



Hình 4.1. BN Nguyễn Ngọc T. 45 tuổi

Hẹp miệng nối sau mổ được nong qua nội soi 3 lần, sau đó vẫn tái hẹp và cuối cùng quyết định đặt stent qua miệng nối. Hiện tại ổn định.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh lý toàn thân phối hợp và xạ trị tiền phẫu là những yếu tố nguy cơ gây rò miệng nối sau mổ cắt thực quản, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày. Thời gian nằm viện sẽ kéo dài hơn do rò miệng nối và hẹp miệng nối là hậu quả thường xuyên. Nhược điểm của nghiên cứu này là số lượng nhỏ bệnh nhân và được tiến hành hồi cứu chỉ ở một trung tâm nên chưa thể hiện đầy đủ các yếu tố và mức độ liên quan tới miệng nối sau mổ cắt thực quản. Các nghiên cứu tiếp theo cần thiết kể với các nhóm bệnh nhân so sánh khác nhau, đa trung tâm và nhiều yếu tố được quan sát hơn sẽ làm rõ hơn các yếu tố dự báo rò miệng nối sau mổ cắt TQ và một số kết quả hậu phẫu ngắn hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer (IARC) TIA for R on.** Global Cancer Observatory. Accessed April 21, 2024. <https://gco.iarc.fr/>
2. **Famiglietti A, Lazar JF, Henderson H, et al.** Management of anastomotic leaks after

- esophagectomy and gastric pull-up. *J Thorac Dis.* 2020;12(3):1022-1030. doi:10.21037/jtd.2020.01.15
3. **Biere SSAY, Maas KW, Cuesta MA, van der Peet DL.** Cervical or Thoracic Anastomosis after Esophagectomy for Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Digestive Surgery.* 2011;28(1):29-35. doi:10.1159/000322014
4. **Ubels S, Verstegen MHP, Rosman C, Reynolds JV.** Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: risk factors and operative treatment. *Annals of Esophagus.* 2021;4(0). doi:10.21037/aoe-2020-18
5. **Manghelli JL, Ceppa DP, Greenberg JW, et al.** Management of anastomotic leaks following esophagectomy: when to intervene? *J Thorac Dis.* 2019;11(1):131-137. doi:10.21037/jtd.2018.12.13
6. **Li H, Zhuang S, Yan H, Wei W, Su Q.** Risk Factors of Anastomotic Leakage After Esophagectomy With Intrathoracic Anastomosis. *Front Surg.* 2021;8. doi:10.3389/fsurg.2021.743266
7. **Fabbi M, Hagens ERC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS.** Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: definitions, diagnostics, and treatment. *Dis Esophagus.* 2021;34(1):doaa039. doi:10.1093/dote/doaa039
8. **Goense L, Rossum PSN van, Ruurda JP, et al.** Radiation to the Gastric Fundus Increases the Risk of Anastomotic Leakage After Esophagectomy. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2016; 102(6): 1798-1804. doi:10.1016/j.athoracsur.2016.08.027
9. **Markar SR, Arya S, Karthikesalingam A, Hanna GB.** Technical Factors that Affect Anastomotic Integrity Following Esophagectomy: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(13): 4274-4281. doi:10.1245/s10434-013-3189-x
10. **Lv L, Hu W, Ren Y, Wei X.** Minimally invasive esophagectomy versus open esophagectomy for esophageal cancer: a meta-analysis. *Onco Targets Ther.* 2016;9:6751-6762. doi:10.2147/OTT.S112105

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÁ NHỈ QUA NỘI SOI BẰNG CÁC LOẠI VẬT LIỆU GHEP KHÁC NHAU

Nguyễn Triều Việt¹, Đỗ Hội¹, Trần Khôi Nguyên¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phẫu thuật nội soi vá nhĩ được sử dụng để sửa chữa thủng màng nhĩ bằng cách đặt một mảnh ghép ở những bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) có thủng màng nhĩ bằng cách sử dụng mảnh ghép màng sụn hoặc sụn-màng sụn. **Mục tiêu**

nghiên cứu: mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, và đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi vá nhĩ qua nội soi bằng các dạng mảnh ghép khác nhau ở những bệnh nhân VTGMT có thủng màng nhĩ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng trên 102 trường hợp viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ được thực hiện phẫu thuật nội soi vá màng nhĩ đơn thuần hay phối hợp lót sụn bằng cách sử dụng sụn-màng sụn nắp bình tai làm mảnh ghép. **Kết quả:** Có 102 trường hợp được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 46,3 ± 12,4 tuổi. Tỷ lệ lành màng nhĩ sau 6 tháng lên tới 95,1%. Mức độ mất thính lực trung bình trước phẫu thuật là 39,7 ± 11,3 dB; khả năng

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

nghe trung bình cải thiện sau 6 tháng lên $26,5 \pm 8,1$ dB. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi và nhĩ bằng cách sử dụng màng sụn, hoặc phối hợp sụn-màng sụn của nắp bình tai làm mảnh ghép màng lại kết quả trong việc lành màng nhĩ và cải thiện thính lực, bằng chứng là các kết quả theo dõi sau phẫu thuật sau ba tháng về thính lực và. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi màng nhĩ, ghép màng sụn, mất thính lực

Viết tắt: VTGMT - Viêm tai giữa mạn tính, PTA - thính lực đơn âm trung bình, ABG - khoảng cách đường khí - đường xương

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECT OF ENDOSCOPIC TYMpanoplasty USING DIFFERENT TYPES OF GRAFTING MATERIALS

Introduction: Endoscopic tympanic membrane perforation repair is used to repair tympanic membrane perforation by placing a graft in patients with chronic otitis media (COM) with tympanic membrane perforation using a perichondral graft or cartilage-perichondral graft. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics, and to evaluate the results of endoscopic tympanic membrane perforation repair in patients with COM with tympanic membrane perforation by using different material grafts. **Materials and methods:** A descriptive, prospective, clinical interventional cross-sectional study was performed on 102 cases of chronic otitis media with tympanic membrane perforation who underwent endoscopic tympanoplasty by using tragal perichondrium alone or in combination with tragal chondrium as a graft. Results: 102 cases were included in the study with an average age of $46,3 \pm 12,4$ years. The tympanic membrane healing rate after 6 months was up to 95.1%. The mean preoperative hearing loss was $39,7 \pm 11,3$ dB; the mean hearing improved to $26,5 \pm 8,1$ dB at 6 months. **Conclusion:** endoscopic tympanic surgery using either a perichondrium graft or a combination of chondrium-perichondrium graft resulted in tympanic membrane healing and improved hearing, as evidenced by the 06 month postoperative results in hearing and morphology of the tympanic membrane.

Keywords: endoscopic tympanoplasty, chondrium graft, perichondrium graft, hearing loss

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây sốt khi biểu hiện ở trẻ em. Viêm tai giữa mạn tính có mủ, còn được gọi là viêm tai giữa mạn tính, là một giai đoạn của bệnh về tai trong đó có tình trạng nhiễm trùng mạn tính đang diễn ra ở tai giữa mà không có màng nhĩ nguyên vẹn. Bệnh này là tình trạng viêm mạn tính của tai giữa và khoang xương chũm. Biểu hiện đặc trưng là chảy dịch tai mạn tính hoặc dai dẳng trong vòng 2 đến 6 tuần qua màng nhĩ thủng.[1] Vòi nhĩ đóng vai trò quan trọng trong bệnh này và tình trạng rối loạn chức năng của vòi nhĩ được phát hiện ở 70% bệnh nhân phẫu thuật tai giữa. Khi tình trạng rối loạn

chức năng của vòi nhĩ xảy ra, sự cân bằng áp suất ở tai giữa bị suy yếu và quá trình thông khí tai giữa bị rối loạn, dẫn đến các triệu chứng điển hình của viêm tai giữa mạn tính có mủ.[2] Mất thính lực mắc phải cũng thường thấy ở những bệnh nhân mắc tình trạng này và nếu không được điều trị, có thể dẫn đến bệnh tật và tử vong thêm. Viêm tai giữa mạn tính mưng mủ (VTGMT), đặc trưng bởi các đợt viêm tai giữa cấp tính kéo dài hoặc tái phát hơn 12 tuần, có thể gây tổn thương màng nhĩ và dẫn đến thủng không lành. Trên toàn thế giới, VTGMT là bệnh truyền nhiễm phổ biến nhất ở trẻ em. [4] Các yếu tố nguy cơ bao gồm nhiễm trùng đường hô hấp trên, suy dinh dưỡng, vệ sinh kém, tiền sử gia đình, nhẹ cân khi sinh, dị tật sọ mặt và là người Mỹ bản địa, người Alaska bản địa hoặc thổ dân Úc [5]. Các triệu chứng của VTGMT là chảy dịch tai chảy vào ống tai ngoài qua thủng TM và mất thính lực. Mất thính lực thường là mất dẫn truyền nhẹ (10 đến 20 dB), mặc dù tình trạng này có thể tồi tệ hơn khi thủng lớn. Ngoài ra, trong một số trường hợp, có thể xảy ra tình trạng khuyết chuôi xương con, gây ra biến đổi thính lực sâu hơn (50 đến 70 dB). Điều quan trọng là phải loại trừ sự hiện diện của cholesteatoma trong những trường hợp này. Các lỗ thủng màng nhĩ có thể xuất hiện ở màng căng hoặc màng chũm. Lỗ thủng có thể được mô tả thêm là ở rìa hoặc ở trung tâm tùy thuộc vào vị trí so với khung nhĩ, cũng như ướt hoặc khô (rỉ tai dai dẳng hoặc không chảy dịch tai). Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật tạo hình màng nhĩ qua nội soi để điều trị viêm tai giữa mạn tính ổn định có thủng nhĩ bằng việc sử dụng các mảnh ghép khác nhau như màng sụn hay sụn-màng sụn của nắp bình tai, và theo dõi kết quả điều trị sau phẫu thuật sau 1 và 6 tháng. Mục đích là đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình màng nhĩ qua nội soi khi sử dụng nhiều dạng mảnh ghép tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, mô tả cắt ngang, tiến cứu được thực hiện trên bệnh nhân VTGMT có thủng nhĩ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2022 đến năm 2024. Có 102 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu đến khi kết thúc.

Tiêu chí lựa chọn bao gồm bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán VTGMT có thủng màng nhĩ, được thực hiện phẫu thuật nội soi và nhĩ, sử dụng màng sụn đơn thuần hay sụn-màng sụn phối hợp của nắp bình tai làm vật liệu ghép.

Tiêu chí loại trừ bao gồm bệnh nhân không tham gia đầy đủ quá trình điều trị.

Sự thành công của bất kỳ thủ thuật tạo hình màng nhĩ nào cũng có thể được đánh giá theo các thuật ngữ giải phẫu cũng như chức năng. Sự thành công về mặt giải phẫu được định nghĩa là một mảnh ghép nguyên vẹn với tai khô, trong khi ABG là 20 dB sau thủ thuật được định nghĩa là thành công về mặt chức năng.

Nội dung nghiên cứu. Các đặc điểm chung bao gồm nhóm tuổi, giới tính (nam và nữ) và nghề nghiệp. Tiền sử chảy dịch tai, bao gồm thời gian chảy dịch mạn tính (kéo dài > 3 tháng); Các đặc điểm lâm sàng bao gồm lý do nhập viện (chảy dịch tai, mất thính lực, ù tai, đau tai, ngứa tai, v.v.) và các triệu chứng (mất thính lực, ù tai, đau tai, v.v.). Các đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật bao gồm nội soi tai và đo thính lực. Nội soi tai trong thủng màng nhĩ được ghi nhận về vị trí, tỉ lệ % của lỗ thủng và kích thước của thủng (theo tỷ lệ phần trăm diện tích thủng so với màng nhĩ). Đo thính lực được sử dụng để đánh giá tình trạng mất thính lực trước phẫu thuật và các yếu tố liên quan khác như: loại và mức độ mất thính lực, khoảng cách giữa truyền dẫn khí và truyền dẫn xương. Cần đánh giá tình trạng mất thính lực của bệnh nhân; phân loại mất thính lực và mức độ mất thính lực trên thính lực đồ. Phân loại mất thính lực bao gồm mất thính lực dẫn truyền và hỗn hợp. Chỉ số thính lực bao gồm thính lực dẫn truyền xương trung bình, trung bình đơn âm(PTA) và khoảng cách khí-xương (ABG) được tính toán trong mỗi lần khám.

Phẫu thuật tạo hình màng nhĩ qua nội soi được thực hiện bằng cách sử dụng màng sụn hoặc sụn-màng sụn của bình tai làm mảnh ghép. Đánh giá mức độ lành màng nhĩ và cải thiện mức độ nghe thông qua nội soi tai và đo thính lực của các lần tái khám sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Sau 1 tháng phẫu thuật, tiến hành đánh giá nội soi tình trạng ghép về tình trạng còn nguyên vẹn hay không lành. Sau 3 và 6 tháng phẫu thuật, tiến hành kiểm tra tương tự như lần tái khám sau 1 tháng phẫu thuật, kiểm tra các triệu chứng lâm sàng (khô tai, nghe kém, ù tai, đau tai); nội soi đánh giá mức độ lành màng nhĩ; đo thính lực đơn âm để đánh giá mức độ phục hồi mức độ nghe sau phẫu thuật với cùng tiêu chuẩn trước phẫu thuật.

Các kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS và excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, tổng cộng có 102 bệnh nhân được đưa vào với độ tuổi trung bình

của những người tham gia là $39,7 \pm 13,4$ (năm). Tỷ lệ nữ và nam lần lượt là 67,2% và 32,8%. Có 5 lý do khiến bệnh nhân đến phòng khám: chảy dịch tai chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,9%. Hầu hết bệnh nhân biết mình bị viêm tai giữa thủng màng nhĩ hoặc có ít nhất 1 triệu chứng khó chịu khi đến khám, chiếm 95,6% (97/102 trường hợp). Hầu hết tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng chảy dịch tai trong tiền sử, chiếm 97,1% (99/102 trường hợp), kéo dài trên 3 tháng. Kích thước lỗ thủng vùng màng nhĩ, với tỷ lệ cao nhất là 37,6%, là lỗ nhỏ (< 25% diện tích). Hầu hết các bệnh nhân bị thủng đều có bờ, chiếm 83,3%. Có tới 94% bệnh nhân có khoang nhĩ khô khi vào viện để phẫu thuật tạo hình màng nhĩ, cao hơn nhiều so với trường hợp có khoang nhĩ ướt. Trong 102 trường hợp đo thính lực đơn âm, nghe kém dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất là 64% với 62/102 trường hợp.



Hình 1. Màng nhĩ và băng màng sụn sau 06 tháng



Hình 2. Màng nhĩ được vá bằng màng sụn kết hợp đặt thêm sụn vùng khuyết lõm thượng nhĩ sau 06 tháng

Bảng 1. Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu và lý do đến khám

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỉ lệ
Tuổi	16 – 40	46	45.1%
	40-60	50	49,0
	>60	6	5,9%
Giới	Nữ	59	57.8%
	Nam	43	42.2%
Đặc điểm lâm Sàng		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng nhập viện	Chảy dịch tai	49	48.0
	Ù tai	15	14.7
	Nghe kém	29	28.5
	Ngứa	6	5.9
	Tình cờ phát hiện	3	2.9

Chảy dịch tai và nghe kém là những lý do thường gặp nhất để bệnh nhân đến khám và phẫu thuật với tỉ lệ tương ứng là 48% và 28,5%

Bảng 2. Các vị trí và diện tích lỗ thủng trong nghiên cứu

Đặc điểm lỗ thủng		Tần số (Số BN)	Tỷ lệ
Kích thước lỗ thủng	< 25% diện tích	37	36,3
	25 – 50% diện tích	28	27,5
	50 – 75% diện tích	12	11,8
	> 75% diện tích	25	24,5
Vị trí của lỗ thủng	Trước dưới	35	34,3
	Sau dưới	15	14,7
	Trước trên	2	1,9
	Sau trên	3	2,9
	Trung tâm	28	27,4
	Thủng rộng (thủng >4 mm)	19	18,4
Bờ lỗ thủng	Còn rìa	78	76,5
	Mất rìa	11	10,8
	Mất rìa kèm khuyết lõm thượng nhĩ	13	12,7

Kết quả ghi nhận thủng ¼ trước dưới chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 34,3%, và tỉ lệ lỗ thủng nhỏ là 36,3%. Bên cạnh đó ghi nhận có 13/102 trường hợp chiếm 12,7% thủng mất rìa kèm khuyết lõm thượng nhĩ.

Bảng 3. Đặc điểm thính lực đồ trước phẫu thuật

Đặc điểm thính lực đồ trước phẫu thuật		Số BN	Tỷ lệ %
Kiểu giảm thính lực	Bình thường	5	4,9
	Dẫn truyền	79	77,5
	Hỗn hợp	18	17,6
Mức độ giảm thính lực	Bình thường	5	4,9
	Giảm thính lực rất nhẹ	25	24,5
	Giảm thính lực nhẹ	54	52,9
	Giảm thính lực trung bình – nặng	12	11,8

Qua kết quả ghi nhận đa số bệnh nhân có điếc kiểu dẫn truyền với tỉ lệ 77,5% và hơn 50% bệnh nhân có giảm thính lực mức độ nhẹ chiếm 52,9%, tiếp đó là giảm mức độ rất nhẹ 24,5%.

Bảng 4. Các loại mảnh ghép sử dụng trong nghiên cứu

Loại mảnh ghép	Màng sụn	Sụn-màng sụn
Số lượng	89	13
Tỉ lệ %	87,3	12,7

Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân được thực hiện và nhĩ qua nội soi bằng mảnh ghép là màng sụn chiếm 87,3%, bên cạnh đó ở một số trường hợp được sử dụng mảnh ghép phối hợp sụn-màng sụn là 12,7%.

Bảng 5. Đánh giá kết quả sau can thiệp

Đánh giá		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tình trạng	Sau 1 tháng	Lành tốt	98
		Thủng hay hở rìa	4

lành mảnh ghép	Sau 6 tháng	Lành tốt	99	95,1
		Thủng hay hở rìa	3	2,9
Cải thiện thính lực	Trước phẫu thuật	Thủng lại	2	2,0
		Bình thường	5	4,9
		Nhẹ	76	74,5
	Sau 6 tháng	Trung bình	18	17,6
		Nặng	3	2,9
		Bình thường	50	49,0
		Nhẹ	46	45,1
		Trung bình	7	5,9
		Nặng	0	0

Sau 06 tháng can thiệp phẫu thuật tỉ lệ lành mảnh ghép lên đến 95,1%. Tuy nhiên, ghi nhận 02 trường hợp xuất hiện thủng trên màng nhĩ đã lành khi kiểm tra lúc 03 tháng.

Bảng 6. Đánh giá cải thiện sức nghe trước và sau phẫu thuật

Thời gian	Trước PT	Sau PT 6 tháng
Sức nghe (dB)		
Trung bình đường xương	15.6 ± 8.9	10.1 ± 5.9
PTA	39.7 ± 12.4	28.6 ± 9.2
ABG	25.2 ± 10.6	16.5 ± 7.2

Kết quả ghi nhận sự cải thiện thính lực đáng kể sau phẫu thuật 06 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Tổng cộng có 102 bệnh nhân được phẫu thuật ở độ tuổi từ 16 tuổi trở lên, độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $46,3 \pm 12,4$. Trong nghiên cứu của tác giả Mangia [7] có độ tuổi trung bình là 36,3 tuổi, dao động từ 10 đến 78 tuổi và 73 (56,15%) tai được phẫu thuật là nữ. So với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của chúng tôi có độ cao hơn tuy nhiên đa số vẫn trong độ tuổi trung niên.

Theo Yurttas và cộng sự (2015) [10] khả năng sống của mảnh ghép và tỷ lệ thành công trong phẫu thuật tạo hình màng nhĩ có liên quan đến một số yếu tố hình thái học và lâm sàng, ví dụ như thói quen hút thuốc, kích thước và vị trí thủng, trình độ chuyên môn của bác sĩ phẫu thuật, tuổi tác, giới tính, tình trạng niêm mạc tai giữa và sự hiện diện của chứng xơ cứng màng nhĩ hoặc xơ cứng màng nhĩ. Bên cạnh đó tác giả cũng ghi nhận rằng sự thông thoáng của thượng nhĩ, nhiễm trùng tai giữa và hình thái của màng nhĩ và niêm mạc tai giữa nên được coi là các yếu tố tiên lượng quan trọng trong phẫu thuật tạo hình màng nhĩ với phẫu thuật xương chũm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 lý do hoặc than phiền phải nhập viện, trong đó - chảy dịch tai chiếm tỷ lệ cao nhất (48%) (tiền sử chảy dịch, hiện tại khô để phẫu thuật). Hầu hết các trường hợp viêm tai giữa thủng màng nhĩ đều gây ra các triệu chứng khó chịu cho bệnh nhân,

đặc biệt là chảy dịch tai. Theo nghiên cứu của các tác giả khác ghi nhận chảy dịch tai cũng là lý do chính khiến bệnh nhân phải nhập viện, với tỷ lệ dao động là 43,4% và 39%. Qua đó có thể thấy trong các triệu chứng của viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ, triệu chứng chảy dịch tai gây khó chịu nhất cho bệnh nhân, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chỉ có 3 trường hợp được phát hiện tình cờ khi đến khám, chiếm 2,9%. Điều này lý giải rằng hầu như tất cả bệnh nhân thủng màng nhĩ đều có ít nhất một lần bị viêm tai giữa trong tiền sử hoặc có ít nhất một triệu chứng khó chịu như chảy dịch tai, giảm thính lực, ù tai hoặc ngứa. Hiếm khi bệnh được phát hiện mà không có bất kỳ khó chịu nào. Bệnh nhân phát hiện ra bệnh một cách tình cờ trong quá trình khám sức khỏe định kỳ của công ty.

Với đa số ca phẫu thuật có kích thước lỗ thủng nhỏ chiếm 36,3%, vị trí thủng trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,4%. Trong kỹ thuật can thiệp vá nhĩ, vị trí trung tâm và kích thước lỗ thủng nhỏ là những lý do giúp quá trình lành tốt. Bên cạnh đó, các mảng xơ hóa không tồn tại nhiều trên màng nhĩ cũ cũng góp phần làm tăng khả năng thành công.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trường hợp mất thính lực dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất (79/102 trường hợp). Việc giảm thính lực dạng này liên quan đến quá trình tổn thương màng nhĩ cũng như có thể xơ hóa hệ thống xương con là một phần của quá trình dẫn truyền âm thanh qua đường khí nên ảnh hưởng đến điếc dẫn truyền. Tỷ lệ nghe kém cao nhất là nhẹ ở 54/102 (52,9%) trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 102 bệnh nhân có mức độ nghe kém khác nhau do vậy để đánh giá hiệu quả can thiệp cần dựa trên sự cải thiện trung bình của cả nhóm nghiên cứu. Đối với những bệnh nhân có sức nghe bình thường, phẫu thuật không nhằm mục đích cải thiện sức nghe mà chủ yếu là giải quyết tình trạng ù tai hoặc chảy dịch tai.

Tỷ lệ lành màng nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng là 96,1%. Sau 06 tháng, tỷ lệ lành tăng lên 95,1%, xuất hiện 02 trường hợp thủng lại trên màng nhĩ đã lành lúc kiểm tra ở thời điểm 03 tháng. Khi so sánh với kết quả của các tác giả khác ghi nhận tỷ lệ lành sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng ở 224 bệnh nhân lần lượt là 97,8% và 96,9%. Hoặc một nghiên cứu khác lần lượt là 84,6% và 81,8% [1,2]. Theo nghiên cứu của Mangia và cộng sự (2023) trên 117 bệnh nhân với tổng số 124 phẫu thuật vá nhĩ được thực hiện, ghi nhận sau tháng đầu tiên,

tỷ lệ lành là 84,1%. Tỷ lệ này giảm xuống lần lượt là 74,5% và 69,7% vào tháng thứ ba và thứ sáu. Trong khi đó, tỷ lệ phẫu thuật thất bại tăng lên 22,2% trong lần khám theo dõi sau 3 tháng, vẫn ổn định trong lần khám sau 6 tháng và cuối cùng giảm xuống còn 14,3% vào cuối lần theo dõi sau 1 năm. Sau 12 tháng phẫu thuật, tỷ lệ thành công là 72,7% [7]. Do vậy, có thể có nhiều yếu tố tác động gây nên thủng nhĩ lại khi thời gian theo dõi kéo dài. Chính vì vậy, để có thể đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ bằng bất cứ đường tiếp cận hay sử dụng mảnh ghép dạng nào thì cũng cần thời gian theo dõi lâu để có thể mang lại kết quả chính xác.

Chúng tôi ghi nhận PTA trung bình trước phẫu thuật là $39,7 \pm 12,4$ dB, và tỷ lệ cao nhất là mất thính lực nhẹ, chiếm 52,9%. Sau 6 tháng PTA trung bình cải thiện lên $28,6 \pm 9,2$ dB. ABG trước phẫu thuật là $25,2 \pm 10,6$ dB, và sau phẫu thuật cải thiện lên $16,5 \pm 7,2$ dB. Theo nghiên cứu của Mangia (2023) [7] và cộng sự ABG trung bình là 22,9 dB trước phẫu thuật và đạt 10,6 dB sau phẫu thuật. Mặc dù mức giảm trung bình của ABG lớn hơn ở nhóm bệnh nhân đã đóng lỗ thủng hoàn toàn. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận đối với những trường hợp thủng rộng sát rìa, kỹ thuật can thiệp có sự khác biệt do liên quan đến khả năng kết dính của khung nhĩ cũ và mảnh ghép để có thể giúp quá trình lành màng nhĩ tốt hơn. Đối với những trường hợp này vị trí rạch tạo vạt da, các mảnh ghép cần đa dạng hơn trong việc sử dụng vật liệu. Có 13/102 bệnh nhân sử dụng mảnh ghép phổi hợp sụn-màng sụn khi có thủng rộng và khuyết xương vùng thượng nhĩ.

Thời gian theo dõi của chúng tôi là 1 tháng, 3 tháng và 06 tháng sau phẫu thuật. Đây là thời gian tương đối dài để có thể đánh giá kết quả của cả nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi theo dõi kết quả của phẫu thuật nội soi màng nhĩ và sử dụng màng sụn của bình tai hoặc sử dụng sụn-màng sụn làm mảnh ghép, từ đó có thể tiến hành nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật nội soi màng nhĩ giữa các nhóm vật liệu ghép trong thời gian dài để đánh giá tình trạng và chức năng của màng nhĩ sau phẫu thuật.

Theo Nardepour và cộng sự (2016) [9], để quyết định phương pháp phẫu thuật phù hợp nhất cho phẫu thuật tạo hình màng nhĩ, cần lưu ý các đặc điểm sau: kích thước và vị trí thủng màng nhĩ, tình trạng của xương con tai giữa và xương chũm, trình độ chuyên môn của bác sĩ phẫu thuật và các cân nhắc về mặt giải phẫu như ống tai hẹp.

Việc chọn lựa sử dụng đơn thuần màng sụn

hay phối hợp sụn-màng sụn tùy làm việc đánh giá xem bệnh nhân ngoài việc có thủng nhĩ thì có bị khuyết hay lõm thượng nhĩ kèm theo hay không. Khi có khuyết hay lõm thượng nhĩ thì dùng mảnh sụn nắp bình tai che chỗ khuyết hay lõm sau đó mới phủ mảnh màng sụn. Đây là một chọn lựa phù hợp giúp hạn chế việc rút lõm màng nhĩ sau can thiệp góp phần tăng tỉ lệ thành công của phẫu thuật ở thời điểm sau can thiệp 06 tháng. Do vậy, khi đánh giá có hiện tượng khuyết hay lõm thượng nhĩ cần cân nhắc gia cố mảnh ghép bằng miếng sụn nắp bình tai. Việc can thiệp qua nội soi có thể thực hiện được dễ dàng và đánh giá được toàn bộ các tổn thương, giúp mang lại hiệu quả cao.

V. KẾT LUẬN

Vá nhĩ qua nội soi ở 102 bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) có thủng màng nhĩ bằng màng sụn đơn thuần hay sụn-màng sụn của nắp bình tai mang lại kết quả cải thiện trong việc phục hồi hình thái màng nhĩ và phục hồi thính lực, với kết quả ghi nhận khi theo dõi một tháng và sáu tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ chữa lành là 95,1% sau 6 tháng theo dõi, tất cả bệnh nhân đều cải thiện thính lực và không có trường hợp mất thính lực nặng. Ghi nhận 02 trường hợp thủng lại ở thời điểm 06 tháng trên màng nhĩ đã lành kín khi kiểm tra ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật. Việc kết hợp linh hoạt màng sụn, sụn-màng sụn làm mảnh ghép sẽ giúp màng lại hiệu quả tốt cho bệnh nhân. Sử dụng nội soi giúp tiếp cận và xử trí mang lại nhiều ưu điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Chắt, Phan Xuân Hoa, Phan Thị Mộng Thơ** (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ lại ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính", Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 22 (6).
2. **Abdulvahap A. et al** (2017), Endoscopic tympanoplasty. Journal of Otology Volume 12, Issue 2, June 2017, Pages 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.joto.2017.04.004>
3. **Emmett SD, Kokesh J, Kaylie D.** Chronic Ear Disease. Med Clin North Am. 2018 Nov;102(6):1063-1079. [PubMed]
4. **Head K, Chong LY, et al** (2020). Topical antiseptics for chronic suppurative otitis media. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jan 06;1(1):CD013055. [PMC free article] [PubMed]
5. **Indorewala S, et al** (2015). Tympanoplasty outcomes: a review of 789 cases. Iran J Otorhinolaryngol. 2015 Mar;27(79):101-8. [PMC free article] [PubMed]
6. **Leach AJ, và cộng sự** (2021). Otitis media guidelines for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander children: summary of recommendations. Med J Aust. 2021 Mar; 214(5):228-233.
7. **Mangia et al** (2023), Success rates and predictors of outcomes of type I tympanoplasty performed by residents in a teaching tertiary hospital. Journal of Otology Volume 18, Issue 4, October 2023, Pages 214-219. <https://doi.org/10.1016/j.joto.2023.09.003>
8. **Master A, Wilkinson E, Wagner R.** Management of Chronic Suppurative Otitis Media and Otosclerosis in Developing Countries. Otolaryngol Clin North Am. 2018 Jun;51(3):593-605.
9. **Naderpour M et al** (2016). Evaluation of Factors Affecting the Surgical Outcome in Tympanoplasty. Iran J Otorhinolaryngol. 2016 Mar;28(85):99-104. [PMC free article] [PubMed]
10. **Yurttas, V., et al** (2015). Factors that may Affect Graft Success in Tympanoplasty with Mastoidectomy. ENT Updates, 5, pp. 9e12.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE - OXALIPLATIN - BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Trần Mai Phương¹,
Vũ Huyền Trang¹, Nguyễn Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư đường mật giai đoạn tiến triển bằng phác đồ gemcitabine- oxaliplatin –bevacizumab. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 32 bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển được điều trị bằng phác đồ

gemcitabine- oxaliplatin –bevacizumab tại bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ =1,67/1. Giai đoạn bệnh: tái phát 5 bệnh nhân, di căn 26 bệnh nhân, tiến triển tại chỗ 1 bệnh nhân. Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng. CA19.9 tăng trong 59,4% các trường hợp. Tỷ lệ đáp ứng đạt 41,9%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 67,7%. Trung vị PFS đạt 5,5 tháng. Độc tính do bevacizumab gặp ở 25% trường hợp, có 3 bệnh nhân phải dừng điều trị vĩnh viễn. **Kết luận:** Điều trị ung thư đường mật giai đoạn tiến triển bằng phác đồ gemcitabine-oxaliplatin-bevacizumab mang lại tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao, kéo dài thời gian sống bệnh không tiến triển. **Từ khóa:** Ung thư đường mật, bevacizumab.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025