

được [6].

Những người lớn tuổi thường gặp khó khăn trong việc tuân thủ uống thuốc, gây ảnh hưởng đến chất lượng nội soi. Thêm vào đó, thành ruột ở người cao tuổi mỏng hơn, nhu động ruột kém hơn, nên gây khó khăn trong chuẩn bị đại tràng [8]. Do đó ở người cao tuổi nhân viên y tế nên chú ý trong tư vấn người bệnh uống thuốc để chuẩn bị đại tràng đạt kết quả tốt [8].

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu không được phân nhóm ngẫu nhiên. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cấp thêm dữ liệu ban đầu về hiệu quả chuẩn bị đại tràng và mức độ hài lòng của người bệnh của hai phương pháp chuẩn bị đại tràng trước và trong ngày.

V. KẾT LUẬN

Chuẩn bị đại tràng trong ngày và chuẩn bị đại tràng trước có mức độ sạch đại tràng và tỉ lệ phát hiện bệnh lý và tác dụng phụ của người bệnh là tương tự nhau, nhưng người bệnh nhóm chuẩn bị trước có ảnh hưởng đến giấc ngủ nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Chân Hùng, Nguyễn Bá Đức.** Kết quả bước đầu nghiên cứu dịch tễ học mô tả một số bệnh ung thư ở 6 vùng địa lý Việt Nam giai đoạn 2001 - 2003. Đặc san ung thư học quý 1. 2005(3-7).
2. **Hilsden RJ.** Seeking the ultimate bowel preparation for colonoscopy: is the end in sight? *Can J Gastroenterol.* 2011;25(12):655-6.

3. **Adamcewicz M, Bearely D, Porat G, Friedenberg FK.** Mechanism of action and toxicities of purgatives used for colonoscopy preparation. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2011; 7(1):89-101.
4. **S KV, M AB, D CM, S LS, T K, B G, et al.** Morning-only polyethylene glycol is noninferior but less preferred by hospitalized patients as compared with split-dose bowel preparation. *Journal of clinical gastroenterology.* 2014; 48(5):414-8.
5. **S Z, M L, Y Z, T L, Q S, F Z, et al.** 3-L split-dose is superior to 2-L polyethylene glycol in bowel cleansing in Chinese population: a multicenter randomized, controlled trial. *Medicine.* 2015; 94(4):e472.
6. **Phùng Xuân Toàn.** Đánh giá hiệu quả làm sạch của các chế phẩm: Sodium Phosphate, Polyethylene Glycol và Sodium picosulfate/ Magnesium Citrate trong chuẩn bị nội soi đại tràng. Luận văn Thạc sĩ Y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội 2015.
7. **Tian X, Shi B, Liu XL, Chen H, Chen WQ.** A Randomized Trial of Split Dose 3 L Polyethylene Glycol Lavage Solution, 2 L Polyethylene Glycol Lavage Combined With Castor Oil, and 1 L of Polyethylene Glycol Lavage Solution Combined With Castor Oil and Ascorbic Acid for Preparation for Colonoscopy. *Front Med (Lausanne).* 2019; 6:158.
8. **Asadzadeh Aghdai H, Nazemalhosseini Mojarad E, Ashtari S, Pourhoseingholi MA, Chaleshi V, Anaraki F, et al.** Polyp detection rate and pathological features in patients undergoing a comprehensive colonoscopy screening. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2017;8(1):3-10.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI TRONG BỆNH XƠ NHĨ

Hồ Mạnh Phương¹, Phạm Thanh Thế², Hồ Lê Hoài Nhân³

TÓM TẮT

Phẫu thuật gỡ xơ dính trong điều trị bệnh xơ nhĩ hơn 10 năm qua đã bộc lộ nhược điểm rất cần bàn là không ngăn được quá trình xơ hoá tái diễn sau phẫu thuật vì vậy sức nghe vừa được cải thiện sau phẫu thuật chỉ duy trì được một thời gian ngắn lại giảm xuống. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật thay thế xương con xơ dính bằng trụ gồm sinh học trên bệnh nhân xơ nhĩ tai giữa. **Đối tượng và phương pháp:** (1) Nghiên cứu tiến cứu trên 60 bệnh

nhân xơ nhĩ được phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai. **Kết quả:** Tổn thương tai giữa do bệnh xơ nhĩ là vô khuẩn màng nhĩ và cứng khớp xương con. Trong đó 17% xơ cứng chuỗi xương con đơn thuần và 73% là tổn thương xương con kết hợp với màng nhĩ. Tổn thương này gây suy giảm sức nghe trầm trọng từ 40dB đến 47dB ở cả 3 tần số 500Hz, 1000Hz và 2000Hz. Phẫu thuật gỡ xơ dính đơn thuần và thay thế xương con xơ dính bằng trụ gồm sinh học mang lại hiệu quả tương đương trong 6 tháng đầu sau mổ. Tuy nhiên sau 1 năm thì sức nghe bắt đầu tụt xuống ở cả 3 tần số 500Hz, 1000Hz và 2000Hz với những trường hợp chỉ phẫu thuật gỡ xơ dính đơn thuần (Bảng 4). **Kết luận:** Phẫu thuật gỡ xơ dính đơn thuần trong điều trị bệnh xơ nhĩ tai giữa cho kết quả phục hồi sức nghe không ổn định do hiện tượng tái xơ hoá. Trái lại kỹ thuật thay thế xương con bằng trụ gồm sinh học cho kết quả ổn định và bền vững hơn. Kỹ thuật mới hiệu quả và sáng tạo này còn mang tính kinh tế và phổ cập nữa. **Từ khóa:** Xơ nhĩ, chỉnh hình xương con, trụ gồm sinh học

¹Học viên

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Mạnh Phương

Email: hmphuong2803@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

SUMMARY

EFFECTIVE ASSESSMENT OF ENDOTRASCANAL APPROACH SURGERY IN TYMPANOSCLEROSIS

The weakness of the tympanoplastic repair for the tympanosclerosis is the recurrence of the fibro-sclerotic tissue postoperative. **Objectives:** To evaluate the result of the osculo-plasty by the bioceramic prothesis on the tympanosclerosis. **Materials and methods:** Prospective study on 40 patients with tympanosclerosis undergoing Functional Micro – Endoscopic Ear Surgery **Results:** There are 17% ossicularsclerosis and 73% combination of myringosclerosis and ossicularsclerosis. All patients had hearing loss levels from 40dB to 47dB at 500Hz, 1000Hz, 2000Hz. Endo-tympanoplastic repair by the bioceramic prothesis and the removal of the fibro-sclerotic only showed the same result in the first 6 months after surgery. However, there is significant hearing loss in the removal of the fibro-sclerosis only group after a year (Table 4). **Conclusion:** (1) Endo-tympanoplastic repair by the bioceramic prothesis for tympanosclerosis has improved the hearing better than the removal of the fibro-sclerotic only. (2) The endo-transcanal technique is suitable for tympanoplastic repair.

Keywords: Tympanoplasty, Tympanosclerosis, bioceramic prothesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ nhĩ là quá trình vôi hoá hòm nhĩ gây suy giảm dần sức nghe. Xơ nhĩ có thể khu trú ở màng nhĩ hoặc lan ra chuỗi xương con thậm chí cả các thông bào chũm. Xơ nhĩ gồm hai loại là xơ nhĩ màng nhĩ và xơ dính chuỗi xương con. Loại xơ nhĩ màng nhĩ chỉ gây nghe kém mức độ nhẹ trái lại hiện tượng xơ nhĩ trong hòm tai làm dính hoặc gián đoạn chuỗi xương con gây điếc nặng, khả năng giao tiếp khó khăn. Đây là loại tổn thương phải can thiệp phẫu thuật. Phẫu thuật gỡ xơ dính đơn thuần không thể ngăn được quá trình tái xơ hoá vì vậy khả năng nghe của người bệnh có phục hồi sớm sau phẫu thuật nhưng giảm dần theo thời gian do hiện tượng calci hoá tái diễn gây xơ cứng các xương con.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Nghiên cứu hình thái lâm sàng bệnh xơ nhĩ đối chiếu với nghiệm pháp thăm dò chức năng.
2. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng nghe của phẫu thuật nội soi gỡ xơ dính và chính hình xương con bằng trụ gồm sinh học.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

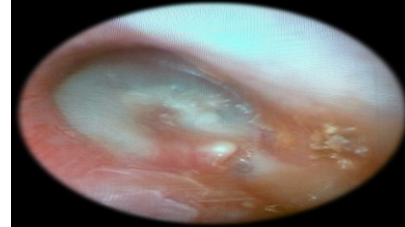
2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân xơ nhĩ tại BV Tai Mũi Họng Cần Thơ có điếc dẫn truyền hoặc hỗn hợp mà ABG (Air bone gap) trên 40dB là những bệnh nhân có vôi hoá hoặc xơ dày màng nhĩ kèm xơ dính chuỗi xương con

được xác định trong quá trình phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp

2.3. Tiến trình nghiên cứu:

Nội soi đánh giá: Hình thái vôi hoá màng nhĩ, xương con



Hình 1. Vôi hoá màng nhĩ

Đánh giá chức năng tai giữa bằng thính lực và nhĩ lượng: Thính lực đồ đánh giá loại điếc và khoảng trống giữa đường khí và đường xương (ABG). Nhĩ đồ đánh giá mức độ cứng khớp xương con và thông thoáng vòi nhĩ.

Chụp cắt lớp vi tính tai giữa: Đánh giá tổn thương xương con

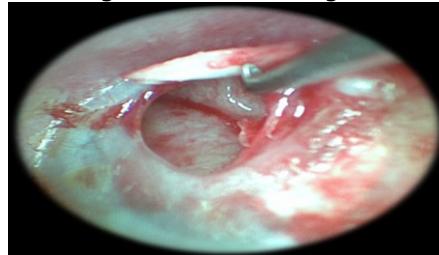
Tiến trình phẫu thuật:

- Mở vào hòm nhĩ qua thành sau ống tai



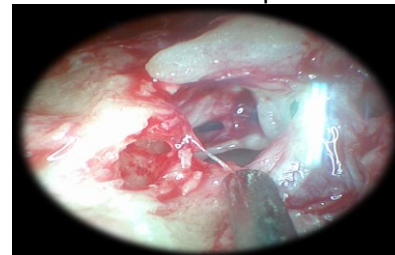
Hình 2. Đường rạch da

- Gỡ màng vôi hoá trên màng nhĩ



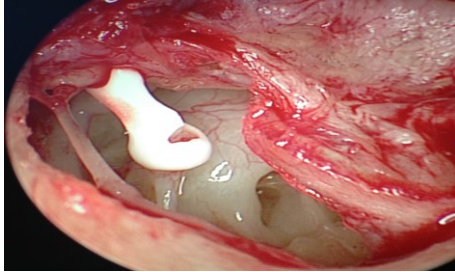
Hình 3. Gỡ màng vôi hoá màng nhĩ

- Gỡ xơ dính và vôi hoá quanh xương con.



Hình 4. Gỡ xơ dính và vôi hoá quanh xương con

- Mở khuyết xương góc sau trên vòng khung nhĩ. Gỡ xơ bọc lộ gián đoạn xương.
- Thay thế xương con bị xơ cứng bằng trụ gồm sinh học



Hình 5. Thay thế xương con bằng trụ gồm sinh học

- Vá màng nhĩ thủng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân loại xơ nhĩ

Vị trí	n	%
Xơ cứng xương con	13	27%
Xơ màng nhĩ – xương con	47	73%
N	60	

Trong hai loại hình thái xơ nhĩ tai giữa nêu trong bảng 1 thì loại xơ màng nhĩ – xương con dễ chẩn đoán vì nó thường thấy những đám vôi hoá trên màng nhĩ khi ta nội soi tai. Trái lại hình thái xơ cứng chuỗi xương con đơn thuần, màng nhĩ không thủng thì chẩn đoán chỉ có thể căn cứ vào thính lực, nhĩ lượng và chụp cắt lớp vi tính. Loại này chỉ chiếm 27% theo nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 2. ABG trước phẫu thuật (dB)

Vị trí \ Hz	500	1000	2000
Xơ dính xương con	41.1dB	40.1dB	39.0dB
Xơ MN + xơ dính xương con	47.5dB	45.2dB	43.1dB

Khi tổn thương chuỗi xương con do xơ dính dù là đơn thuần hay phối hợp sức nghe đều mất trung bình > 40dB biểu hiện bằng các chỉ số mất nghe ABG. Ở tần số 500 Hz chỉ số này là 47,5 dB, 1000Hz là 45,2 dB và 2000Hz là 39dB. Chỉ số mất nghe ABG trung bình cả 3 tần số trên khi vượt trên 40 dB có thể coi là một tiêu chuẩn vàng chẩn đoán có tổn thương chuỗi xương con trong bệnh xơ nhĩ.

Bảng 3. ABG sau phẫu thuật 6 tháng

Loại phẫu thuật \ Hz	500	1000	2000
Gỡ xơ dính	28,9dB	28,5dB	27,6dB
Thay xương con	29,0dB	28,4dB	27,2dB

Hiệu quả tăng cường sức nghe của cả 2 loại phẫu thuật gỡ xơ dính giải phóng chuỗi xương con hoặc thay thế xương con bằng trụ gồm sinh

học là gần như nhau trong 6 tháng đầu sau mổ biểu hiện bằng chỉ số ABG thu hẹp lại từ >40dB (bảng 2) chỉ còn 27-29 dB ở cả 3 tần số 500, 1000 và 2000 Hz (bảng 3)

Bảng 4. ABG sau phẫu thuật 12 tháng

Loại phẫu thuật \ Hz	500	1000	2000
Gỡ xơ dính	25.6dB	24.3dB	26.7dB
Thay xương con	29.8dB	28.4dB	27.3dB

Hiệu quả tăng cường sức nghe sau một năm của kỹ thuật thay thế xương con bằng trụ gồm sinh học tốt hơn kỹ thuật gỡ xơ dính đơn thuần biểu hiện bằng sự thu hẹp chỉ số mất nghe ABG sau một năm từ 24 đến 26 dB ở cả 3 tần số. Trong khi đó chỉ mất nghe ABG của kỹ thuật gỡ xơ dính xương con đơn thuần không thay đổi thậm chí còn tăng lên ở tần số 500Hz là 29,8 dB.

IV. BÀN LUẬN

1. Xơ nhĩ chỉ khu trú ở màng nhĩ đơn thuần thường chỉ gây giảm nhẹ thính lực (<20 dB) và không cần thiệp phẫu thuật trái lại xơ nhĩ gây tổn thương chuỗi xương con đơn thuần hoặc phối hợp với xơ hoá màng nhĩ thường điếc dẫn truyền nặng ở cả 3 tần số 500Hz, 1000Hz, 2000Hz trong bảng 2 với ABG>40dB. Những bệnh nhân này giao tiếp rất khó khăn nhất là khi họ bị cả hai tai. Những trường hợp như vậy cần phải can thiệp phẫu thuật. Hai kỹ thuật được chỉ định trong nghiên cứu này kỹ thuật nội soi gỡ xơ dính chuỗi xương con đơn thuần và kỹ thuật thay thế xương con bằng trụ gồm sinh học. Cả hai kỹ thuật đều mang lại kết quả phục hồi sức nghe gần như nhau trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật qua chỉ số ABG ở (Bảng 3).

2. Tuy nhiên những trường hợp xơ cứng chuỗi xương con nếu sử dụng phương pháp gỡ xơ dính đơn thuần kết quả phục hồi sức nghe chỉ ổn định trong năm đầu và tương đương với kết quả thay thế xương con bằng trụ gồm sinh học (Bảng 3 cho thấy kết quả phục hồi sức nghe bằng sự thu hẹp khoảng trống ABG giữa hai loại phẫu thuật sau 6 tháng là tương đương nhau). Tuy nhiên sau một năm sức nghe lại giảm xuống đối với những trường hợp chỉ phẫu thuật gỡ xơ dính chuỗi xương con đơn thuần do hiện tượng xơ dính tái diễn. Ngược lại kỹ thuật thay thế xương con xơ dính bằng trụ gồm sinh học cho kết quả ổn định hơn (Bảng 4 cho thấy khoảng trống ABG đối với kỹ thuật gỡ xơ dính bị tụt xuống sau một năm trong khi đó kỹ thuật thay xương con bằng trụ gồm vẫn ổn định sức nghe) Nguyên liệu tạo trụ gồm thay thế xương con lại sản xuất được trong nước nên phẫu thuật

chắc chắn sẽ mang tính khả thi và phổ cập.

3. Kỹ thuật mổ nội soi qua đường ống tai trong điều trị bệnh xơ nhĩ có 4 ưu điểm vượt trội so với những đường mổ sau tai và trong ống tai qua kính hiển vi phẫu thuật. Thứ nhất đường mổ thẳng trực tiếp vào màng nhĩ và chuỗi xương con cần được can thiệp. Chính vì vậy ta có thể quan sát toàn bộ 3 xương con, các khớp và mức độ xơ hoá, cứng khớp để xử lý. Trong trường hợp cần tháo khớp búa đe để thay thế xương đe khi nó bị cứng hoặc bị gián đoạn ta có thể mở khuyết xương ở góc sau trên vòng khung nhĩ bằng thìa nạo xương vi phẫu một cách dễ dàng. Thứ hai chính nhờ có một phẫu trường rộng nhìn qua màn hình mà không bị vướng loa soi tai như dùng kính hiển vi phẫu thuật nên dễ dàng có thể gỡ xơ dính quanh các khớp xương con hơn nữa việc nhìn qua màn hình để mổ thì phẫu thuật viên có thể chịu đựng được những ca mổ kéo dài phức tạp mà không cảm thấy bị nhức mắt như nhìn qua kính hiển vi tăng sáng. Thứ ba góc chiếu sáng của ống nội soi và độ phóng đại có thể có thể thay đổi nhanh chóng và thuận tiện bằng tay cầm ống nên có thể dễ dàng kiểm soát các góc ngách trong hòm tai như thượng nhĩ hoặc hạ nhĩ. Và cuối cùng là những tổn thương giải phẫu gây ra do phẫu thuật nội soi qua ống tai là tối thiểu so với những đường mổ khác chính vì lý do này mà người bệnh hiếm khi cảm thấy đau nhức do phù nề sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

1. Chỉ định phẫu thuật tạo hình tai giữa đối với bệnh lý xơ nhĩ tai giữa chỉ được đặt ra khi

mất nghe giữa đường khí và đường xương (ABG) trên 40dB tức là có tổn thương chuỗi xương con.

2. Kỹ thuật gỡ xơ dính giải phóng chuỗi xương con cho kết quả không ổn định ở cả 3 tần số 500Hz, 1000Hz và 2000Hz sau một năm. Trái lại thay thế xương con đơn thuần (xương đe hoặc xương bàn đạp) bằng trụ gồm sinh học cho kết quả tăng sức nghe ổn định và bền vững hơn hẳn kỹ thuật gỡ xơ dính đơn thuần.

3. Kỹ thuật nội soi qua đường ống tai điều trị bệnh xơ nhĩ tai giữa (Phong's technique) mang lại hiệu quả vượt trội so với kính hiển vi phẫu thuật cả về tính hiệu quả của phẫu thuật cũng như tính kinh tế. Kỹ thuật lại sử dụng chính bộ nội soi phẫu thuật xoang làm chủ đạo nên nó rất khả thi về tính ứng dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Stakovic.** (2009). Hearing results of surgery for tympanosclerosis. EUFOS Vol. 266
2. **Asiri S, Hasham A, al Anazy F, et al** (1999). Tympanosclerosis: Review of literature and incidence among patients with middle-ear infection. J laryngol Otol.113(12): 1076-80
3. **McRea D, Gatland DJ, Yongs R, et al** (1989). Aspiration of middle ear effusions prior to grommet insertion an etiological factor in tympanosclerosis. J Otolaryngol. 18(5): 229-31
4. **Vincent R, Oates J, Sperlin NM** (2002). Stapedotomy for tympanosclerotic stapes fixation. Otol Neurotol. 23(6):866-72.
5. **Hampal S, Flood LM, Kumar BU** (1991). The mini-grommet and tympanosclerosis. J laryngol Otol. 105(3): 161-4.
6. **Nguyễn Tấn Phong** (2000). Phẫu thuật tai. NXB Y học Hà nội
7. **Nguyễn Tấn Phong** (2009). Phẫu thuật nội soi chức năng tai. NXB Y học Hà Nội

KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG DINOPROSTONE TRÊN THAI PHỤ CÓ CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ

Dương Mỹ Linh¹, Vũ Quốc Nhân¹, Lưu Thị Thanh Đào¹,
Bùi Quang Nghĩa¹, Trương Quỳnh Trang¹, Hứa Kim Chi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: khởi phát chuyển dạ là biện pháp được sử dụng rộng rãi trên thế giới cũng như Việt Nam. Tỷ lệ sử dụng chung được ghi nhận là 9,6% trên thế giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả

khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone trên thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 130 thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng Dinoprostone tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ 5/2020 – 8/2022. Sau 24 giờ rút Dinoprostone tiến hành đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ thành công khi chỉ số Bishop tăng ≥ 3 điểm, cổ tử cung ≥ 3 cm và theo dõi những dấu hiệu bất thường trong quá trình khởi phát chuyển dạ. **Kết quả:** tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công là 89,2%; thai từ 37 – 39 tuần có tỷ lệ thành công là 100%; Bishop > 2 điểm có tỷ lệ thành công 94,1% so với Bishop ≤ 2 điểm là 80%; chỉ số Bishop trung bình

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Dương Mỹ Linh

Email: dbmlinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023