

giá kết quả điều trị đặc hiệu huyết thanh kháng nọc rắn lục tre tại Bệnh viện Nhi Đông 1". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 21 (4), tr.96-104.

8. **Usman A Sanni, corresponding author**
Taslim O Lawal,1 Tawakaltu L Musa,1

Abdurrazzaq Alege, (2021), "Prevalence and Outcome of Snake Bites Among Children Admitted in the Emergency Pediatric Unit, Federal Medical Centre, Birnin Kebbi, Nigeria", Cureus Journal of Medical Science, Published online 2021 Aug 24.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN RÒ XOANG LÊ

Nguyễn Nhật Linh¹, Phạm Tuấn Cảnh¹, Hoàng Hòa Bình²,
Nguyễn Thị Huệ¹, Ngô Duy Thịnh², Nguyễn Văn Luận¹, Nguyễn Cảnh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng quy trình chẩn đoán rò xoang lê, bao gồm chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 60 người bệnh (NB) được chẩn đoán xác định là rò xoang lê vào điều trị tại BV Tai Mũi Họng TW từ T1/2020 đến T8/2022 theo dõi đến 03/2023. **Kết quả:** 27 nam và 33 nữ từ 2-56 tuổi (TB: 17.2 ± 13.59), trong đó 65.0% vào viện có tiền sử đã từng bị viêm tấy vùng cổ trước đó ít nhất 1 lần. Các triệu chứng lâm sàng bao gồm: sốt (61.7%), đau cổ (83.3%), khạc mủ (10.0%), viêm tấy/áp xe cổ bên (58.3%) hoặc có lỗ rò vùng cổ bên. Nội soi hạ họng cho thấy lỗ rò yếu ở đáy xoang lê (88.3%) và xoang lê bên trái chiếm 85.0%. **Kết luận:** Chẩn đoán rò xoang lê cần phối hợp lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng, trong đó quan trọng nhất là nội soi hạ họng xoang lê tìm lỗ rò.

Từ khóa: rò xoang lê, chẩn đoán, nội soi hạ họng xoang lê.

SUMMARY

DEVELOP A DIAGNOSTIC PROCEDURE FOR PYRIFORM SINUS FISTULA

Objectives: Develop a diagnostic procedure for pyriform sinus fistula (PSF), including definitive and differential diagnosis. **Material and methods:** A descriptive study on a cluster of 60 patients with a confirmed diagnosis of PSF and treated at the Hanoi National Otorhinolaryngology Hospital from January 2020 to August 2022. **Results:** 27 men and 33 women from 2 to 56 years old (mean: 17.2 ± 13.59), of which 65.0 % were recurrent episodes. The clinical symptoms were abundant, including: fever (61.7%) neck pain (83.3%), purulent discharge (10.0%), inflammation/abscess of the lateral neck (58.3%) or fistula in the lateral neck area. Endoscopy of the hypopharynx and pyriform sinus cavity showed fistulas mainly at the fundus (88.3%) and on the left side (85.0%). **Conclusion:** Diagnosis of PSF requires a combination of clinical and paraclinical investigations,

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Linh

Email: dr.linhent@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

the most important of which is hypopharyngeal endoscopic to find the fistula.

Keywords: sinus fistula, diagnosis, hypopharyngeal endoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại bệnh lý rò vùng đầu mặt cổ, rò xoang lê (RXL) được quan tâm đặc biệt do tính chất khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị. Nguyên nhân của bệnh là do còn tồn tại túi mang III và IV từ thời kỳ bào thai [1]. Nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ bệnh ở Việt Nam cao hơn hẳn so với các nước Âu Mỹ [2] và việc chẩn đoán cũng như điều trị còn gặp nhiều khó khăn, dẫn tới NB thường có thời gian mang bệnh kéo dài [3],[4],[5]. Từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2022, chúng tôi đã tiếp nhận và điều trị cho 60 NB được chẩn đoán xác định là rò xoang lê, với các biểu hiện lâm sàng rất phong phú. Trong số này, có khá nhiều NB đã được các bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán muộn hoặc chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm/áp xe tuyến giáp, nang rò giáp lưỡi bội nhiễm hoặc áp xe hạch..., dẫn đến việc NB chưa được thực hiện các điều trị thích hợp trong thời gian sớm nhất. Nhằm cải thiện khả năng chẩn đoán bệnh cho các bác sĩ Tai Mũi Họng, nhất là ở tuyến cơ sở, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm của bệnh lý rò xoang lê, từ đó xây dựng quy trình chẩn đoán bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 60 NB được chẩn đoán xác định rò xoang lê vào điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2022, và thời gian theo dõi tới 03/2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** các NB được chẩn đoán xác định rò xoang lê (dựa vào lâm sàng có sưng tấy/áp xe hay lỗ rò chảy dịch vùng cổ bên và nội soi hạ họng có lỗ rò ở xoang lê), được vào điều trị (nội khoa hoặc ngoại khoa) trong thời gian nghiên cứu, có bệnh án nội trú. Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân bỏ cuộc, không đủ thời gian theo dõi, bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả chùm ca bệnh.

2.3. Các bước tiến hành

- Lựa chọn NB có các triệu chứng của vùng cổ bên: viêm tấy/áp xe vùng cổ 1 hoặc nhiều lần, hoặc có lỗ rò chảy dịch đến khám sẽ được khai thác tiền sử, tính chất dịch tế học, khám lâm sàng, nội soi TMH và các thăm dò cận lâm sàng...

- Nếu vùng cổ bên đang có triệu chứng viêm nhiễm sẽ được điều trị nội khoa đơn thuần (trường hợp chỉ có viêm tấy) hoặc có kết hợp chích rạch dẫn lưu mủ (trường hợp đang có áp xe).

- NB không có triệu chứng viêm nhiễm hoặc khi tình trạng viêm nhiễm đã được điều trị ổn định sẽ được chỉ định soi hạ họngkiểm tra vùng đáy xoang lê theo 2 hình thức:

+ Nội soi bằng ống soi mềm (nội soi phóng đại): dùng ống soi mềm đưa qua mũi NB xuống họng, hạ họng, đến xoang lê 2 bên, hướng dẫn NB phối hợp làm nghiệm pháp Valsava (bịt chặt mũi, phồng mồm thổi mạnh trong lúc miệng vẫn ngậm kín làm tăng áp lực khoang miệng để vùng đáy xoang lê được mở rộng) qua đó tìm lỗ rò ở đáy xoang lê. Áp dụng cho người lớn và trẻ em lớn.

Nếu nội soi bằng ống mềm không phát hiện lỗ rò mà lâm sàng vẫn nghi ngờ thì NB sẽ được soi hạ họng ống cứng dưới gây mê giãn cơ.

+ Nội soi hạ họng ống cứng. Dùng ống soi treo thanh quản bộc lộ xoang lê 2 bên, tìm lỗ rò ở vùng đáy hoặc thành bên của xoang lê. Áp dụng cho trẻ nhỏ không hợp tác để soi ống mềm được. Có thể dùng optic 0° để đưa qua ống soi treo thanh quản để quan sát lỗ rò.

- NB không phát hiện lỗ rò ở xoang lê sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi vào viện và giới. 60 NB vào viện có tỉ lệ nam/nữ gần như nhau (27/33) với độ tuổi từ 2 đến 56 tuổi (trung bình: 17.2 ± 13.59 tuổi). Nhóm tuổi 1- 10 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 3 nhóm tuổi còn lại với p = 0.001. Bệnh xuất hiện ở cả giới nam và giới nữ với tỷ lệ gần tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,439). Phân bố các lứa tuổi theo giới như sau:

Bảng 3.1. Phân bố tuổi và giới

Lứa tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
1 - 10	13	44.8	16	55.2	29	100

11-20	5	45.5	6	54.5	11	100
21-30	5	50.0	5	50.0	10	100
> 30	4	40.0	6	60.0	10	100
Tổng	27	45.0	33	55.0	60	100

3.1.2. Các chỉ số về tuổi khởi phát và tuổi phẫu thuật

+ Tuổi khởi phát: nhỏ nhất là 24 tháng, lớn nhất là 46 tuổi.

+ Tuổi PT: nhỏ nhất là 26 tháng, lớn nhất là 56 tuổi.

3.1.3. Tiền sử bệnh

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh

Tiền sử		N	%
Chưa bị lần nào		21	35.0
Sưng đau vùng cổ	Điều trị nội khoa đơn thuần	49	81.7
	Chích áp xe	1	9 15.0
		≥ 2 lần	24 40.0
Điều trị trước khi vào viện	Đã được chẩn đoán rò xoang lê	37	61.7
	Được chẩn đoán bệnh khác	23	38.3
Phẫu thuật can thiệp	Phẫu thuật lấy đường rò đường ngoài	0	0.0
		Đã được gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng nhiệt	1 lần
		≥ 2 lần	3 5.0

Có 35,0% bệnh nhân được phát hiện rò xoang lê khi khởi phát lần đầu tiên. Còn 65.0% bệnh nhân đã từng bị một hoặc nhiều lần tái phát trước khi được xơ hóa lỗ rò. Trong đó có 55,0% bệnh nhân đã được chích rạch áp xe, 15,0% được chích rạch 1 lần, và 40,0% được chích rạch trên 1 lần. Có 16,7% bệnh nhân đã từng được xơ hóa lỗ rò xoang lê trước đó nhưng xoang lê chưa đóng kín.

3.2. Mô tả đặc điểm bệnh lý rò xoang lê và xây dựng quy trình chẩn đoán

3.2.1. Lý do vào viện. Trong số 60 bệnh nhân có 65% bệnh nhân vào viện vì sưng đau vùng cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm lý do khác như vào mổ theo hẹn, có lỗ rò vùng cổ (p <0.001). Lỗ rò vùng cổ chỉ xuất hiện ở 4 bệnh nhân chiếm 6,7%.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	n	%
Đau vùng cổ	50	83.3
Sốt	37	61.7
Khạc mủ	6	10.0
Lỗ rò vùng cổ	2	3.3
Khó thở	2	3.3
Chảy dịch, mủ qua lỗ rò	1	1.7

Biểu hiện triệu chứng chính của người bệnh rò xoang lê là đau vùng cổ chiếm 83,3%, sau đó có biểu hiện sốt 61.7%, khạc mủ 10.0%. Các

triệu chứng khác như chảy dịch mũ thức ăn qua lỗ rò, lỗ rò vùng cổ hoặc khó thở có tỷ lệ thấp (1.7 – 3.3%).

3.2.3. Triệu chứng thực thể. Có 35% bệnh nhân có biểu hiện viêm tấy vùng cổ bên và 23.3% bệnh nhân có áp xe vùng cổ khi được thăm khám. Lỗ rò ra da có 9 bệnh nhân chiếm 15% đều là lỗ rò thứ phát sau chích rạch áp xe vùng cổ. Có 1 bệnh nhân rò dịch và thức ăn qua lỗ rò vùng cổ. Hai bệnh nhân này có đặc điểm lỗ rò xoang lê có cấu trúc rộng (Bảng 3.4)

Bảng 3.4. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	n	%
Viêm tấy cổ bên	21	35.0
Áp xe cổ bên	14	23.3
Lỗ rò ngoài da	9	15.0
Rò dịch thức ăn khi ăn uống	1	1.7

3.2.4. Đặc điểm nội soi: Tất cả các bệnh nhân đều được soi xoang lê tìm lỗ rò. Trong đó có 46 bệnh nhân được nội soi xoang lê trước khi mổ, 14 bệnh nhân được nội soi trong mổ và đóng lỗ rò trong cùng lần phẫu thuật. (bảng 3.5).

Bảng 3.5. Đặc điểm nội soi

Thông số	N	%	
Phương tiện nội soi	Ông cứng	34	71.7
	Ông mềm	17	28.3
Bên có lỗ rò xoang lê	Phải	7	11.7
	Trái	51	85.0
Vị trí lỗ rò xoang lê	Cả 2 bên	2	3.3
	Đáy	53	88.3
	Thành ngoài	7	11.7

3.2.5. Đặc điểm về siêu âm: Tất cả 60 NB vào viện điều trị đều được siêu âm vùng cổ. Các thông số thể hiện trong bảng 3.6.

Bảng 3.6. Đặc điểm siêu âm bệnh nhân rò xoang lê

Đặc điểm siêu âm	N	%	
Siêu âm cổ bất thường	54	90.0	
Bất thường	Siêu âm cổ bình thường	6	10.0
	Đám giảm âm vùng cổ ranh giới không rõ	47	78.3
	Đám giảm âm vùng cổ ranh giới rõ	7	11.7
	Tổn thương lãn và tuyến giáp	25	41.7
	Áp xe vùng cổ	14	23.3
Siêu âm cổ thấy đường rò	1	1.7	

3.2.6. Đặc điểm về phim CT Scan: Trong 60 NB vào viện, đã có 13 NB được chụp phim cắt lớp vi tính vùng cổ và 01 bệnh nhân chụp MRI cổ. Các thông số thể hiện trong bảng 3.7.

Bảng 3.7. Đặc điểm trên CT scan và MRI bệnh nhân rò xoang lê

Đặc điểm trên CT scan và MRI (N=14)	n	%
-------------------------------------	---	---

Bình thường		1	7,1
Bất thường	Hình ảnh đường rò từ ổ áp xe tới đáy xoang lê	1	7,1
	Ổ áp xe ngay dưới da cổ	5	35,7
	Dấu hiệu mờ đáy xoang lê cùng bên	8	57,1
	Áp xe lãn vào cực trên tuyến giáp cùng bên	10	71,4
	Ổ áp xe bờ trước cơ ức đòn chũm, phía trước ngoài bao cảnh	13	92,9

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi vào viện và giới: theo các nghiên cứu với số lượng lớn NB bị rò xoang lê trong nước cũng như trên thế giới [2],[3],[4],[5],[6], không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ giữa nam và nữ và nghiên cứu này cũng không phải là ngoại lệ. Số liệu trong bảng 3.1 còn cho thấy bệnh lý RXL có khởi phát tương đối sớm và diễn biến dai dẳng, kéo dài, thể hiện bằng việc tuổi vào viện chủ yếu ở nhóm tuổi ≤ 10 tuổi) và có tỷ lệ tương đối ổn định trong các nhóm tuổi tiếp theo.

4.1.2. Các chỉ số về tuổi khởi phát và tuổi phẫu thuật: Trong nghiên cứu này, tuổi khởi phát thấp nhất là 2 tuổi, cao nhất là 46 tuổi, cũng gần tương đồng với các tác giả khác. Một nghiên cứu tổng hợp trên 526 NB bị RXL của Nicoucar, tuổi khởi phát thấp nhất là từ lúc sơ sinh, cao nhất là 68 tuổi và thời gian mang bệnh lâu nhất lên tới 69 năm [4], chứng tỏ RXL là loại bệnh lý mà chẩn đoán và điều trị còn gặp rất nhiều khó khăn, vì có sự chênh lệch rất lớn giữa số cực đại và số cực tiểu trong các chỉ số về tuổi.

4.1.3. Tiền sử bệnh. Có thể nói hiện tượng tái phát dai dẳng là một trong những đặc điểm nổi bật của bệnh lý RXL, thể hiện ở số lần đã từng bị trước đây cũng như số lần phải nhập viện điều trị trong thời gian chúng tôi tiến hành quá trình nghiên cứu, kể cả trong giai đoạn xã hội phải thực hiện giãn cách do đại dịch covid 19. Có tới 65% người bệnh đã từng bị bệnh trước khi được đóng lỗ rò, trong đó 40% có từ trên 1 lần sưng đau vùng cổ. Điều này cho thấy bệnh có xu hướng tái phát, dai dẳng, khó điều trị, gây tổn kém và ảnh hưởng tới chất lượng sống của người bệnh.

4.2. Mô tả đặc điểm bệnh lý rò xoang lê và xây dựng quy trình chẩn đoán

4.2.1. Lý do vào viện. Trong số 60 bệnh nhân, có 65% bệnh nhân vào viện trong tình trạng sưng đau vùng cổ, biểu hiện của một đợt nhiễm trùng cấp. Mặt khác tỷ lệ xuất hiện lỗ rò

vùng cổ là rất nhỏ chỉ chiếm 6.7%, đa phần các lỗ rò là thứ phát sau chích rạch áp xe vùng cổ. Theo Nicoucar [4] thấy 88% số NB vào viện là vì viêm nhiễm cấp tính và chỉ có 2% bệnh nhân có lỗ rò vùng cổ. Đây cũng là điểm khác biệt của RXL so với các bệnh lý rò khe mang khác (thường diễn biến âm thầm).

4.2.2. Triệu chứng cơ năng. So sánh trong bảng 3.3 về triệu chứng cơ năng và thực thể cho thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa đợt khởi phát và tái phát. Biểu hiện chính của đợt khởi phát thường là đau cổ 83.3%, sốt 61.7%, hạch mũ 10.0%. Lê Minh Kỳ, Đoàn Tiến Thành, Hà Danh Đạo đều gặp 100% khởi phát là viêm tấy vùng cổ bên. Còn trong đợt tái phát, tỉ lệ NB có lỗ rò và chảy dịch qua lỗ rò tăng lên. Tỉ lệ triệu chứng viêm nhiễm cấp tính giảm đi có lẽ là do NB và người nhà đã có ý thức về bệnh, khi mới có triệu chứng đã tìm đến cơ sở y tế sớm hơn để điều trị [4].

4.2.3. Triệu chứng thực thể. Trong số 60 bệnh nhân có 58.3% bệnh nhân có biểu hiện viêm nhiễm cấp tính viêm tấy và áp xe vùng cổ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Minh Kỳ, Đoàn Tiến Thành, Hà Danh Đạo đều triệu chứng khởi phát là viêm tấy vùng cổ bên là biểu hiện chủ yếu. Còn trong đợt tái phát, tỉ lệ NB có lỗ rò và rò dịch qua lỗ rò tăng lên [4].

4.2.4. Đặc điểm nội soi: Có tới 85.0% số NB có biểu hiện bệnh ở bên trái. Nguyên nhân, theo đa số các tác giả, là do ở phần lớn động vật có vú, thể mang cuối (ultimo branchial body) chủ yếu phát triển ở cổ bên trái [2],[4]. Vị trí lỗ rò đa số là ở đáy xoang lê (88.3%) cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác.

Nội soi được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Có hơn 28.3% số NB được soi bằng ống soi mềm do những ưu điểm của nó (ít gây kích thích, đau đớn, có thể sử dụng cho NB có bệnh lý đốt sống cổ, cứng răng...) Tuy nhiên, chỉ áp dụng được cho các NB có sự hợp tác tốt và vẫn có tỉ lệ khoảng 5% cho kết quả âm tính giả [3]. Trong số 17 bệnh nhân nội soi ống mềm có 1 bệnh nhân (1.7%) nội soi ống mềm không phát hiện được lỗ rò nhưng khi nội soi ống cứng lại thấy được lỗ rò. Đa số các tác giả đều thừa nhận bệnh hay gặp ở bên trái, ít gặp ở bên phải và rất hiếm gặp ở 2 bên. Nguyên nhân được cho là do ở phần lớn động vật có vú, thể mang cuối (ultimo branchial body) không có hoặc không phát triển ở bên cổ phải [9]. Vị trí lỗ rò hay gặp là ở đáy xoang lê (88.3%) cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoài An, Lê Minh Kỳ, Hà Danh Đạo... Theo Lê Minh Kỳ, dù lỗ rò ở

đáy hay thành bên của xoang lê thì tất cả đều là rò của túi mang IV do nằm thấp hơn nếp thanh quản Hyrtl [4].

4.2.5. Đặc điểm về siêu âm. Siêu âm vùng cổ được tiến hành nhằm đánh giá mức độ viêm nhiễm của vùng cổ. Trong số 60 bệnh nhân, có tới 90% bệnh nhân có biểu hiện bất thường trên siêu âm. Chủ yếu là các hình ảnh gián tiếp như đám giảm âm vùng cổ ranh giới không rõ, tổn thương cực trên tuyến giáp cùng bên, áp xe vùng cổ. Chỉ có 1 ca (1.7%) thấy hình ảnh đường rò. Do vậy, siêu âm có giá trị trong việc phát hiện viêm nhiễm cấp, gợi ý chẩn đoán rò xoang lê qua các dấu hiệu gián tiếp chứ chưa thể khẳng định được có hay không có rò xoang lê.

4.2.6. Đặc điểm về phim CT Scan và MRI. Có 13 người bệnh được chụp CT scan và 1 bệnh nhân được chụp MRI khi có triệu chứng viêm nhiễm cấp tính, thể hiện là có khối áp xe vùng cổ. NB được chụp phim để đánh giá mức độ lan rộng của ổ viêm nhiễm để tìm biện pháp điều trị trước mắt cũng như hướng tiếp cận phù hợp như có cần chích rạch dẫn lưu ổ áp xe ngay hay không, đường rạch theo đường ngang hay dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, bệnh đã có nguy cơ đe dọa biến chứng lan xuống trung thất hay không... Những tổn thương thường được phát hiện thấy như ổ áp xe bờ trước cơ ức đòn chũm, phía trước ngoài bao cảnh (13/14 ca), áp xe vùng cổ trước bên cực trên tuyến giáp cùng bên (10/14 ca), dấu hiệu mờ xoang lê bên tổn thương (thường là bên Trái) 8/14 ca, ổ áp xe ngay dưới da vùng cổ (5/14 ca). Chỉ có 01 ca thấy được đường rò hướng về xoang lê. Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo của tác giả Wang và cộng sự [8].

V. KẾT LUẬN

+ Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Yếu tố dịch tễ học: bệnh thường hay gặp ở trẻ em ≤ 10 tuổi (48.3%).
- Tiền sử đã có một hoặc nhiều đợt viêm tấy hoặc áp xe vùng cổ bên.
- Thường bị bệnh ở bên trái (~ 90%)
- Triệu chứng lâm sàng có: sốt ở các mức độ khác nhau, đau cổ tăng dần, khối viêm vùng cổ bên (trái) dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm ngang mức tuyến giáp kèm theo nuốt khó, nuốt đau. Có thể có khó thở, hạch mũ hoặc chảy dịch mũ ở cổ với mùi thối khắm. Hầu như không gặp lỗ rò tiên phát ngoài cổ.
- Nội soi (ống soi cứng hoặc mềm) thấy có lỗ rò ở vùng đáy xoang lê. Đây là tiêu chuẩn vàng giúp cho chẩn đoán xác định.

- Các thăm dò cận lâm sàng như siêu âm, chụp CT Scan có tác dụng hỗ trợ chẩn đoán mức độ viêm nhiễm/ áp xe vùng cổ

+ Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý như:

- Nang ống rò giáp lưỡi bội nhiễm.
- Nang, xoang, rò khe mang II bội nhiễm.
- Dị vật hạ họng xoang lê gây nhiễm trùng vùng cổ.

- Sỏi tuyến dưới hàm gây viêm tấy vùng cổ.
Chẩn đoán phân biệt chủ yếu dựa vào khai thác tiền sử, thăm khám lâm sàng và đặc biệt là nội soi hạ họng tìm ổ rò ở vùng đáy xoang lê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kính** (2008). Phôi thai học thực nghiệm và ứng dụng trong lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, 569-602.
2. **Lê Minh Kỳ** (2002). Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Nhật Linh** (2020). Nghiên cứu lâm sàng, nội soi rò xoang lê tái phát và đánh giá hiệu quả phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nicoucar K., Giger R. et al** (2009). Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases. Journal of Pediatric Surgery, vol. 44, pp: 1432 - 1439.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP CỔ CHÂN BẰNG PHẪU THUẬT HÀN KHỚP CỔ CHÂN DƯỚI SỰ HỖ TRỢ CỦA NỘI SOI

Nguyễn Thành Tấn¹, Lý Tuyết Nhi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp cổ chân là tình trạng sụn khớp bị bào mòn theo thời gian, khiến các xương co vào nhau khi di chuyển, kèm với phản ứng viêm nên gây đau, cứng, hạn chế tầm vận động và các triệu chứng khác cho người bệnh. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến sụn mà còn có thể gây tổn thương xương, dây chằng, gân xung quanh khớp. Trong hơn hai thập kỷ qua, hàn khớp cổ chân qua nội soi đã trở thành một phương pháp thay thế khả thi cho mổ hở và đã cho kết quả đáng khích lệ. Các ưu điểm chính của hàn khớp qua nội soi là giảm đau sau mổ, giảm lượng máu mất và thời gian nằm viện ngắn hơn. Tuy nhiên, tại Cần Thơ chưa có nghiên cứu cụ thể nào để đánh giá kết quả của phương pháp điều trị này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp cổ chân bằng phương pháp phẫu thuật hàn khớp cổ chân dưới sự hỗ trợ của nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đối với tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp cổ chân và có chỉ định hàn khớp cổ chân qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2019 đến năm 2022. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm chung cũng như các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X quang và kết quả sau mổ. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 11 bệnh nhân (6 nam/ 5 nữ) với độ tuổi trung bình là $59,09 \pm 17,53$ với nguyên nhân gây thoái hóa khớp cổ chân do bệnh lý chiếm đa số. Thời gian phẫu thuật trung bình $129,09 \pm 38,91$ phút. Mức độ đau theo

thang điểm VAS cải thiện từ $6,64 \pm 1,03$ điểm trước mổ giảm xuống còn $1,18 \pm 0,98$ điểm sau mổ 6 tháng. Kết quả chức năng theo thang điểm AOFAS tăng từ $56,55 \pm 12,63$ điểm thời điểm trước mổ lên $82,55 \pm 7,59$ điểm tại thời điểm sau mổ 6 tháng. Tỷ lệ biến chứng sau mổ chiếm 18,2% (2 trong tổng số 11 bệnh nhân), do đó có 90,91% bệnh nhân đạt mức hài lòng và rất hài lòng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hàn khớp cổ chân cho thấy thời gian nằm viện, thời gian phẫu thuật được rút ngắn và ít xảy ra biến chứng sau mổ so với phương pháp mổ hở hàn khớp cổ chân. Kết quả ở tất cả bệnh nhân đều giảm đau đáng kể và có sự cải thiện về chức năng cổ bàn chân theo thang điểm AOFAS, hầu hết bệnh nhân đều hài lòng sau khi phẫu thuật

Từ khóa: Thoái hóa khớp cổ chân, hàn khớp cổ chân, khớp cổ chân, nội soi hàn khớp cổ chân

SUMMARY

OUTCOME EVALUATION OF ANKLE ARTHRITIS TREATED BY ARTHROSCOPIC ANKLE ARTHRODESIS

Background: Osteoarthritis of the ankle is a condition in which the cartilage of the joints was corrosion over time, causing the bone to rub against others when moving, with an inflammatory response that causes pain, stiffness, limited range of motion and other symptoms for patients. This condition not only affects the cartilage but can also damage the bones, ligaments, and tendons of the joints. Over the past two decades, arthroscopic ankle arthrodesis has become a viable alternative to open surgery and has shown encouraging results. Some advantages of this procedure are reduced postoperative pain, reduced blood loss and postoperative hospitalization significantly shorter. However, there are no specific studies in Can Tho City to evaluate the results of this

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023