

trung bình là 5,3 năm. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa trước can thiệp trong đó 3 bệnh nhân đã từng tiêm phong bế dây V bằng cồn tuyệt đối. Về đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu, chủ yếu đau mặt bên phải với 20/37 trường hợp, vị trí đau gặp phổ biến nhất là vùng V2 (chiếm 36,8%) và V3 (chiếm 31,6%), tính chất đau điển hình gặp trong 47,4% trường hợp. Đặc điểm này phù hợp với sự phổ biến của các vị trí đau trong các nghiên cứu dịch tễ lớn: 44% nhánh V2, 35% nhánh V3, 19% nhánh V1. Yếu tố kích hoạt đau dây thần kinh V được báo cáo trong nghiên cứu của Harris thường gặp nhất là yếu tố cơ học⁷.

V. KẾT LUẬN

Thông qua nghiên cứu ở 38 trường hợp đau dây thần kinh V được chẩn đoán xác định đau dây thần kinh V nguyên phát theo tiêu chuẩn của phiên bản Beta của Phân loại chuẩn quốc tế về các rối loạn đau đầu xuất bản lần 3 (ICHD-3 beta)³ được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não để loại trừ các tổn thương vùng hố sau và xung đột mạch máu thần kinh, bệnh nhân có chỉ định tiêm phong bế dây V bằng cồn tuyệt đối tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: độ tuổi trung bình của đau dây thần kinh V là 72 tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Biểu hiện lâm sàng chính của đau dây

thần kinh V là đau kiểu điển hình, đau thành cơn thường ngắn dưới 2 phút, kiểu đau như dao đâm, dao cắt, vị trí đau phổ biến là bên phải và khu vực phân bố của nhánh V2 và V3, yếu tố kích hoạt thường gặp nhất là yếu tố cơ học.

Cuối cùng, tiêm phong bế thần kinh V bằng cồn tuyệt đối liều thấp (0,3ml) là phương pháp điều trị nhằm giảm đau nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân đau dây thần kinh V nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacob E.** Medifocus Guidebook on: Trigeminal Neuralgia. Medifocus.com Inc; 2011.
2. **Society HCSotIH.** The international classification of headache disorders. cephalalgia. 2004;24(1):9-160.
3. **Olesen J, Bes A, Kunkel R, et al.** The international classification of headache disorders, (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
4. **Cole CD, Liu JK, Apfelbaum RI.** Historical perspectives on the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia. Neurosurgical focus. 2005;18(5):1-10.
5. **Al-Quliti KW.** Update on neuropathic pain treatment for trigeminal neuralgia: The pharmacological and surgical options. Neurosciences Journal. 2015;20(2):107-114.
6. **Bendtsen L, Zakrzewska J, Abbott Ja, et al.** European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. European journal of neurology. 2019;26(6):831-849.
7. **Harris W.** An analysis of 1,433 cases of paroxysmal trigeminal neuralgia (trigeminal-tic) and the end-results of gasserian alcohol injection. Brain. 1940;63(3):209-224.

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT XƯƠNG CHŨM TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH KHÔNG NGUY HIỂM: MỘT NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN

Nguyễn Thị Hoa Hồng¹, Phạm Trần Anh², Trần Thế Diệu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu vai trò của phẫu thuật xương chũm (simple mastoidectomy) trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm. **Phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan luận điểm. **Kết quả:** 20 bài báo đã được lựa chọn phân tích toàn văn về vai trò thành của phẫu thuật xương chũm (PTXC) khi kết hợp tạo hình tai giữa và quan điểm về PTXC trong điều trị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) không nguy hiểm. Trong đó có 8 nghiên cứu thử

nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) (40%), 10 nghiên cứu hồi cứu (50%), 2 nghiên cứu chũm ca bệnh (10%). Trong 17 nghiên cứu so sánh tỷ lệ liền màng nhĩ của 2 nhóm PTXC kết hợp tạo hình tai giữa và nhóm tạo hình tai giữa đơn thuần có 16 nghiên cứu (94%) có P-value > 0,05. 9 nghiên cứu (45%) có quan điểm ủng hộ PTXC trong điều trị VTGMT có đặc điểm: 1 nghiên cứu RCT phân loại bằng chứng cấp độ 2b, 8 nghiên cứu cấp độ 4. Trong 11 nghiên cứu (55%) không ủng hộ PTXC có 7 nghiên cứu RTC phân loại bằng chứng cấp độ 1b và 4 nghiên cứu cấp độ 4. **Kết luận:** PTXC không giúp tăng hiệu quả của phẫu thuật THPTG trong điều trị VTGMT không nguy hiểm. PTXC có thể có ích trong các trường hợp niêm mạc hòm nhĩ không bình thường, VTGMT nhiễm MRSA, nghi ngờ có tổn thương trong xương chũm. Quyết định PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm cần cần nhắc lợi ích, nguy cơ và chi phí của phẫu thuật.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa Hồng

Email: hoahongent@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022

SUMMARY**THE ROLE OF MASTOIDECTOMY IN TREATMENT OF TUBOTYMPANIC CHRONIC OTITIS MEDIA: A REVIEW**

Objective: Study the role of simple mastoidectomy in treatment of tubotympanic chronic otitis media. **Study design:** Scoping review. **Method:** A systematic search was conducted using the PubMed, Cochrane databases up to June 2022. The literature was screened on mastoidectomy in treatment of tubotympanic chronic otitis media, examining the success of tympanic membrane repair and indication of mastoidectomy. **Result:** Twenty articles were reviewed examining surgical outcomes for patients with tubotympanic chronic otitis media. There was 8 prospective randomized trials (RCT), 10 retrospective studies and 2 case-series. There are 17 studies comparing outcome of tympanomastoidectomy and tympanoplasty alone, in which 94% has P-value > 0,05. 45% of the studies are agree with mastoidectomy indication for chronic otitis media mucosal type, there are 1 RCT with level of evidence grade 2b and 8 study grade 4. 55% of the studies are not agree with mastoidectomy for indication, in which, there are 7 RCTs grade 1b and 4 grade 4 studies. **Conclusion:** Concomitant mastoidectomy for tubotympanic chronic otitis media does improve outcome of tympanoplasty. Mastoidectomy is maybe helpful cases of unhealthy middle ear mucosa, MRSA infected chronic otitis media and hidden formation in the mastoid. Consider risk, cost and value when indicate mastoidectomy for tubotympanic chronic suppurative otitis media.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) được định nghĩa là tình trạng viêm mạn tính của hòm nhĩ và xương chũm kéo dài trên 3 tháng đặc trưng bởi tình trạng chảy mủ tai qua lỗ thủng màng nhĩ, thường dẫn đến giảm sức nghe. Đây là bệnh phổ biến trong chuyên ngành tai mũi họng, gây ra gánh nặng sức khoẻ toàn cầu cho 65-330 triệu người, trong đó có 60% giảm sức nghe rõ rệt¹.

VTGMT không nguy hiểm, tuy ít nguy cơ biến chứng nhưng cũng gây nhiều hệ lụy đến sức khoẻ, sinh hoạt, ảnh hưởng kết quả học tập và làm việc của bệnh nhân¹. VTGMT không nguy hiểm còn được gọi là VTGMT vôi, VTGMT thể niêm mạc.

Điều trị VTGMT không nguy hiểm phẫu thuật tạo hình tai giữa (THTG) có hoặc không kèm theo phẫu thuật xương chũm (PTXC) là một phương pháp điều trị đã được chấp nhận rộng rãi trên thế giới. Tuy nhiên việc chỉ định khoan xương chũm trong khi phẫu thuật THTG thì còn nhiều tranh cãi, nhất là trong thời đại kháng sinh hiện nay, câu hỏi thực hiện PTXH ở VTXC không nguy hiểm thực sự có cần thiết hay không được đặt ra. Bởi vì mặc dù là một phẫu thuật

thông thường trong tai mũi họng nhưng nó cũng tiềm ẩn những rủi ro như: gây các biến chứng liệt mặt, chảy máu, tổn thương ống bán khuyên, màng não, xương con, gây điếc do chấn thương âm..., và kéo dài thời gian phẫu thuật, tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Việc thực hiện PTXC trên bệnh nhân VTGMT không nguy hiểm đã được nghiên cứu, tuy nhiên đây là các nghiên cứu rời rạc, cần có một nghiên cứu tổng quan để tổng hợp các bằng chứng đã có trong y văn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tổng hợp lại các bằng chứng đã có để tìm hiểu PTXC có tác động như thế nào đến kết quả của phẫu thuật THTG ở VTGMT không nguy hiểm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tổng quan luận điểm

Đối tượng nghiên cứu: là tất cả các nghiên cứu (NC) về PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm. Các nghiên cứu đã báo cáo hội nghị hoặc bài báo đã xuất bản bằng tiếng Anh và tiếng Việt.

Nhóm nghiên cứu tiến hành tìm kiếm các báo cáo tiếng Anh trên cơ sở dữ liệu Medline và Cochran kết hợp tìm kiếm các bài báo và luận văn bằng tiếng Việt trên cơ sở dữ liệu của trường đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Huế và trường đại học Y Phạm Ngọc Thạch. Thời gian thực hiện từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, các nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu, chùn ca bệnh, ca lâm sàng về PTXC trên bệnh nhân VTGMT không nguy hiểm.

+ Đánh giá kết quả dựa trên tỷ lệ khô tai và/hoặc tỷ lệ liền màng nhĩ và/hoặc mức độ phục hồi thính lực sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các NC liên quan đến VTGMT nguy hiểm (cholesteatoma, viêm tai dính, xẹp nhĩ), VTGMT không nguy hiểm có tổn thương xương con, nghiên cứu trên bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tai từ trước, phẫu thuật THTG có chỉnh hình xương con (do ảnh hưởng đến so sánh phục hồi thính lực sau phẫu thuật).

+ Các bài báo không tìm được toàn văn.

Nghiên cứu được đánh giá phân loại mức độ tin cậy của bằng chứng dựa trên phân loại của Martin J. Burton được mô tả trong Bảng 1²

Bảng 1. Bảng phân loại mức độ tin cậy

của bằng chứng y học

Cấp độ	Thiết kế nghiên cứu
1a	NC tổng quan của các RCT*
1b	NC RCT đơn lẻ
2a	NC tổng quan của các NC thuần tập
2b	NC thuần tập đơn lẻ, bao gồm NC thuần tập, NC RCT chất lượng thấp
3a	NC tổng quan của các NC bệnh-chứng
3b	NC bệnh-chứng đơn lẻ
3c	Khảo sát
4	Báo cáo nhóm bệnh, NC thuần tập hoặc bệnh-chứng chất lượng kém
5	Ý kiến của chuyên gia
Khác	NC invitro, thực nghiệm trên động

vật, chương sách *RCT: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng
--

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 391 NC được tìm thấy dựa trên chiến lược tìm kiếm vào tháng 6 năm 2022. Sau khi loại bỏ trùng lặp có 381 NC được rà soát tiêu đề và tóm tắt, 60 NC được đáp ứng đủ các điều kiện để nghiên cứu toàn văn. Cuối cùng 20 NC phù hợp được đưa vào nghiên cứu tổng quan. Đặc điểm của 20 bài báo đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu được mô tả trong **Bảng 2**. **Bảng 2** cũng mô tả thiết kế NC, cỡ mẫu, tuổi và thời gian đánh giá sau phẫu thuật của các NC

Bảng 2: Kết quả nghiên cứu

ST T	Tác giả (năm)	Quốc gia	Thiết kế nc	Cỡ mẫu (PTXC*/THTG)	Tuổi	Thời gian đánh giá sau pt
1	Agrawal et al (2016)	Ấn Độ	Hồi cứu	40 (20/20)	20-50	4 tháng
2	Sharma et al (2017)	Ấn Độ	Tiến cứu	103 PTXC	8-70 tuổi	3 tháng
3	Vishal et al (2018)	Ấn Độ	Tiến cứu	90(63/37)	11-58	12 tháng
4	Bhat et al (2009)	Ấn Độ	RCT*	68(35/33)	12- 52 tuổi	3-6 tháng
5	Ramakrishnan et al (2011)	Ấn Độ	RCT	62(31/31)	23.55· 9.48 25.06· 10.55(1)	3 tháng
6	Toros et al (2010)	Thổ Nhĩ Kỳ	Hồi cứu	92(46/46)	10-60 tuổi	12-18 tháng
7	Mutoh et al (2007)	Nhật Bản	Hồi cứu	49(21/28)	5-73 tuổi	6 tháng
8	Das et al (2021)	Ấn Độ	RCT	72 (36/36)	18-55	1-3-6-12 tháng
9	Sharma et al (2015)	Ấn Độ	RCT	40 (20/20)	13-65 tuổi	3 tháng
10	McGrew et al (2004)	Mỹ	Hồi cứu	428(28/295)	2-80 tuổi	1-230 tháng
11	Balyan et al (1997)	Italy	Hồi cứu	323(28/295)	4-68 tuổi	12-97 tháng
12	Mohammed et al (2014)	Ai Cập	RCT	40(20/20)	12-60	3 tháng
13	Dündar et al (2015)	Thổ Nhĩ Kỳ	Hồi cứu	146(54/92)	16-52	12 tháng
14	Onofre et al (2018)	Hàn Quốc	Hồi cứu	175 (52/123)	53+/-13	3-6-12 tháng
15	Jackler and Schindler (1984)	Mỹ	Hồi cứu	48 PTXC	Không rõ	Không rõ
16	Kamath et al (2013)	Ấn Độ	RCT	120(60/60)	12-60 tuổi	3 tháng
17	Karabi et al (2016)	Iran	RCT	76(38/38)	30.4 · 7.6 28.2 ± 8.9 (2)	3 tháng
18	Holmquist et al (1978)	Thụy Điển	Tiến cứu	31 PTXC	Không rõ	6 tháng
19	Mishiro et al (2001)	Nhật Bản	Hồi cứu	251(147/104)	Không rõ	>1 năm
20	Albu et al (2012)	Italy	RCT	282(140/142)	27,8· 11· 25.5 · 10.5 (3)	12 tháng

*nhóm PTXC là nhóm được PT THTG kết hợp PTXC

(1) Nhóm THTG là 23.55 ± 9.48 Nhóm PTXC là 25,06 ±10,55	(2)Nhóm THTG là 30.4 · 7.6 Nhóm PTXC là 28.2 ± 8.9	(3) Nhóm THTG là 27,8· 11· Nhóm PTXC là 25.5 · 10.5
--	---	--

Đặc điểm chung của các nghiên cứu.
 Trong 20 nghiên cứu được lựa chọn có 8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT), 2 NC tiến cứu, 10 NC hồi cứu. Các bài báo chủ yếu được xuất bản từ 2007-2018, có 3 bài báo xuất bản năm 1978, 1984 và 1997 là ba nghiên cứu cũ nhất trong các nghiên cứu được

chúng tôi lựa chọn. Trong số 20 nghiên cứu có: 8 nghiên cứu tại Ấn Độ, 2 nghiên cứu tại Mỹ, 2 nghiên cứu của Nhật, 2 nghiên cứu tại Italy, 2 nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ, còn lại 4 nghiên cứu từ mỗi nước Thụy Điển, Iran, Hàn Quốc, Ai Cập. Cỡ mẫu: từ 40 đến 464 đối tượng. Độ tuổi từ 5-80 tuổi. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật: từ 1

tháng đến 230 tháng. Trong đó chủ yếu là các nghiên cứu theo dõi sau phẫu thuật 3-12 tháng. Đánh giá sau phẫu thuật: 20/20 NC có đánh giá tỷ lệ liền màng nhĩ sau phẫu thuật, có 12 NC có đánh giá thính lực sau phẫu thuật, còn 8 NC không có số liệu về thính lực sau PT.

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật được đánh giá dựa trên tỷ lệ liền của màng nhĩ sau phẫu thuật ở tất cả các NC, **Bảng 3** mô tả tỷ lệ liền màng nhĩ của phẫu thuật, phân loại mức độ tin cậy về bằng chứng của các NC và quan điểm của các NC về PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm.

Tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm THPTG là 56% - 96%. Tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm PTXC từ 65% đến 100%.

Có 17 nghiên cứu có so sánh tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm PTXC kết hợp THPTG (nhóm PTXC) và nhóm THPTG đơn thuần. Nói chung tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm PTXC tốt hơn nhóm THPTG ở 13/ 17 NC (76,5%), còn tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm THPTG tốt hơn ở 4/17 NC (23,5%). Trong

đó: 16 NC có P-value>0,05. Còn 1 nghiên cứu tiến cứu có so sánh có P-value =0,015.

Có 3 nghiên cứu chỉ được thực hiện trên nhóm PTXC, không có nhóm so sánh. Đó là NC của Sharma et al³ (tỷ lệ liền màng nhĩ là 96,2%), Jackler and Schindler (85,4%) và Holmquist et al⁴ (83%).

Về phân loại mức độ tin cậy của bằng chứng: có 7 nghiên cứu được xếp nhóm bằng chứng mức độ 1b (35%), 1 NC nhóm 2b (5%) và 12 NC bằng chứng nhóm 4 (60%).

Trong tổng số 20 nghiên cứu tìm được có 9 NC (45%) ủng hộ việc PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm, 11 NC (55%) không ủng hộ việc PTXC.

*9 nghiên cứu có quan điểm ủng hộ PTXC trong điều trị VTGMT có đặc điểm: 1 NC(11,1%) RCT được phân loại bằng chứng cấp độ 2b, 8 NC (88,9%) có phân loại bằng chứng cấp độ 4.

*Trong 11 NC không ủng hộ PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm thì có 7 NC RTC và 4 NC hồi cứu.

Bảng 3. Tỷ lệ liền màng nhĩ sau phẫu thuật

STT	Tác giả (năm)	Thiết kế NC	Độ tin cậy của bằng chứng	Cỡ mẫu (PTXC/ THPTG)	Tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm PTXC *	Tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm THPTG	P-value	Quan điểm đối với PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm
1	Agrawal et al	Hồi cứu	4	40 (20/20)	95%	80%	0,151	Ủng hộ khi niêm mạc hòm nhĩ không bình thường
2	Sharma et al	Tiến cứu	4	103 PTXC	96,2%			Ủng hộ
3	Vishal et al	Tiến cứu	4	90(63/37)	83%	56%	0,015	Ủng hộ
4	Bhat et al	RCT*	1b	68(35/33)	74%	74%	>0,05	Không ủng hộ
5	Ramakrishnan et al	RCT	1b	62(31/31)	93%	96%	1	Không ủng hộ
6	Toros et al	Hồi cứu	4	92(46/46)	78,3%	76,1%	>0,05	Không ủng hộ
7	Mutoh et al	Hồi cứu	4	49(21/28)	90%(1)	62,5%	0,410	Ủng hộ PTXC trong VTGMT nhiễm MRSA
					81,8%(2)	80%	0,725	
8	Das et al	RCT	1b	72 (36/36)	80,5%	91,6%	0,3	Không ủng hộ
9	Sharma et al	RCT	2b	40 (20/20)	100%	95%	>0,05**	Ủng hộ
10	McGrew et al	Hồi cứu	4	428(28/295)	91,6%	90,6%	>0,05	Ủng hộ
11	Balyan et al	Hồi cứu	4	323(28/295)	90,5%	88,89%	>0,05	Không ủng hộ
12	Mohammed et al	RCT	1b	40(20/20)	80%	70%	0,7	Không ủng hộ
13	Dündar et al	Hồi cứu	4	146(54/92)	92,6%	90,2%	>0,05**	Không ủng hộ
14	Onofre et al	Hồi cứu	4	175 (52/123)	90,38%	84,55%	0,305	Ủng hộ PTXC khi có hình ảnh mờ XC
15	Jackler and Schindler	Hồi cứu	4	48 PTXC	85,4%			Ủng hộ
16	Kamath et al	RCT	1b	120(60/60)	88,3%	80%	>0,05	Không ủng hộ,
17	Karabi et al	RCT	1b	76(38/38)	65,79%	57,89%	0,497	Không ủng hộ
18	Holmquist et al	Tiến cứu	4	31 PTXC	83%			Ủng hộ
19	Mishiro et al	Hồi cứu	4	251(147/104)	90,5%	93,3%	>0,05	Không ủng hộ

20	Albu et al	RCT	1b	282(140/142)	82,8%	76,05%	>0,05	Không ủng hộ
----	------------	-----	----	--------------	-------	--------	-------	--------------

* PTXC là nhóm được PT THTG kết hợp PTX; **P-value được nhóm NC tính dựa trên số liệu của bài báo; (1) Nhóm VTGMT nhiễm tụ cầu kháng methicilin (MRSA); (2) Nhóm VTGMT nhiễm tụ cầu nhạy cảm methicilin (MSSA)

IV. BÀN LUẬN

Theo Holmquist et al⁴ vai trò của niêm mạc xương chũm là hấp thu khí, cùng với vòi nhĩ giúp cân bằng áp lực tai giữa, vì vậy khi xương chũm có khoảng khí đủ lớn mới tạo nên khoảng đệm tốt cho hòm nhĩ, nhất là trong những trường hợp chức năng vòi nhĩ kém. Các tác giả đưa ra giả thiết rằng tỷ lệ thành công của phẫu thuật THTG sẽ tăng lên khi tạo được 1 khoảng khí đủ lớn kết nối với hòm nhĩ bằng PTXC⁴, 20 năm trở lại đây đã có nhiều nghiên cứu mới kiểm định lại giả thiết này. Chúng tôi chọn được 20 NC phù hợp trong đó có 8 NC RCT và 12 NC mô tả. Các nghiên cứu này có số lượng bệnh nhân từ 40-464 đối tượng, thời gian theo dõi từ 1 tháng đến 230 tháng.

Trong 17 NC có so sánh, chúng tôi thấy rằng phần lớn các NC (76,5%) có tỷ lệ thành công ở nhóm có PTXC tốt hơn nhóm THTG đơn thuần, tuy nhiên khi so sánh thì chỉ có P-value <0,05 ở 1 nghiên cứu. Vì vậy về mặt thống kê thì PTXC không giúp tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật THTG, 4 NC cho rằng PTXC làm tăng nguy cơ, chi phí và thời gian phẫu thuật cho bệnh nhân. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Eliades et al trong NC tổng quan trên 26 bài báo và NC tổng quan tài liệu trên 5 bài báo của Hall et al.

Chúng tôi tìm được 7 nghiên cứu RCT có cấp độ bằng chứng 1b. 100% các NC này có tỷ lệ thành công của nhóm PTXC và nhóm THTG đơn thuần là như nhau về mặt thống kê. Kết quả này cũng tương đồng với NC của Eliades et al, không thấy lợi ích của PTXC cùng với THTG để điều trị các lỗ thủng màng nhĩ thông thường. Trong NC của Eliades et al năm 2013 chỉ tìm được 3 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, 2/3 NC này có cỡ mẫu nhỏ từ 30-35 bệnh nhân. Trong NC của chúng tôi có 7 NC RCT với cỡ mẫu 40-282 bệnh nhân. Đặc biệt là NC thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đơn có nhóm chứng của Albu et al⁵ được tiến hành trên số lượng lớn 282 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ thành công của PT ở nhóm PTXC là 82,8%, nhóm THTG là 76%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Albu et al⁵ cũng kết luận là PTXC không mang lại lợi ích cho phẫu thuật THTG ở bệnh nhân VTGMT chảy mủ liên tục và từng đợt.

4 NC hồi cứu không ủng hộ quan điểm PTXC đều là các NC có nhóm so sánh với cỡ mẫu lớn như NC của Toros et al⁶ với 92 bệnh nhân, Dündar et al⁷ (146), Balyan et al (323) và Mishiro et al⁸ (251).

Trong 9 NC ủng hộ PTXC có 1 NC(11.1%) RCT trên 40 bệnh nhân của Sharma et al được phân loại bằng chứng cấp độ 2b, thấy rằng kết quả thính học của nhóm PTXC+THTG tốt hơn nhóm THTG đơn thuần nên các tác giả kết luận PTXC có lợi cho kết quả liền màng nhĩ và thính học sau PT, tuy nhiên còn cần các NC với cỡ mẫu lớn hơn để đưa đến một chỉ định chắc chắn. 8 NC (88,9%) có phân loại bằng chứng cấp độ 4, trong đó 4 NC cho rằng trong mọi trường hợp PTXC kết hợp THTG là thích hợp để điều trị VTGMT không nguy hiểm. Còn 4 NC chỉ ủng hộ PTXC trong những trường hợp đặc biệt: Agrawal et al cân nhắc PTXC trong trường hợp niêm mạc hòm nhĩ không khoẻ mạnh, NC của Mutoh et al cho rằng PTXC tạo nên kết quả tốt hơn trong điều trị VTGMT đang chảy mủ và nhiễm MRSA, NC của Kamath et al kết luận PTXC chỉ có lợi ích trong những ca có viêm trong xương chũm kín đáo, NC của McGrew et al cho rằng PTXC cùng với THTG giúp cải thiện diễn biến của bệnh bằng cách giảm số lượng bệnh nhân mổ lại lần 2 và giảm tiến triển của bệnh.

V. KẾT LUẬN

1. PTXC thường quy là hoàn toàn không cần thiết trong điều trị VTGMT không nguy hiểm
2. Cân nhắc PTXC trong các trường hợp niêm mạc hòm nhĩ không bình thường, VTGMT nhiễm MRSA, nghi ngờ có tổn thương trong xương chũm.
3. Quyết định PTXC trong điều trị VTGMT không nguy hiểm cần cân nhắc lợi ích, nguy cơ và chi phí của phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chronic suppurative otitis media.pdf.** Accessed June 1, 2021. <https://www.who.int/pbd/publications/Chronic-suppurative-otitis-media.pdf?ua=1>
2. **Martin J Burton.** Evidence-based Medicine. In: Evidence Base Otitis Media. BS Decker inc Hamilton; 2003:4.
3. **Sharma A, Baisakhiya N, Garg LN, Singh G.** Evaluation of Role of Mastoid Surgery in the Management of Safe Chronic Suppurative Otitis Media. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;68(4):434-440. doi:10.1007/s12070-015-0921-9

4. **Holmquist J, Bergström B.** The mastoid air cell system in ear surgery. Arch Otolaryngol Chic III 1960. 1978;104(3):127-129. doi:10.1001/archotol.1978.00790030013003
5. **Albu S, Tralbalzini F, Amadori M.** Usefulness of Cortical Mastoidectomy in Myringoplasty. Otol Neurotol. 2012;33(4):604-609. doi:10.1097/MAO.0b013e31825368f2
6. **Toros SZ, Habesoglu TE, Habesoglu M, et al.** Do patients with sclerotic mastoids require aeration to improve success of tympanoplasty? Acta Otolaryngol (Stockh). 2010;130(8):909-912. doi:10.3109/00016480903559731
7. **Dündar R, Kulduk E, Soy FK, Yazıcı H, Sakarya EU, Özbay C.** Necessity of mastoidectomy in patients with chronic otitis media having sclerotic mastoid bone: a retrospective clinical study. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg KBB J Ear Nose Throat. 2015;25(3):152-157. doi:10.5606/kbbihtisas.2015.04820
8. **Mishiro Y, Sakagami M, Takahashi Y, Kitahara T, Kajikawa H, Kubo T.** Tympanoplasty with and without mastoidectomy for non-cholesteatomatous chronic otitis media. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001;258(1):13-15. doi:10.1007/PL00007516

HÌNH ẢNH DỊ DẠNG TAI TRONG ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT CẤY ỐC TAI ĐIỆN TỬ

Lê Duy Chung¹, Cao Minh Thành¹

TÓM TẮT

Mục đích: mô tả đặc điểm hình ảnh dị dạng tai trong trên cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) ứng dụng trong cấy ốc tai điện tử (OTĐT). **Phương Pháp:** dị dạng tai trong và bất thường dây thần kinh ốc tai (TKOT) được đánh giá trên CLVT độ phân giải cao và chuỗi xung T2 3D gradient-echo độ phân giải cao CHT. **Kết quả:** nghiên cứu gồm 166 bệnh nhân (BN) với 332 tai, trong đó có 170 tai dị dạng tai trong hoặc bất thường TKOT. Kích thước ốc tai của nhóm thiếu sản ốc tai, dị dạng phân chia không hoàn toàn (PCKHT) Type II, PCKHT Type III, bất thường tiền đình - ống bán khuyên (TĐ-OBK), ốc tai bình thường bất thường TKOT nhỏ hơn so với nhóm không dị dạng tai trong. Các tai dị dạng tai trong có 55,3% thiếu sản hoặc bất sản trụ ốc, 35,3% có bất sản hoặc thiếu sản cửa sổ tròn. **Kết luận:** dị dạng tai trong có hình dạng và kích thước ốc tai đa dạng ảnh hưởng tới chỉ định cấy OTĐT; tỉ lệ thiếu sản, bất sản trụ ốc, thiếu sản, bất sản cửa sổ tròn cao là các yếu tố gây khó khăn và biến chứng cho phẫu thuật.

Từ khoá: dị dạng tai trong, cấy ốc tai điện tử, biến chứng phẫu thuật.

SUMMARY

IMAGING OF INNER EAR MALFORMATION IN COCHLEAR IMPLANT

Objective: To describe CT scanner and MRI imaging of inner ear malformation in cochlear implant. **Material and Methods:** inner ear malformation and cochlear nerve deficiency was evaluated on high resolution CT scanner and high resolution T2 3D

gradient-echo MRI. **Results:** 166 patients with 332 ears, including 170 ears with inner ear malformation or cochlear nerve deficiency. The cochlear size of cochlear hypoplasia, Incomplete partition Type II, Incomplete partition Type III, vestibular - semicircular canal abnormality, normal cochlear and cochlear nerve deficiency are smaller than no inner ear malformation group. The inner ear malformations have 55,3% hypoplasia or aplasia of modiolus, 35,3% have aplasia or hypoplasia of the round window. **Conclusion:** Inner ear malformations with diverse cochlear shapes and sizes affect the cochlear implant indications; High rates of hypoplasia, aplasia modiolus and hypoplasia, aplasia round window are factors that cause difficulties and complications for surgery.

Keywords: inner ear malformation, cochlear implant, Complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng tai trong chiếm tỉ lệ khoảng 20% trẻ điếc tiếp nhận bẩm sinh cả hai bên. Phẫu thuật (PT) cấy OTĐT ở những bệnh nhân này thường gặp nhiều khó khăn [1]. Dị dạng tai trong có hình dạng và kích thước ốc tai đa dạng, những trường hợp dị dạng nặng không có ốc tai hoặc ốc tai quá nhỏ không thể đưa điện cực và ốc tai thì chỉ có thể cấy điện cực thân não; mỗi loại dị dạng tai trong cần có loại điện cực phù hợp, đo kích thước ốc tai giúp lựa chọn đúng kích thước điện cực. Các tai dị dạng tai trong có rộng cống tiền đình, thiếu sản hoặc bất sản trụ ốc có nguy cơ cao rò dịch não tủy, di lệch điện cực trong phẫu thuật. Hẹp, bất sản cửa sổ tròn, sự che khuất cửa sổ tròn có thể gây khó khăn cho phẫu thuật. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về hình ảnh dị dạng tai trong ảnh hưởng tới phẫu thuật, chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả "Hình ảnh dị dạng tai trong ứng dụng

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Duy Chung

Email: leduychung@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022