

- Period Analysis. Cancer Control. 2022;29:10732748221099227.
3. **Jing Y, Jing J, Sun X, Jin Y, Bai X.** Assessment of non-tumor liver parenchyma damage in advanced gastric cancer treatment with transarterial infusion chemotherapy: a study using imaging and hepatic injury indicators. Front Oncol. 2025;15:1537688.
 4. **Moon HH, Seo KW, Yoon KY, Shin YM, Choi KH, Lee SH.** Prediction of nephrotoxicity induced by cisplatin combination chemotherapy in gastric cancer patients. World J Gastroenterol. 2011;17(30):3510-7.
 5. **Chen X, Chen Y, Li T, Jun L, Lin T, Hu Y, et al.** Impact of diabetes on prognosis of gastric cancer patients performed with gastrectomy. Chin J Cancer Res. 2020;32(5):631-44.
 6. **Wei Z-W, Li J-L, Wu Y, Xia G-K, Schwarz RE, He Y-L, et al.** Impact of Pre-existing Type-2 Diabetes on Patient Outcomes After Radical Resection for Gastric Cancer: A Retrospective Cohort Study. Digestive Diseases and Sciences. 2014;59(5):1017-24.
 7. **Amjad MT, Chidharla A, Kasi A.** Cancer Chemotherapy. StatPearls. Treasure Island (FL)2025.
 8. **Yu H, Xu N, Li Z-K, Xia H, Ren H-T, Li N, et al.** Association of ABO Blood Groups and Risk of Gastric Cancer. Scandinavian Journal of Surgery. 2020;109(4):309-13.

ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TIẾT CĂN XƯƠNG CHŨM CÓ CHỈNH HÌNH TẠI GIỮA TYPE IV

Nguyễn Thị Tố Uyên^{1,2}, Nguyễn Thúy Nga³, Lê Minh Kỳ⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật tiết căn xương chũm có chỉnh hình tai giữa type IV của Wullstein liệu có mang lại hiệu quả bảo tồn sức nghe hay không? **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện. **Đối tượng nghiên cứu:** 27 tai bị viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma được phẫu thuật tiết căn xương chũm có chỉnh hình tai giữa type IV và được theo dõi sau phẫu thuật ít nhất 6 tháng. **Kết quả:** tuổi trung bình là 42,3±14,7 tuổi, trung bình thời gian theo dõi sau phẫu thuật là 22,7 tháng (từ 6 đến 87 tháng). Sau phẫu thuật có 14 trường hợp nghe kém dẫn truyền và 15 trường hợp nghe kém hỗn hợp và không có trường hợp nào nghe kém tiếp nhận; so với trước phẫu thuật nghe kém dẫn truyền tăng lên 2 trường hợp và nghe kém hỗn hợp giảm đi 2 trường hợp. Trung bình dự trữ cốt đạo, ABG và PTA sau phẫu thuật gần như không thay đổi so với trước, lần lượt là 17,3±8,5 dB; 31,1±11,0 dB và 48,7±14,7 dB. **Kết luận:** Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type IV trên hốc mổ tiết căn xương chũm tuy không thực hiện chỉnh hình xương con nhưng vẫn đạt kết quả khả quan về sức nghe. **Từ khóa:** viêm tai giữa mạn có cholesteatoma, cholesteatoma, chỉnh hình tai giữa type IV của Wullstein, tiết căn xương chũm

SUMMARY

PRE- AND POST-OPERATIVE AUDIOGRAM ASSESSMENT OF RADICAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

³Bệnh viện 19-8

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên

Email: touyent@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

MASTOIDECTOMY WITH TYPE IV TYMPANOPLASTY ACCORDING TO WULLSTEIN CLASSIFICATION

Objective: Is radical mastoidectomy with type IV tympanoplasty of Wullstein classification effective in preserving hearing? **Research method:** A descriptive case series with convenience sampling. **Study subjects:** 27 ears affected by cholesteatoma otitis media underwent radical mastoidectomy combined with type IV tympanoplasty were followed up for at least 6 months postoperatively. **Results:** The mean age was 42.3±14.7 years, the mean postoperative follow-up time was 22.7 months (ranging from 6 to 87 months). After surgery, there were 14 cases of conductive hearing loss and 15 cases of mixed hearing loss, with no cases of sensorineural hearing loss; compared to preoperative results, while conductive hearing loss increased by 2 cases and mixed hearing loss decreased by 2 cases. The bone hearing threshold, ABG and PTA after surgery were nearly unchanged compared to preoperative values, recorded at 17.3±8.5 dB; 31.1±11.0 dB and 48.7±14.7 dB, respectively. **Conclusion:** Although, ossiculoplasty was not performed, type IV tympanoplasty of Wullstein on radical mastoidectomy still produced satisfactory hearing outcomes.

Keywords: chronic otitis media with cholesteatoma, cholesteatoma, type IV tympanoplasty of Wullstein classification, radical mastoidectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tiết căn xương chũm là loại bỏ toàn bộ những vách xương ngăn giữa thượng nhĩ, sào đạo, sào bào và các thông bào xương chũm, khoan bỏ tường thượng nhĩ và thành sau ống tai ngoài để toàn bộ tai ngoài và tai giữa tạo thành một hốc duy nhất. Phẫu thuật được áp dụng trong những trường hợp viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma giúp loại bỏ triệt để bệnh tích viêm nguy hiểm, phòng tránh biến chứng và

hạn chế tái phát. Phẫu thuật tiết căn xương chũm kinh điển sẽ kết thúc bằng việc bít lỗ vòi để không cho dịch viêm từ mũi họng lên tai, nếu cholesteatoma lan đến vùng vòi nhĩ và không đảm bảo lấy sạch thì phẫu thuật viên sẽ để lỗ vòi hở tự nhiên và chấp nhận nguy cơ chảy tai mỗi khi viêm mũi họng. Phẫu thuật kinh điển này an toàn, hiếm khi tái phát bệnh tích viêm vì toàn bộ thành của tai giữa đã mở thông ra ngoài nhưng để lại hậu quả xấu về sức nghe, thường là ở mức tối đa của nghe kém dẫn truyền. Để khắc phục tình trạng nghe kém này, các phẫu thuật viên tạo hình hòm nhĩ nhỏ trên nền hốc tiết căn, tuy khả năng làm sạch bệnh tích ở các vùng của hòm nhĩ mà áp dụng chỉnh hình tai giữa type I, II, III, IV hay V theo Wullstein 1956 hoặc cải biên [1,7]. Tạo hình tai giữa type IV là dùng vật da màng nhĩ ống tai ngoài hoặc cân cơ thái dương hoặc màng sụn hoặc sụn kèm màng sụn để tái tạo lại một phần màng căng nhằm che phủ và tạo một khoang ảo ở vùng trước dưới của hòm nhĩ, khoang này có chứa lỗ vòi nhĩ, cửa sổ tròn và không chứa cửa sổ bầu dục. Kỹ thuật chỉnh hình tai giữa type IV được chỉ định khi không kiểm soát được bệnh tích ở vùng cửa sổ bầu dục hoặc xoang nhĩ và các ngách ở phần sau hòm nhĩ. Tuy có thể tích nhỏ nhưng hòm nhĩ này vẫn duy trì được hoạt động lệch pha của cửa sổ bầu dục và cửa sổ tròn khi âm thanh tác động vào, hỗ trợ quá trình truyền âm [4,8].

Phẫu thuật này thường không mang lại hiệu quả dẫn truyền âm thanh nhiều như các kỹ thuật chỉnh hình tai giữa có bảo tồn hoặc tái tạo chuỗi xương con (type I, II, III) nên ít được áp dụng tại Việt Nam. Với quan điểm bảo tồn tối đa sức nghe của người bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá đặc điểm thính lực đồ đơn âm của người bệnh viêm tai giữa có cholesteatoma trước và sau khi thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm có chỉnh hình tai giữa type IV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là những người bệnh bị viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma được thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm có chỉnh hình tai giữa type IV tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 5 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh được đo thính lực đồ đơn âm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật từ 6 tháng trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: nghe kém hỗn hợp hoặc tiếp nhận nặng trở lên; người bệnh hoặc người giám hộ từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca

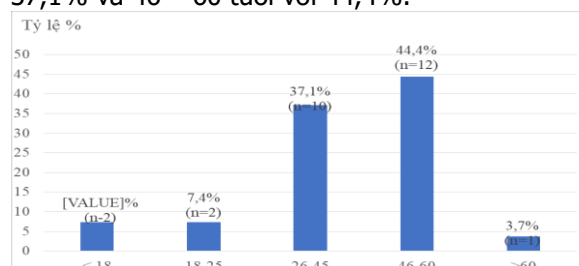
bệnh. Chọn mẫu thuận tiện.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS, hạn chế tối đa sai số.

Đạo đức nghiên cứu: Phẫu thuật này có trong quy trình phẫu thuật bệnh viện và vẫn được áp dụng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, đề tài được thực hiện sau khi hội đồng đề cương của trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện ở 27 tai phẫu thuật của 27 người bệnh. Tuổi trung bình là 42,3±14,7 tuổi, nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất là 63 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 26 - 45 tuổi với 37,1% và 46 - 60 tuổi với 44,4%.



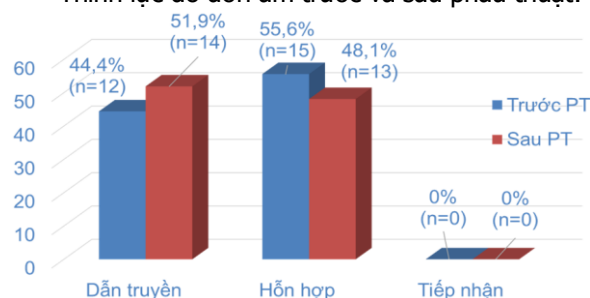
Biểu đồ 1: độ tuổi của người bệnh ở thời điểm phẫu thuật

Tổn thương màng nhĩ: Có 3/27 trường hợp (11,1%) màng căng bình thường, 10/27 trường hợp (37%) màng căng xẹp, còn lại 14 trường hợp (51,9 %) màng căng có lỗ thủng. Màng chũm: có 8/27 trường hợp (29,6%) màng chũm bình thường, còn lại 19/27 (70,4%) màng chũm có tổn thương nguy hiểm (cholesteatoma, polyp, túi co kéo).

Tất cả 27 bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là cholesteatoma.

Thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật ít nhất là 6 tháng, nhiều nhất là 87 tháng với trung bình thời gian theo dõi 22,7 tháng.

Thính lực đồ đơn âm trước và sau phẫu thuật:



Biểu đồ 2. Biến đổi loại nghe kém trước và sau phẫu thuật

Phân loại nghe kém trước và sau phẫu thuật có rất ít thay đổi. Nghiên cứu chỉ loại trừ những trường hợp nghe kém tiếp nhận nặng tuy nhiên cũng không gặp trường hợp nào nghe kém tiếp

nhận nhẹ và vừa trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật cũng không có trường hợp nào bị nghe kém tiếp nhận. Nhìn vào biểu đồ 2 ta thấy sau phẫu thuật có tăng lên 2 trường hợp nghe kém dẫn truyền và giảm đi 2 trường hợp nghe kém hỗn hợp. Những trường hợp chuyển từ nghe

kém hỗn hợp lên dẫn truyền nhờ ngưỡng nghe đường xương được cải thiện. Bên cạnh đó, có 2 trường hợp chuyển từ nghe kém dẫn truyền sang nghe kém hỗn hợp do ngưỡng nghe đường xương giảm từ 15 dB xuống 25 dB và từ 11,25 dB xuống 20 dB.

Bảng 1: Biến đổi ngưỡng nghe đường xương trước và sau phẫu thuật

Đường xương (dB)	0,5kHz	1kHz	2kHz	4kHz	TB
Trước PT	19,4±12,5	18,3±13,0	17,0±11,6	16,3±12,7	17,6±10,4
Sau PT	18,5±11,4	15,7±10,3	17,5±9,4	17,8±11,3	17,3±8,5
Hiệu số	0,9±13,0	2,59±13,6	-0,55±11,1	-1,53±9,1	0,32±9,1

Trung bình ngưỡng nghe đường xương trước và sau phẫu thuật gần tương đương nhau, sau phẫu thuật ở ngưỡng 17,3±8,5 dB và chỉ tốt lên khoảng 0,32±9,1 dB (sự cải thiện này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$). Có sự cải thiện nhẹ ở tần số 0,5 Hz (0,9±13,0 dB) và 1 kHz (2,59±13,6 dB), giảm nhẹ ở 2 kHz và 4 kHz.

Bảng 2: Biến đổi PTA trước và sau phẫu thuật

PTA đường khí (dB)	0,5kHz	1kHz	2kHz	4kHz	TB
Trước PT	53,5±13,1	52,7±13,4	40,3±14,6	50,7±16,5	49,3±12,7
Sau PT	51,4±13,8	51,2±15,6	40,1±17,0	52,0±20,6	48,7±14,7
Hiệu số	2,03±13,8	1,48±13,3	0,18±16,2	-1,29±15,1	0,6±11,8

Trung bình PTA (ngưỡng nghe đường khí) trước và sau phẫu thuật gần như không có sự thay đổi, chỉ tốt lên 0,6±11,8 dB và PTA sau phẫu thuật là 48,7±14,7 dB. Sự cải thiện được ghi nhận nhiều nhất ở tần số 0,5 kHz với sắp xỉ 2 dB và ít dần ở 1 kHz và 2 kHz. Tần số 4 kHz có

PTA sau phẫu thuật kém hơn trước phẫu thuật 1,29±15,1 dB. Những sự biến đổi trước và sau phẫu thuật là không có ý nghĩa thống kê. Cả trước và sau phẫu thuật thì PTA ở tần số 2 kHz đều ở ngưỡng 40 dB, tốt hơn những tần số còn lại khoảng 10 dB.

Bảng 3. Biến đổi ABG (khoảng cách giữa đường khí và đường xương) trước và sau phẫu thuật

ABG	0,5kHz	1kHz	2kHz	4kHz	TB
Trước PT	35,0±13,2	36,9±11,0	22,7±10,8	33,5±16,9	32,0±10,4
Sau PT	32,0±14,0	32,9±14,0	23,1±10,4	36,3±18,4	31,1±11,0
Hiệu số	2,96±15,7	3,46±15,0	-0,37±13,0	-2,7±16,7	0,9±10,9

Giá trị ABG sau phẫu thuật đạt 31,1±11,0 dB, tương đương trước phẫu thuật và chỉ cải thiện 0,9±10,9 dB, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với giá trị $p>0,05$. ABG nhỏ nhất ở tần số 2 kHz (23,1±10,4 dB), lớn nhất ở 4 kHz (36,3±18,4 dB). Sau phẫu thuật, ABG ở các tần số 0,5 kHz và 1 kHz có cải thiện khoảng 3 dB, ở tần số 2 kHz kém đi không đáng kể (0,4 dB) nhưng ở tần số 4 kHz bị kém đi 2,7 dB.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mặc dù ngày nay được chẩn đoán cũng như điều trị sớm hơn và phương tiện phẫu thuật hiện đại hơn nhưng vẫn không tránh khỏi những trường hợp buộc phải thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm. Trong 15 năm trở lại đây, hầu hết các trường hợp tiết căn xương chũm đều được chúng tôi tạo hình tai giữa type I, II, III nghĩa là có bảo tồn hoặc tạo hình chuỗi xương con tuy nhiên vẫn có một số ít trường hợp do đặc điểm bệnh tích mà không thể

áp dụng được những kỹ thuật trên nên buộc phải thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm kinh điển (có hoặc không bít lỗ vòi nhĩ) hoặc tạo hình tai giữa type IV. Số trường hợp được thực hiện tạo hình tai giữa type IV ngày càng nhiều hơn so với tiết căn xương chũm kinh điển. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 27 người bệnh từ 8 đến 63 tuổi với độ tuổi trung bình là 42,3±14,7 tuổi, phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi lao động nên việc bảo tồn và duy trì sức nghe là nhu cầu cấp thiết (biểu đồ 1).

Tất cả 27 tai phẫu thuật đều có kết quả giải phẫu bệnh là cholesteatoma mặc dù trước phẫu thuật có cả trường hợp được chẩn đoán xẹp nhĩ khu trú độ 4. Tổn thương màng nhĩ có thể nằm ở màng chũm hoặc màng căng hoặc ở cả 2 phần. Có đến 29,6% màng chũm bình thường nhưng 70,4% còn lại đều thể hiện tổn thương nguy hiểm (cholesteatoma, polyp, túi co kéo). Tổn thương màng căng đa dạng, một nửa số trường hợp có lỗ thủng, hơn 1/3 số trường hợp màng nhĩ xẹp và chỉ có 3 trường hợp màng căng

bình thường.

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật điều trị cholesteatoma càng dài càng có giá trị trong việc đánh giá nguy cơ tái phát và khả năng nghe. Nghiên cứu có thời gian theo dõi trung bình là 22,7 tháng. Tuy nhiên có trường hợp mới theo dõi được 6 tháng, những trường hợp này hốc mổ tốt nhưng vẫn cần theo dõi dài hơn để đánh giá được độ ổn định của sức nghe.

Khi chuyển từ nghe kém hỗn hợp trước phẫu thuật về nghe kém dẫn truyền sau phẫu thuật nghĩa là ngưỡng nghe đường xương tốt lên và đồng nghĩa với khả năng tiếp nhận âm thanh của cơ quan corti được cải thiện (Biểu đồ 2). Hiện tượng này có thể gặp ở phẫu thuật điều trị cholesteatoma hoặc xẹp nhĩ khi đã giải phóng được áp lực mà tổn thương ép lên vùng cửa sổ bầu dục và/ hoặc cửa sổ tròn. Phẫu thuật bóc tách cholesteatoma và túi co kéo ở đế xương bàn đạp, cửa sổ tròn, vị trí hờ ống bán khuyên (thường gặp ở ống bán khuyên ngoài), có thể gây tổn thương tai trong làm ngưỡng nghe đường xương kém đi. Tuy nhiên 2 bệnh nhân chuyển từ nghe kém dẫn truyền sang hỗn hợp ở nghiên cứu này đều chỉ giảm nhẹ ngưỡng nghe đường xương chứng tỏ tổn thương tai trong nếu có liên quan đến phẫu thuật là rất nhẹ.

Ngưỡng nghe đường xương còn được gọi là dự trữ cốt đạo, là công cụ đánh giá tổn thương của tai trong. Tai trong có thể bị tổn thương do bệnh tích cholesteatoma xâm lấn vào hoặc do vi khuẩn lan từ tai giữa qua các vùng cửa sổ hoặc rò ống bán khuyên. Trong phẫu thuật, việc bóc túi co kéo hoặc cholesteatoma ở thành trong hòm nhĩ có thể gây ra tổn thương tai trong ở những vị trí nhạy cảm như xương bàn đạp và cửa sổ bầu dục, cửa sổ tròn, chỗ hờ của ống bán khuyên ngoài hoặc sau vì vậy những phẫu thuật viên kinh nghiệm sẽ cân nhắc có nên bóc tách triệt để bệnh tích cholesteatoma ở những vị trí này hay không^[6]. Nghiên cứu cho thấy ngưỡng nghe đường xương gần như không thay đổi sau phẫu thuật đồng nghĩa với việc chức năng tiếp nhận âm thanh của tai trong vẫn được bảo tồn (Bảng 1).

PTA là trung bình ngưỡng nghe đường khí, trong thính lực đồ đơn âm thì đây cũng là giá trị đo lường khả năng nghe thực sự của người bệnh. Theo Hiệp hội Nghe – Nói và Ngôn ngữ Hoa Kỳ (ASHA), từ 41 – 55 dB là nghe kém mức trung bình nhẹ, như vậy sau phẫu thuật PTA của nhóm bệnh nhân được chỉnh hình tai giữa type IV vẫn duy trì được mức nghe kém trung bình nhẹ như trước phẫu thuật. Cũng theo ASHA, nên đeo máy trợ thính khi nghe kém từ 26 dB trở lên

và khi ngưỡng nghe từ 26 đến 55 dB việc lựa chọn máy trợ thính tương đối dễ.

Khi mất hoàn toàn vai trò dẫn truyền và khuếch đại âm thanh của tai giữa thì khoảng ABG có thể lên tới 60 dB. Trong viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm khi trung bình khoảng ABG trên 40 dB cần nghi ngờ có tổn thương chuỗi xương con, nhưng trong viêm tai giữa nguy hiểm (có cholesteatoma và/ hoặc túi co kéo độ IV) thì trung bình ABG từ 35 dB trở lên có thể đã có tổn thương xương con^[2,3]. Ở nghiên cứu này, toàn bộ 27/27 tai phẫu thuật bị gián đoạn chuỗi xương con trong đó có đến 25/27 trường hợp xương bàn đạp bị mất chỏm và gong chỉ còn lại đế mà giá trị ABG trung bình lại đạt $32,0 \pm 10,4$ dB. Phải chăng tổn thương cholesteatoma hoặc màng căng xẹp tỷ lệ phần còn lại của xương bàn đạp đã góp phần dẫn truyền âm thanh.

Có thể nói ABG sau phẫu thuật là hiệu quả dẫn truyền âm thanh đạt được. Trong nghiên cứu này việc ABG sau phẫu thuật gần như không thay đổi so với trước phẫu thuật chứng tỏ phẫu thuật dường như không có sự cải thiện khả năng dẫn truyền âm thanh của tai giữa. Trên thực tế, phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type IV không thực hiện chỉnh hình chuỗi xương con mà chỉ phục dựng lại một phần màng căng che khoang gong cửa sổ tròn và lỗ vòi. Khoang hòm nhĩ nhỏ giúp đảm bảo sự hoạt động lệch pha của cửa sổ bầu dục và cửa sổ tròn: âm thanh dội vào và ấn đế xương bàn đạp vào trong, đồng thời dịch tai trong dịch chuyển và đẩy phồng màng cửa sổ tròn ra ngoài. Hoạt động lệch pha này chỉ có được khi cửa sổ tròn được che chắn trong khoang kín còn đế xương bàn đạp và cửa sổ bầu dục nằm ngoài khoang này^[5]. Với ABG sau phẫu thuật đạt $31,1 \pm 11,0$ dB chứng tỏ khoang hòm nhĩ nhỏ đã giúp duy trì một phần sinh lý dẫn truyền và khuếch đại âm thanh của tai giữa. Một số nghiên cứu chỉ ra trong phẫu thuật tiết căn xương chũm kinh điển có bít lỗ vòi, khoảng ABG này bị dẫn rộng có thể lên đến 60 dB^[3]. Giá trị ABG tốt lên ở tần số 0,5 kHz và 1 kHz, gần như không thay đổi ở tần số 2 kHz, điều này có lợi cho người bệnh trong giao tiếp. Nhìn vào giá trị ABG kém đi ở tần số 4 kHz chúng tôi cho rằng sau phẫu thuật, bệnh tích được làm sạch và cửa sổ bầu dục chịu tác động trực tiếp của âm thanh, không có vai trò giảm âm của cân cơ bàn đạp nên các tế bào lông vùng này dễ bị tổn thương hơn.

Mặc dù phẫu thuật tiết căn xương chũm có chỉnh hình tai giữa type IV mang lại hiệu quả dẫn truyền âm thanh tốt hơn phẫu thuật tiết căn

xương chũm kinh điển nhưng không phải trường hợp viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma nào cũng có thể áp dụng được phương pháp này. Khi không thể làm sạch được tổn thương cholesteatoma hoặc không thể bóc toàn bộ màng túi co kéo ở vùng lỗ vòi, cửa sổ tròn, hạ nhĩ và phần sau hòm nhĩ thì chỉ nên thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm kinh điển.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type IV trên hốc mỏ tiết căn xương chũm tuy không thực hiện chỉnh hình xương con nhưng vẫn đạt kết quả khả quan về sức nghe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Hồng Châu**, Đánh giá kết quả tạo hình hòm nhĩ nhỏ cho bệnh nhân đã mổ tiết căn xương chũm tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2010, Tập 5- Số 3.
2. **Cao Minh Thành**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm tai giữa mạn tính tổn thương xương con và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
3. **Nguyễn Thị Tố Uyên**, Đánh giá kết quả nội soi tiết căn xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018. Trang 84, 127.
4. **Bruce Proctor MD**, Type 4 tympanoplasty: A Critical review of 122 cases, Otologic. 1964, Vol 79, Feb. 84-89.
5. **Hiroaki Yazama, Tasuku Watanabe, Kazunori Fujiwara and Hiromi Takeuchi**, Factors Affecting Postoperative Hearing Results in Type IV Tympanoplasty: Preliminary, Study of the Influence of External Auditory Canal Packing Material. Yonago Acta Medica. 2020;63(4):313-318 doi: 10.33160/yam.2020.11.014
6. **Lailach S, Zahnert T, Lasurashvili N, Kemper M, Beleites T, Neudert M**, Hearing outcome after sequential cholesteatoma surgery. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Aug; 273(8):2035-46. doi:10.1007/s00405-015-3767-6
7. **Paul Merkus, Pieter Kemp, Fuat Ziyil, Matthew Yung**, Classifications of Mastoid and Middle Ear Surgery: A Scoping Review, J Int Adv Otol. 2018 Aug 3;14(2): 227-232.
8. **Saumil N. Merchant MD, Michael E. Ravicz MS, Jonh J. Rosowski PHD**, Mechanics of type IV tympanoplasty: experimental findings and surgical implications. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1997, 106: 49-60.

TẮC RUỘT NON DO BÃ THỨC ĂN LIÊN QUAN ĐẾN TÚI THỪA MECKEL – BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Trần Đình Thor¹, Đỗ Mạnh Hùng¹,
Nguyễn Hải Nam¹, Chu Minh Phúc¹

TÓM TẮT

Túi thừa Meckel là dị tật bẩm sinh phổ biến của đường tiêu hóa, với các biến chứng đã được biết đến rộng rãi trong y văn. Tắc ruột do bã thức ăn cũng là một bệnh lý phổ biến trong các cấp cứu tiêu hóa, nhưng tắc ruột non do bã thức ăn gây ra bởi túi thừa Meckel là một biến chứng rất hiếm gặp. Bài báo này trình bày một ca lâm sàng hiếm gặp về tắc ruột non do bã thức ăn liên quan đến túi thừa Meckel ở một bệnh nhân, đồng thời cung cấp tổng quan về y văn hiện có về mối liên hệ giữa hai tình trạng này. Chúng tôi mô tả chi tiết quá trình chẩn đoán, điều trị và kết quả của bệnh nhân, cùng với việc thảo luận về các cơ chế có thể gây tắc ruột do bã thức ăn ở những người có túi thừa Meckel. Tổng quan y văn tập trung vào tỷ lệ mắc, các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng và các phương pháp điều trị tắc ruột non do bã thức ăn, đặc biệt khi có liên quan đến các bất thường bẩm sinh như

túi thừa Meckel. Báo cáo ca lâm sàng này và tổng quan y văn nhằm mục đích nâng cao nhận thức về một nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột non và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét túi thừa Meckel như một yếu tố tiềm ẩn trong các trường hợp tắc ruột không rõ nguyên nhân.

Từ khóa: tắc ruột, bã thức ăn, túi thừa Meckel

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO BEZOAR IN MECKEL DIVERTICULUM – A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Meckel diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract, with its complications well-documented in the medical literature. Intestinal obstruction due to a bezoar is also a common condition in gastrointestinal emergencies, but small bowel obstruction caused by a bezoar associated with Meckel's diverticulum is a very rare complication. This article presents a rare clinical case of small bowel obstruction due to a bezoar related to Meckel's diverticulum in a patient, while also providing a literature review on the association between these two conditions. We detail the patient's diagnostic process, treatment, and outcomes, along with a discussion on possible mechanisms by which bezoars

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Chu Minh Phúc

Email: chuchminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025