

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TIẾT CẢN XƯƠNG CHŨM CÓ LÓT HỖ MỖ BẰNG CÂN CƠ THÁI DƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠN CÓ CHOLESTEATOMA

Nguyễn Đức Phú¹, Lê Trần Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tiết cản xương chũm có lót hồ mỡ bằng cân cơ thái dương trong điều trị viêm tai giữa mạn có cholesteatoma.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca, thực hiện tại bệnh viện Tai Mũi Họng từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023. **Kết quả:** Có 82 bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu, bao gồm 24 nam và 58 nữ. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 46,7 tuổi. Tình trạng hồ mỡ chũm sau phẫu thuật 3 tuần ghi nhận tỉ lệ hồ mỡ ướt là 97,6%, hồ mỡ có mô hạt viêm là 93,9%. Sau phẫu thuật 6 tuần, tỉ lệ hồ mỡ ướt là 79,3%, hồ mỡ có mô hạt viêm là 74,4%. Và sau phẫu thuật 3 tháng, tỉ lệ hồ mỡ ướt là 35,4%, hồ mỡ có mô hạt viêm là 32,9%. 100% trường hợp không ghi nhận sót hay tái phát cholesteatoma. **Kết luận:** Lót hồ mỡ chũm bằng cân cơ thái dương là một kỹ thuật đơn giản mà vẫn có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự lành vết thương của hồ mỡ chũm một cách nhanh chóng, giúp giảm số lần tái khám sau mổ, góp phần gia tăng chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Tiết cản xương chũm, lót hồ mỡ chũm bằng cân cơ thái dương.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF CANAL WALL DOWN MASTOIDECTOMY WITH PLACEMENT OF THE TEMPORAL FASCIA TO LINE THE MASTOIDECTOMY CAVITY IN TREATMENT OF CHRONIC OTITIS MEDIA WITH CHOLESTEATOMA

Objectives: To evaluate the results of canal wall down mastoidectomy with placement of the temporal fascia to line the mastoidectomy cavity in the treatment of chronic otitis media with cholesteatoma.

Methods: A case series study conducted at the ENT Hospital from April 2022 to April 2023. **Results:** A total of 82 patients were included in this study, consisting of 24 males and 58 females. The average age was 46.7 years. The condition of the mastoidectomy cavity three weeks after surgery showed that 97.6% of the cavities were wet, and 93.9% had granulation tissue. Six weeks after surgery, 79.3% of cavities were still wet, and 74.4% had granulation tissue. Three months after surgery, 35.4% of cavities remained wet, and 32.9% had granulation tissue. There were no cases of residual or recurrent

cholesteatoma in any patient. **Conclusions:** Covering the mastoidectomy cavity with temporal fascia is a simple technique that still facilitates a rapid healing process, reduces the number of follow-up visits after surgery, and improves the patient's quality of life.

Keywords: Canal wall down mastoidectomy, placement of the temporal fascia to line the mastoidectomy cavity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm mạn tính của niêm mạc tai giữa, đặc trưng bởi lỗ thủng trên màng nhĩ và chảy dịch tai kéo dài trên 12 tuần. Trong đó, viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma là một loại viêm tai giữa nguy hiểm; với đặc tính tiến triển, ăn mòn chuôi xương con khi tổn thương còn khu trú ở hòm nhĩ, sau đó bệnh tích có thể lan rộng và phá hủy các cấu trúc xung quanh, gây ra các biến chứng nặng nề [1, 2].

Mục tiêu phẫu thuật trong viêm tai giữa mạn tính là lấy sạch bệnh tích và cố gắng phục hồi giải phẫu chức năng nhiều nhất có thể [3]. Phẫu thuật xương chũm có thể được chia thành các kỹ thuật khác nhau tùy thuộc vào việc thành sau ống tai ngoài có được bảo tồn hay không. Mặc dù phẫu thuật viên luôn cố gắng để giữ lại thành sau ống tai ngoài nhưng đôi khi phẫu thuật hạ tường vẫn phải được tiến hành để lấy sạch bệnh tích, dẫn đến việc bộc lộ bề mặt hồ mỡ chũm với diện tích lớn hơn đáng kể so với diện tích ống tai ngoài ban đầu. Bên cạnh những ưu điểm chính như bộc lộ rộng giúp lấy sạch bệnh tích và thuận lợi để theo dõi sau mổ thì phẫu thuật tiết cản xương chũm cũng có các nhược điểm như khiếm khuyết về thẩm mỹ do chỉnh hình rộng ống tai, yêu cầu phải thường xuyên làm sạch cũng như tránh nước. Sau phẫu thuật tiết cản xương chũm, trong phần lớn trường hợp, phẫu thuật viên sẽ lót hồ mỡ bằng cân cơ thái dương để hỗ trợ cho quá trình biểu bì hóa hồ mỡ. Tuy nhiên, cân cơ thái dương thường không thể đủ lớn để có thể che phủ hết cả hòm nhĩ và hồ chũm, nên các vùng hồ mỡ không được che phủ có thể làm cản trở sự lành thương, dẫn đến chảy tai kéo dài hơn, dẫn đến việc phải theo dõi kỹ lưỡng sau phẫu thuật để đảm bảo quá trình hồi phục thành công.

Tại Việt Nam, phương pháp phẫu thuật tiết cản xương chũm có lót hồ mỡ bằng cân cơ thái dương trong điều trị viêm tai giữa mạn có

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Phú

Email: ducphutmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025

cholesteatoma ngày càng được quan tâm, tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này còn khá hạn chế. Vì vậy, để giúp cho các bác sĩ chuyên ngành có cái nhìn khái quát về phương pháp phẫu thuật này, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tiết căn xương chũm có lót hố mỡ bằng cân cơ thái dương trong điều trị viêm tai giữa mạn có cholesteatoma.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả hàng loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma tại bệnh viện Tai Mũi Họng TPHCM từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- BN ≥ 16 tuổi được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma
- BN được phẫu thuật tiết căn xương chũm có lót hố mỡ bằng cân cơ thái dương
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN từ bỏ theo dõi sau phẫu thuật

2.5. Phương pháp nghiên cứu

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: hỏi bệnh sử, khám và nội soi tai, đo thính lực đồ, chụp CT scan xương thái dương, xét nghiệm tiền phẫu.

- Kỹ thuật phẫu thuật:

+ Bước 1: Rạch da sau tai, lấy cân cơ thái dương rộng.

+ Bước 2: Bóc tách da thành sau ống tai ngoài, lấy bệnh tích hòm nhĩ

+ Bước 3: Mổ sào bào, thượng nhĩ, bộc lộ mẫu ngăn xương đe.

+ Bước 4: Hạ tường, chặt cầu, lấy hết bệnh tích, gỡ sạch mô viêm và cholesteatoma. Gỡ xương búa, xương đe, kiểm tra độ di động của xương bàn đạp.

+ Bước 5: Lót hố mỡ bằng cân cơ thái dương. Cân cơ thái dương được lấy đủ rộng sao cho cân cơ che phủ hết hòm nhĩ, vắt ngang qua tường dây VII và trải được đến sào bào.

+ Bước 6: Chỉnh hình ống tai ngoài. Đặt meche hố mỡ chũm. Khâu da, băng ép.

- Chăm sóc hậu phẫu: Bệnh nhân sẽ được dùng kháng sinh và kháng viêm trong 5 ngày. Trước khi xuất viện, bệnh nhân sẽ được cắt chỉ vết mổ, rút meche tai.

- Theo dõi tiếp tục sau xuất viện: Đánh giá tình trạng hố mỡ sau phẫu thuật tại các thời điểm 3 tuần, 6 tuần và 3 tháng qua nội soi tai phối hợp với sử dụng kính hiển vi.

- Kết quả đánh giá sau phẫu thuật: tình trạng hố mỡ được thu thập lại vào bảng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 04/2022 đến tháng 04/2023, chúng tôi đã thu thập được 82 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Phân bố giới tính

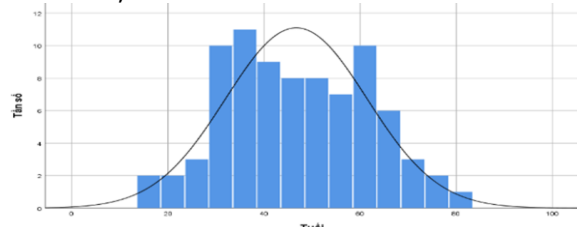
- Có 24 nam (chiếm tỉ lệ 29,3%), 58 nữ (chiếm tỉ lệ 70,7%). Tỉ lệ nữ / nam = 2,42/ 1.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$ – kiểm định tỉ lệ nhị phân).

3.1.2. Tuổi của bệnh nhân

- Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, lớn tuổi nhất là 81 tuổi.

- Độ tuổi trung bình: 46,72 tuổi. Độ lệch chuẩn: 14,74



Biểu đồ 3.1: Biểu đồ Histogram phân bố tuổi của mẫu

3.1.3. Phân bố độ tuổi

- Có 61 bệnh nhân < 60 tuổi (chiếm 74%) và 21 bệnh nhân ≥ 60 tuổi (chiếm 26%).

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tuổi bằng phép kiểm tỉ lệ nhị phân ($p < 0,0001$)

3.1.4. Phân bố địa lý

- 27 Bệnh nhân sinh sống ở TP.HCM, chiếm 33%.

- 55 Bệnh nhân sinh sống ở tỉnh, chiếm 67%.

3.2. Phân bố tai phẫu thuật

- Tai phẫu thuật bên phải chiếm tỉ lệ 51%, tương ứng 42 trường hợp.

- Tai phẫu thuật bên trái chiếm tỉ lệ 49%, tương ứng 40 trường hợp.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

3.3.1. Kết quả hố mỡ sau 3 tuần

Bảng 3.1: Bảng tình trạng hố mỡ sau 3 tuần

Tình trạng hố mỡ	Tần số	Tỉ lệ
Khô	2	2,4%
Ướt	80	97,6%
Mô hạt viêm	77	93,9%
Cholesteatoma	0	0%

Nhận xét: - Tỉ lệ hố mỡ khô chiếm 2,4%, tỉ lệ hố mỡ ướt chiếm 97,6%

- Tỉ lệ hố mỡ có mô hạt viêm chiếm 93,9%, tương ứng 77 trường hợp

- Không có trường hợp nào ghi nhận cholesteatoma tái phát hoặc còn sót.

3.3.2. Kết quả hồ mố sau 6 tuần**Bảng 3.2: Bảng tình trạng hồ mố sau 6 tuần**

Tình trạng hồ mố	Tần số	Tỉ lệ
Khô	17	20,7%
Ướt	65	79,3%
Mô hạt viêm	61	74,4%
Cholesteatoma	0	0%

Nhận xét: - Tỉ lệ hồ mố khô chiếm 20,7%, tỉ lệ hồ mố ướt chiếm 79,3%.

- Tỉ lệ hồ mố có mô hạt viêm sau 6 tuần chiếm 74,7%, tương ứng 61 trường hợp

- Không có trường hợp nào ghi nhận cholesteatoma tái phát hoặc còn sót.

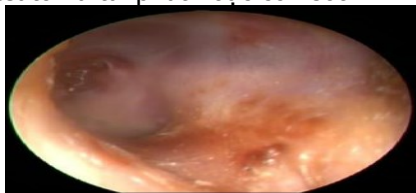
3.3.3. Kết quả hồ mố sau 3 tháng**Bảng 3.3: Bảng tình trạng hồ mố sau 3 tháng**

Tình trạng hồ mố	Tần số	Tỉ lệ
Khô	53	64,6%
Ướt	29	35,4%
Mô hạt viêm	27	32,9%
Cholesteatoma	0	0%

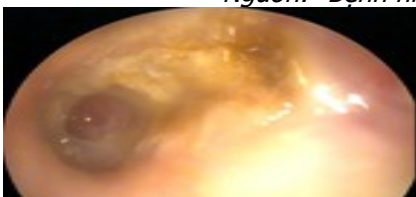
Nhận xét: - Tỉ lệ hồ mố khô chiếm 64,6%, tỉ lệ hồ mố ướt chiếm 35,4%.

- Tỉ lệ hồ mố có mô hạt viêm sau 3 tháng chiếm 32,9 %, tương ứng 27 trường hợp

- Không có trường hợp nào ghi nhận cholesteatoma tái phát hoặc còn sót.

**Hình 3.1: Hồ mố khô (tai Trái)**

Nguồn: "Bệnh nhân 07"

**Hình 3.2: Hồ mố chảy dịch (tai Trái)**

Nguồn: "Bệnh nhân 21"

**Hình 3.3: Hồ mố chảy dịch và mô hạt viêm (tai Phải)**

Nguồn: "Bệnh nhân 20"

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.**

Về tuổi, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 46,72 tuổi với độ lệch chuẩn là 14,74 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi và lớn tuổi nhất là 81 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thịnh (44 tuổi)[4]. Viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma có thể gặp ở bất kỳ mọi lứa tuổi, đặc biệt là ở lứa tuổi trung niên.

Về phân bố địa lý, bệnh nhân sinh sống ở tỉnh chiếm tỉ lệ gấp đôi so với ở thành phố với tỉ lệ lần lượt là 67% và 33%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Goyal [5] được thực hiện ở nước đang phát triển. Phần lớn bệnh nhân sống ở tỉnh, từ đó có thể cho thấy sự hạn chế nhất định trong việc tiếp cận bệnh viện chuyên khoa sâu về Tai ảnh hưởng đến việc chẩn đoán cũng như điều trị sớm viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma cũng như ý thức của người bệnh. Nhằm nâng cao tỉ lệ người bệnh có ý thức về mức độ nghiêm trọng của viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma từ đó tăng tỉ lệ người bệnh đi khám khi mới có triệu chứng, địa phương nên có thêm những hoạt động tuyên truyền và giáo dục tích cực những dấu hiệu nghi ngờ bệnh lý về tai cần thăm khám sớm như chảy dịch tai mùi hôi dai dẳng, nghe kém, ù tai, chóng mặt, liệt mặt; đặc biệt khi có từ 2 triệu chứng trở lên.

Về giới tính, trong 82 bệnh nhân có 24 nam và 58 nữ; chiếm tỷ lệ tương ứng là 29,3% và 70,7%. Số bệnh nhân nam ít hơn nữ; tỉ lệ nữ/nam là 2,42/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thịnh [4] và Nguyễn Hoàng Huy [6]. Tỉ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam có thể được giải thích bởi nữ giới thường lo lắng và quan tâm tới tình trạng sức khỏe nhiều hơn nam giới. Sự khác biệt về tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.2. Đặc điểm tình trạng hồ mố sau phẫu thuật tiết căn xương chũm có lót hồ mố bằng cân cơ thái dương.

Viêm tai giữa mạn tính có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm, đặc biệt khi bệnh tích có liên quan đến thượng nhĩ và xương chũm. Khi bệnh diễn tiến nặng thì có thể xảy ra các quá trình hủy xương gây ra do cholesteatoma, mô hạt viêm hoặc viêm xương. Viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma chỉ có thể được giải quyết bằng cách phẫu thuật lấy sạch cholesteatoma và phẫu thuật xương chũm là phương pháp thường được áp dụng. Phẫu thuật xương chũm có thể được chia thành 2 nhóm là "giữ nguyên thành sau ống tai ngoài" và "hạ thấp thành sau ống tai ngoài". Phẫu thuật tiết căn xương chũm là một lựa chọn để điều trị

bệnh lý này và có tỉ lệ thành công tương đối cao, ít tái phát hơn so với loại phẫu thuật xương chũm bảo tồn thành sau ống tai ngoài. Nhiều trường hợp bệnh nhân ít khi tuân thủ tái khám đầy đủ theo lịch hẹn sau mổ, vì vậy tiết căn xương chũm có thể là một giải pháp an toàn hơn là cố gắng giữ nguyên thành sau ống tai ngoài nhưng dễ bị tái phát và không có sự điều trị kịp thời nếu không tái khám đầy đủ. Với những trường hợp viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma lan rộng hoặc ở những vùng khó kiểm soát thì phẫu thuật xương chũm có hạ thấp thành sau ống tai ngoài có ưu điểm hơn phẫu thuật xương chũm giữ nguyên thành sau ống tai ngoài trong việc kiểm soát và lấy sạch bệnh tích nhưng sẽ có những vấn đề về hố mổ sau phẫu thuật.

Tình trạng hố mổ chảy dịch là một trong những nhược điểm của phẫu thuật tiết căn xương chũm, cũng là triệu chứng mà bệnh nhân hay than phiền khi tái khám. Hố mổ tiết dịch, mô hạt viêm, ráy tai ứ đọng là các dấu hiệu thường gặp trong quá trình theo dõi sau mổ. Sau phẫu thuật, bệnh nhân thường gặp vấn đề về ứ đọng dịch tiết trong hố mổ chũm. Điều này có thể là do sự thay đổi về di cư biểu mô, ảnh hưởng đến đặc tính tự làm sạch của tai.[7]

Di cư biểu bì là một hiện tượng có thể quan sát được ở tất cả các tai bình thường với màng nhĩ còn nguyên vẹn. Di cư biểu mô có hướng ly tâm xuất phát từ rốn nhĩ. Tốc độ di cư biểu mô được xác định dao động từ 0,03 đến 0,16mm/ngày, trung bình 0,05-0,07mm/ngày[8]. Nghiên cứu của tác giả C.A.Ong và cs [7] đã cho thấy sự di cư biểu mô có diễn ra trong các hố mổ chũm hở. Quá trình di cư này bắt đầu trung bình vào thời điểm 3,05 tuần (trung bình) theo tác giả C.A.Ong. Hiện tượng di cư biểu mô ở hố mổ chũm hở cũng theo hướng ly tâm ra khỏi trung tâm hố mổ (về phía ngoài). Tốc độ di cư trung bình là 0,10 mm/ngày. Với tốc độ di cư biểu mô khoảng 0,10mm/ ngày, nhanh hơn một chút so với tốc độ di cư trung bình 0,05-0,07 mm/ngày ở tai bình thường, điều này gợi ý rằng di cư biểu mô có thể không có vai trò quan trọng lắm trong việc ngăn ngừa ứ đọng ráy tai trong các hố mổ chũm hở.

Một lí do khả dĩ khác có thể là do di cư biểu ở các phần khác của hố mổ, nơi mà chúng không di chuyển ra phía ngoài, làm cho ráy tai bị ứ đọng. Các tác nhân khác có thể ảnh hưởng đến di cư biểu mô ở hố mổ chũm bao gồm bề mặt của hố mổ và sự có mặt của các chất tiết hoặc nhiễm trùng. Một hố mổ có bề mặt trơn láng có thể đẩy nhanh quá trình di cư biểu mô hơn so với bề mặt gồ ghề. Hố mổ có bề mặt gồ ghề, gờ sắc nhọn, và các hốc có thể gây ra ứ đọng các

chất tiết và từ đó làm chậm đi quá trình di cư biểu mô. Nhiễm trùng cũng gây ra sự biến đổi của bề mặt biểu mô. Các vi sinh vật và hiện tượng viêm có thể cản trở hoặc chấm dứt quá trình di cư biểu mô.[7]

Thời gian cần để biểu bì hóa hoàn toàn hố mổ thường rơi vào khoảng 6 đến 12 tuần, tùy vào một số yếu tố. Hố mổ chũm càng lành nhanh thì càng ít gặp phải tình trạng chảy tai kéo dài. Vì vậy, nhiều kĩ thuật đã được áp dụng để giúp đẩy nhanh quá trình biểu bì hóa của hố mổ chũm. Một giải pháp giúp cho ống tai được khô ráo, dẫn lưu tốt đó là lấp hố mổ chũm bằng cách sử dụng các chất liệu như bột xương, mỡ, sụn, màng sụn, hydroxyapatite hoặc silicon, hoặc sử dụng vật cơ tại chỗ. Tất cả các phương pháp trên đều có chung một mục đích đó là giảm kích thước hố mổ và đẩy nhanh quá trình biểu bì hóa. Vật mô mềm là một kỹ thuật phức tạp và đôi khi không đủ để che phủ toàn bộ hố mổ chũm[9]. Tuy nhiên, do tốc độ biểu bì hóa trên các loại vật thì nhanh hơn trên xương nên các kỹ thuật dùng vật đã và đang được sử dụng để thúc đẩy quá trình biểu bì hóa của hố mổ chũm, nhằm thu ngắn đi thời gian cần cho quá trình lành thương. Lee và cs[10] đã sử dụng vật cân cơ sâu-màng xương, một biến thể của vật màng xương-màng so. Lee cho rằng kĩ thuật của họ tránh được các biến chứng không mong muốn bao gồm chảy máu, dập cơ, và đau đầu thái dương sau mổ. Họ cũng chỉ ra rằng nếu lớp cân cơ nông không thể tách biệt khỏi lớp sâu thì không thể sử dụng được vật cân cơ sâu-màng xương. Kim và cs [9] mô tả một kỹ thuật mới giúp tránh các vấn đề về hố mổ sau phẫu thuật tiết căn xương chũm, trong đó vật cơ-màng xương có cuống ở phía trước được sử dụng. Họ báo cáo rằng thời gian biểu bì hóa hoàn toàn là $11,1 \pm 4,6$ tuần, và 90% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có hố mổ khô và dẫn lưu tốt trong vòng 16 tuần. Họ cho rằng hố mổ chũm quá lớn là hạn chế của kĩ thuật này vì các biến chứng như đau đầu thái dương sau mổ và biến dạng vành tai là không thể tránh khỏi.

Tất cả các kĩ thuật trên đều có một mục tiêu đó là rút ngắn thời gian cần để biểu bì hóa hoàn toàn hố mổ. Thời gian lành thương nhanh hơn dẫn đến giảm số lần tái khám sau mổ và gia tăng chất lượng cuộc sống cũng như giảm bớt đi gánh nặng về tiền bạc cho bệnh nhân. Tuy nhiên, tất cả các phương pháp này lại đặt gánh nặng lên cho phẫu thuật viên về mặt thời gian và nguy cơ gặp thêm các biến chứng phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật tiết căn xương chũm có lót hố mổ bằng cân cơ thái dương, một

kỹ thuật đơn giản và tiết kiệm thời gian hơn mà vẫn có thể tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình biểu bì hóa hố mỡ.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được lột cân cơ xương thái dương lên hố mỡ chũm và hòm nhĩ nhằm tái tạo lại sinh lý bình thường của biểu bì. Một trong các bước thực hiện không kém phần quan trọng trong phẫu thuật tiết căn xương chũm là chỉnh hình cửa tai. Cửa tai được chỉnh hình rộng, tạo điều kiện cho dịch tiết sau mổ dẫn lưu cũng như thuận lợi cho các bác sĩ vệ sinh hố mỡ sau phẫu thuật. Gần như tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều không có biến chứng về chỉnh hình cửa tai, ngoại trừ 1 trường hợp có hẹp cửa tai sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hố mỡ khô tại thời điểm 3 tuần sau mổ là 2,4%, tại thời điểm 6 tuần sau mổ là 20,7% và tại thời điểm 3 tháng sau mổ là 64,6%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu tại thời điểm 3 tuần, 6 tuần và 3 tháng không ghi nhận hình ảnh nghi ngờ cholesteatoma còn sót hay tái phát. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Huy[6] với tỉ lệ hố mỡ khô là 67,2% tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng. Kết quả của chúng tôi có phần thấp hơn kết quả của các tác giả nước ngoài với tỉ lệ lành hố mỡ lên tới 94,87% trong nghiên cứu của Goyal[5]. Sự khác biệt này có thể do thời gian theo dõi sau mổ của các tác giả khác dài hơn.

Bảng 4.1: Bảng tỉ lệ lành hố mỡ

	Tỉ lệ lành hố mỡ
Chúng tôi	64,6%
Nguyễn Hoàng Huy	67,2%
Goyal	94,87%

Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy còn 35,4% trường hợp hố mỡ vẫn còn chảy dịch, hố mỡ chưa được biểu bì hóa hoàn toàn và vẫn còn nhiều mô hạt viêm. Điều này cho thấy vai trò của việc vệ sinh hố mỡ thường xuyên cũng như kiểm soát mô hạt viêm bằng thuốc nhỏ tai góp phần làm lành hố mỡ. Dựa trên sự quan sát các vấn đề về hố mỡ sau phẫu thuật tiết căn xương chũm, phẫu thuật viên cần lưu ý một số điểm quan trọng trong phẫu thuật tiết căn xương chũm, ví dụ như hạ tường đủ thấp, khoan mở rộng hết các thông bào chũm, và chỉnh hình ống tai đủ rộng cũng như chăm sóc hố mỡ sau phẫu thuật đầy đủ. Tất cả các bước phẫu thuật này là cần thiết để giúp quá trình biểu mô hóa diễn ra hoàn toàn và nhanh chóng, tránh các biến chứng liên quan đến hố mỡ. Theo dõi dài hạn sau mổ là rất quan trọng, tuy nhiên điều này lại thường gặp khó khăn,

bệnh nhân thường mất dấu sau mổ. Bệnh nhân sau phẫu thuật tiết căn xương chũm cần phải tái khám thường xuyên và lệ thuộc vào bác sĩ. Bệnh nhân không tuân thủ tái khám sau mổ thì lại dễ gặp các vấn đề về hố mỡ sau phẫu thuật. Vì vậy, theo dõi đầy đủ sau mổ vẫn rất quan trọng để giúp giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật và đạt được kết cục tốt hơn.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi đó là không có nhóm chứng để so sánh, cỡ mẫu nhỏ. Thời gian theo dõi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 3 tháng, ngắn hơn nhiều so với các nghiên cứu của các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Lột hố mỡ chũm bằng cân cơ thái dương là một kỹ thuật đơn giản mà vẫn có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự lành vết thương của hố mỡ chũm một cách nhanh chóng, giúp giảm số lần tái khám sau mổ, góp phần gia tăng chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dhingra D, Dhingra P, Dhingra S.** Diseases of Ear, Nose and Throat & Head and Neck Surgery, 6th edn: Elsevier; 2014.
2. **Haidar H, Magnan J, Mansour S, Nicolas K.** Middle Ear Diseases - Advances in Diagnosis and Management: Springer Nature; 2018.
3. **Kuo CY, Huang BR, Chen HC, Shih CP, Chang WK, Tsai YL, Lin YY, Tsai WC, Wang CH.** Surgical results of retrograde mastoidectomy with primary reconstruction of the ear canal and mastoid cavity. BioMed research international 2015;517035.
4. **Trần Thịnh, Trần Việt Luận, Lê Trần Quang Minh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật khoét rỗng đá chũm tường thấp có chỉnh hình tai giữa trong điều trị viêm tai giữa mạn có cholesteatoma. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2019;125-131.
5. **Goyal R, Mourya A, Qureshi S, Sharma S.** Modified Radical Mastoidectomy with Type III Tympanoplasty: Revisited. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2016, 68(1):52-55.
6. **Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Tấn Phong.** Đánh giá kết quả chỉnh hình màng nhĩ xương con đồng thời với phẫu thuật khoét chũm tiết căn. Luận án Tiến sĩ Y học 2018.
7. **Ong CA, Prepageran N, Godbole S, Raman R.** Epithelial migration in open mastoidectomy cavities. Asian journal of surgery 2007, 30(1):57-59.
8. **Makino K, Amatsu M.** Epithelial migration on the tympanic membrane and external canal. Archives of oto-rhino-laryngology 1986, 243(1):39-42.
9. **Kim CW, Oh JI, Choi KY, Park SM, Park MI.** A technique for concurrent procedure of mastoid obliteration and meatoplasty after canal wall down mastoidectomy. Auris, nasus, larynx 2012, 39(6):557-561.
10. **Lee DH, Jun BC, Jung SH, Song CE.** Deep temporal fascial-periosteal flap for canal wall down mastoidectomy. The Laryngoscope 2006, 116(12):2229-2231.