vòi nhĩ trước và sau nạo V.A nhằm đánh giá hiệu quả cũng như biến chứng phẫu thuật là điều cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả áp lực mở vòi nhĩ trung bình trước nạo V.A là $344,1 \pm 44,53$ daPa, cao hơn khi so sánh với áp lực mở vòi nhĩ trung bình sau phẫu thuật là $276,45 \pm 56,99$ daPa, cho thấy việc nạo V.A giúp cải thiện đáng kể áp lực mở vòi nhĩ trung bình. Số lượng trường hợp có áp lực mở vòi nhĩ ≥ 300 daPa giảm từ 16 bệnh nhân trước phẫu thuật xuống còn 5 bệnh nhân sau phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân có áp lực mở vòi nhĩ $100 - < 300$ daPa khi lấy vào nghiên cứu thì sau nạo V.A áp

lực vẫn trong ngưỡng bình thường. Chứng tỏ nạo V.A giúp cải thiện áp lực mở vòi nhĩ ở bệnh nhân bị tắc cơ giới nhưng không ảnh hưởng đến chức năng thông khí của vòi nhĩ bình thường. Trong số 5 trường hợp áp lực vòi nhĩ còn ≥ 300 daPa sau nạo V.A có 4 bệnh nhân ≥ 11 tuổi, như vậy trẻ càng lớn, tỷ lệ cải thiện áp lực mở vòi nhĩ sau nạo V.A càng kém, tuy nhiên nghiên cứu này mới chỉ thực hiện việc đo sau phẫu thuật một tháng, nếu đo muộn hơn vài tháng kết quả có thể sẽ thay đổi.

Theo Lương Hồng Châu, áp lực mở vòi nhĩ bình thường là từ $100 - < 300$ daPa, vòi nhĩ luôn mở khi áp lực mở vòi nhĩ < 100 daPa và vòi nhĩ có khả năng tắc nghẽn cơ giới khi áp lực mở vòi nhĩ từ 300 daPa trở lên [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ có khả năng tắc nghẽn cơ giới của vòi nhĩ giảm đáng kể sau nạo V.A, đồng thời tỷ lệ áp lực mở vòi nhĩ bình thường tăng lên sau khi nạo V.A. Sự thay đổi áp lực mở vòi nhĩ trung bình tại hai thời điểm trước và sau nạo V.A 1 tháng chứng tỏ rằng việc nạo V.A cho trẻ đã làm giảm đáng kể áp lực mở vòi nhĩ và cũng chỉ ra V.A chính là nguyên nhân hay gặp gây rối loạn chức năng vòi nhĩ. Như vậy phẫu thuật nạo V.A là cần thiết trong trường hợp trẻ bị VTGMKNH có V.A quá phát. Theo nghiên cứu đánh giá áp lực tai giữa sớm sau nạo V.A của Unlu Ilihan và cộng sự thấy rằng, có 75% (48/64) có giảm áp lực tai giữa ngay ngày hậu phẫu đầu tiên và thêm 15,6% và ngày hậu phẫu thứ 3, và sau 7 ngày nạo V.A thì 96,9% áp lực tai giữa trở về bình thường [7]. Điều này củng cố thêm lý luận về ảnh hưởng của viêm V.A mạn tính quá phát gây chèn ép và hẹp lòng vòi nhĩ, cản trở hoạt động bình thường của vòi nhĩ.

V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em có viêm V.A mạn tính quá phát với thời gian bị bệnh từ 5 năm trở xuống hay gặp lỗ thủng màng nhĩ kích thước nhỏ và trung bình, nghe kém dẫn truyền mức độ nhẹ. Đo áp lực mở vòi nhĩ cưỡng bức (FRT) cho thấy viêm V.A mạn tính quá phát thường gây tắc nghẽn vòi nhĩ cơ giới. Sau nạo V.A 1 tháng, áp lực mở vòi nhĩ và tỷ lệ tắc vòi nhĩ cơ giới giảm đáng kể, tuy nhiên ít cải thiện ở nhóm trẻ trên 11 tuổi và nhóm trẻ có áp lực mở vòi nhĩ trong giới hạn bình thường vẫn ổn định sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Hồng Châu.** Nghiên Cứu Chức Năng Thông Khí Của Vòi Nhĩ Bằng Máy Đo Trở Kháng Trên Bệnh Nhân Viêm Tai Giữa 2004. Luận văn Tiến sĩ trường Đại học Y Hà Nội; 2004.

2. **Nguyễn Tấn Phong.** Phẫu Thuật Nội Soi Chức Năng Tai. Nhà xuất bản Y học; 2009.
3. **Bùi Duy Vũ, Cao Minh Thành.** Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em dưới 16 tuổi. Vietnam Medical Journal. 2021;507(2). doi:10.51298/vmj.v507i2.1440
4. **Bluestone CD, Cantekin EI, Beery QC.** Certain effects of adenoidectomy of Eustachian tube ventilatory function. Laryngoscope. 1975;85(1):113-127. doi:10.1288/00005537-197501000-00009
5. **Holmquist J.** Eustachian tube function in patients with ear drum perforations following chronic otitis media. Results of a simplified testing procedure by deflation and aspiration methods. Acta Otolaryngol. 1969;68(5):391-401. doi:10.3109/00016486909121577
6. **Manish M, Hemant C, Som NG.** The forced response test and myringoplasty results. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;51(2):66-70. doi:10.1007/BF02997995
7. **Unlu II, Kesici GG, et al.** Evaluation of middle ear pressure in the early period after adenoidectomy in children with adenoid hypertrophy without otitis media with effusion. Am J Otolaryngol. 2015;36(3):377-381. doi:10.1016/j.amjoto.2015.01.005

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THÂN ĐỐT SỐNG CỔ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỦY CỔ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lê Bảo Tiến¹, Ngô Thanh Tú¹, Nguyễn Viết Lực¹,
Võ Văn Thanh², Nguyễn Hoàng Long¹, Nguyễn Vũ Công Bảo Long³,
Phạm Hồng Phong³, Bùi Khắc Đức³, Bùi Thành Đồng⁴, Nguyễn Thị Hồng Liễu⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thân đốt sống cổ đơn tầng điều trị bệnh lý tủy cổ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 36 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thân đốt sống cổ đơn tầng từ 08/2021 đến 06/2023. Đánh giá kết quả lâm sàng, hình ảnh học sau 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Cải thiện triệu chứng đau: VAS tay và cổ trước mổ lần lượt là $5,24 \pm 1,58$ và $4,61 \pm 1,66$ điểm, sau 6 tháng lần lượt là $1,18 \pm 1,49$ và $1,48 \pm 1,68$. Cải thiện mJOA trước mổ là $13,86 \pm 3,56$ điểm, sau mổ là $15,17 \pm 2,2$ điểm. NDI trước mổ là $51,67 \pm 18,09\%$, sau mổ là $24,75 \pm 18,34\%$. Tỷ lệ liền xương cao 88,9%. Biến chứng của phẫu thuật có 04 bệnh nhân khàn tiếng chiếm 11,1%, 03 bệnh nhân có khó nuốt sau mổ 8,3%. 01 trường hợp có liệt tiến triển sau mổ chiếm 2,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thân đốt sống cổ đơn tầng điều trị bệnh lý tủy cổ mang lại hiệu quả lâm sàng tốt, tỷ lệ liền xương cao. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật lớn, có tỷ lệ tai biến, biến chứng cao, cần được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Từ khóa: Bệnh lý tủy cổ, cắt thân đốt sống cổ, ACCF

SUMMARY

ANTERIOR CERVICAL CORPECTOMY SURGERY FOR CERVICAL MYELOPATHY:

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Tú

Email: bsngothanhthu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

RESULT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical results of anterior cervical corpectomy and fusion (ACCF) for cervical spinal cord diseases at Viet Duc Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study of 36 patients undergoing single level ACCF from 08/2021 to 06/2023. Clinical and imaging outcomes were assessed at 6 months postoperatively. **Results:** Improvements in pain scores: Preoperative VAS arm and neck were 5.24 ± 1.58 and 4.61 ± 1.66 points, respectively. At 6 months, they were 1.18 ± 1.49 and 1.48 ± 1.68 points. mJOA improved from 13.86 ± 3.56 preoperatively to 15.17 ± 2.2 postoperatively. NDI improved from $51.67 \pm 18.09\%$ preoperatively to $24.75 \pm 18.34\%$ postoperatively. High fusion rate of 88.9%. Complications included hoarseness in 11.1%, dysphagia in 8.3%, and progressive paralysis in 2.8%. **Conclusion:** ACCF provides good clinical outcomes for cervical spinal cord diseases with high fusion rates. However, it is a major surgery with high complication rates and should be performed by experienced surgeons. **Keywords:** Cervical spinal cord diseases, anterior cervical corpectomy, ACCF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy cổ là bệnh lý thoái hóa thường gặp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tuy nhiên bệnh nhân đến khám và điều trị thường ở giai đoạn muộn. C. Phẫu thuật ACCF điều trị tổn thương tủy cổ do chèn ép phía trước mang lại hiệu quả phục hồi thần kinh và tỷ lệ liền xương cao. Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật ACCF điều trị bệnh lý tủy cổ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán Bệnh lý tủy cổ do hẹp ống sống