ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH HỐ MỔ KHOÉT CHŨM TIỆT CĂN BÍT LẤP HỐ MỔ BẰNG BỘT XƯƠNG TỰ THÂN

Lê Nhất Oai[1], Trần Phan Chung Thủy[1], Nguyễn Tấn Phong[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình hố mổ khoét chũm tiệt căn (KCTC) bít lấp hố mổ bằng bột xương tự thân. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp, không nhóm chứng, có so sánh trước sau với 22 bệnh nhân sau KCTC được điều trị phẫu thuật chỉnh hình hố mổ tại một số bệnh viện từ tháng 11/2018 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Trong số 22 trường hợp cho thấy tai khô sau mổ là 20/22 (90,9); màng nhĩ liền có 19/21 ca (86,4%). Biểu bì hoá toàn bộ có 21/22 ca (95,5%). Ngưỡng nghe trung bình (PTA) sau mổ 52,03±30,06dB so với trước mổ 64,69±26,87dB ở nhóm không chỉnh hình xương con (CHXC), và 56,61±15,75db sau mổ so với trước mổ 67,59±20,40 ở nhóm có CHXC và đều thấp hơn so với trước mổ ở tất cả các tần số. Khoảng cách đường khí – đường xương (ABG) trung bình thay đổi rõ ràng ở nhóm có CHXC sau mổ là 24,55±12,43db ở so với trước mổ 38,48±13,50 dB. ABG đều thấp hơn so với trước mổ ở cả 2 nhóm. Kích thước hố mổ theo tỉ lệ Va/S sau mổ nhỏ hơn trước mổ (25,87 so với 47,17). Tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp: 1/22 ca bị nhiễm trùng (4,5%) và 1/22 ca (4,5%) có hoại tử, bong vạt da. **Kết luận**: 6 tháng sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ khô tai sau mổ đạt 20/22 (90,9%), hình thái giải phẫu, các triệu chứng cơ năng được cải thiện. Phẫu thuật không gây suy giảm sức nghe, thậm chí còn phục hồi. Có thể thấy phẫu thuật chỉnh hình hố mổ KCTC bít lấp hố mổ bằng bột xương tự thân là một kỹ thuật đem lại kết quả tốt, thực hiện an toàn, có thể ứng dụng ngay ở lần phẫu thuật đầu tiên hoặc phẫu thuật chỉnh hình lại hố mổ. ***Từ khóa:*** chỉnh hình hố mổ khoét chũm tiệt căn, bít lấp hố mổ, bột xương tự thân.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF REVISION TYMPANOMASTOIDECTOMY WITH AUTOLOGOUS BONE PATE OBLITERATION

Objectives: Evaluation of results of revision tympanomastoidectomy with autologous bone pate obliteration. **Objects and Methods:** Using a The study design describes a intervention case by case that did not have a control group, with a before-after comparison with 22 patients after radical mastoidectomy were treated with revision surgery at some hospitals from November 2018 to March 2023. **Results:** Among 22 cases, showing that dry ear postoperation was 20/22 (90.9%); The tympanic membrane healed amount 19/21 cases (86.4%). Total epidermalization mastoid cavity had 21/22 cases (95.5%). The pure tone average (PTA) value after surgery was 52.03±30.06dB comprared to preoperation (64.69±26.87dB) in non ossiculoplasty group, and in group ossiculoplasty was 56.61±15.75db compared to 67.59±20.40. PTA postoperation was lower compared to preoperation at all frequencies.The mean air bone gap (ABG) clearly changed in the group of ossiculoplasty after surgery was 24.55±12.43db compared with 38.48±13.50 dB before surgery. ABG was lower than before surgery in both groups. The size of the cavity according to the ratio Va/S after surgery was smaller than before surgery (25.87 with 47.17). The rate of complications was low: 1/22 cases were infected (4.5%) and 1/22 (4.5%) cases had necrosis and peeling of the skin flap. **Conclusion:** 6 months after surgery, the rate of dry ear was 20/22 (90.9%), anatomical morphology, functional symptoms were improved. This surgery was not more decrease hearing loss, even recovery. It can be seen that the revision tympanomastoidectomy with autologous bone pate obliteration is a technique with good results, performed safely, and can be applied at the first mastoidectomy or revision mastoidectomy.

Keywords: Revision tympanomastoidectomy, obliteration mastoid cavity, autologous bone pate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật khoét chũm tiệt căn (KCTC) được đặt ra với tất cả các trường hợp viêm xương chũm có biến chứng. Gần đây đã có nhiều thay đổi với kỹ thuật KCTC đã phần nào khắc phục được nhược điểm của hố mổ khoét chũm, tuy nhiên kể cả KCTC kinh điển và cải biên thì tình trạng chảy dịch tai sau phẫu thuật vẫn thường gặp. Với các kỹ thuật thu nhỏ hố mổ chũm bằng sụn, xương, mỡ, các vạt cân – cơ, các vật liệu tổng hợp, các kỹ thuật chỉnh hình hố mổ chũm chỉnh hình cửa tai, không những đã gia tăng tỷ lệ khô tai sau mổ KCTC lên đến 80-95% [1][2], mà còn rút ngắn thời gian khô tai sau mổ (77,7 – 81% khô tai sau mổ 2 tháng). Ngoài biến đổi cấu trúc và chức năng do bệnh lý và do chính phẫu thuật KCTC gây ra, các hố mổ KCTC tiếp tục chịu sự chi phối của quá trình viêm và xơ hóa đan xen sau phẫu thuật làm cho các hố mổ tiếp tục bị biến đổi về mặt hình thái và suy giảm về mặt chức năng gây nên tình trạng nghe kém tiến triển.

Việc xử lý hố mổ viêm bao gồm: điều trị viêm hố mổ chũm bằng nội khoa, thu hẹp hố mổ chũm nhằm san phẳng tường dây VII và điều chỉnh chỉ số Va/S (Thể tích hố mổ/ diện tích cửa

[1]*Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Nhất Oai
Email: leoai0041@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 8.8.2023

tai). Các chất liệu thu hẹp hố mổ đã được sử dụng như: cân cơ, sụn, bột xương, mỡ, bột gốm…[3][4][5] đã cho những kết quả đáng kể. Xử lý hố mổ viêm sẽ là tiền đề cho việc phẫu thuật chỉnh hình tai giữa phục hồi chức năng nghe cho bệnh nhân sau này.

Mặc dù phẫu thuật KCTC đã được nhiều các tác giả trong và ngoài nước nói đến, tuy nhiên chúng ta luôn luôn cần cải tiến phẫu thuật để hoàn thiện hơn, kể cả những phẫu thuật khôi phục lại hố mổ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khắc phục các di chứng của KCTC bằng việc sử dụng bột xương tự thân để thu hẹp hố mổ, với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình hố mổ KCTC bít lấp hố mổ bằng bột xương tự thân tại một số bệnh viện".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: Bệnh nhân sau phẫu thuật khoét chũm tiệt căn được điều trị phẫu thuật chỉnh hình hố mổ bằng bột xương tự thân.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật KCTC điều trị VTGMT với 2 phương pháp KCTC kinh điển, KCTC cải biên, sau mổ vẫn chảy dịch tai từng đợt hoặc kéo dài. Được khám lâm sàng và nội soi đánh giá trước mổ.Các hồ sơ bệnh án lưu trữ, ghi chép đầy đủ.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử KCTC do các nguyên nhân như: do U xương, do lao

- Địa điểm, thời gian: Từ tháng 11/2018 đến tháng 3/2023 tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, Bệnh viện Bộ Công An 198, Bệnh viện Đa khoa An Việt, Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc, Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Lặc – Thanh Hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp, không nhóm chứng, có so sánh trước sau

- Cỡ mẫu và Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm 22 bệnh nhân đủ điều kiện tại một số bệnh viện từ tháng 11/2018 đến tháng 3/2023 đưa vào nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Triệu chứng cơ năng và thực thể, giải phẫu: cơ năng (chảy tai, ù tai, nghe kém,…), màng nhĩ (liền, xẹp, xơ hoá,...), tường dây VII, tình trạng hố mổ (khô, trơn nhẵn, biểu bì hoá,…). So sánh Tỉ lệ Va/S trước mổ (Va được đo bằng thể tích nước muối đưa vào hố mổ, S là diện tích chỗ hẹp nhất cửa tai được tính theo công thức : $S=r^2 \times 3,14$).

- Đánh giá chức năng nghe: Chỉ số PTA, ABG trước và sau mổ.

- Biến chứng phẫu thuật: biến chứng sớm, biến chứng muộn

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ: Bệnh án nghiên cứu được nhóm tác giả tự xây dựng

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân được hẹn tái khám 6 tháng để đánh giá kết quả phẫu thuật.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được trên bệnh án nghiên cứu sẽ được rà soát, kiểm tra và được nhập, phân tích trên phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức, Hội đồng xét duyệt đề cương của trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch và được sự đồng ý cho triển khai của lãnh đạo các bệnh viện.

- Tất cả bệnh nhân đều được giải thích trước và tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho lãnh đạo bệnh viện, khoa phòng và bệnh nhân.

- Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân đều được quản lý và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả có 22 bệnh nhân có tái khám và được đánh giá sau mổ ở 6 tháng. Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả theo dõi trước-sau như sau:

Bảng 1. Thay đổi triệu chứng cơ năng và thực thể sau phẫu thuật 6 tháng

Nội dung			Trước phẫu thuật (N=22)	Sau phẫu thuật (N=22)
Cơ năng	Có chảy tai		22(100%)	2(9,1%)
	Có nghe kém	Có CHXC	14(63,6%)	8(36,4%)
		Không CHXC	7(31,8%)	5(22,7%)
	Có ù tai		14(63,6%)	6(27,3%)
Màng nhĩ	Liền		11(50,0%)	19(86,4%)
	Xẹp, xơ hoá		11(50,0%)	5(22,7%)
Tường dây VII	Thấp		6(27,3%)	22(100%)
Hố mổ	Khô		4(18,2%)	20(90,9%)
	Trơn nhăn		0(0,0%)	19(86,4%)
	Ứ đọng biểu bì, chất bẩn		22(100%)	1(4,5%)
	Biểu bì hóa toàn bộ		6(27,3%)	21(95,5%)
	Không còn ngăn		0(0,0%)	22(100%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật 6 tháng, các triệu

chứng cơ năng và thực thể có thay đổi so với trước: chảy tai giảm từ 100% xuống 9,1%, nghe kém giảm từ 21/22 ca (95,5%) xuống 13/22 ca (59,1%). Trong 21 ca nghe kém trước phẫu thuật thì có 14/22 ca có chỉnh hình xương con (CHXC) (63,6%), sau phẫu thuật chỉ còn 8/22 ca (36,4%).

Sau phẫu thuật tỉ lệ màng nhĩ liền là 19/22 (86,4%). Tất cả 22/22 ca (100%) sau phẫu thuật tường dây VII thấp. Hố mổ khô có 20/22 ca (90,9%), trơn nhẵn có 19/22 ca (86,4%), chỉ có 1/22 ca (4,5%) còn ứ đọng chất bẩn.

Bảng 2. So sánh chỉ số Va/S trước và sau mổ

Kích thước hố mổ (tỉ lệ Va/S) (mm)	Trước mổ (N=22)	Sau mổ (N=22)
TB±SD	47,17±25,09	25,87±16,03
Min-Max	15,44-95,54	9,20-76,43
p* (T-Test)	0,001	

Nhận xét: Trung bình chỉ số Va/S (kích thước hố mổ) sau mổ 6 tháng nhỏ hơn so với trước mổ (25,87 mm so với 47,17 mm), có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Trung bình ngưỡng nghe đường khí ở từng tần số

Tần số AC (dB)		500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz
Nhóm có CHXC (n=14)	Trước mổ	67,86±21,55	64,29±22,00	65,36±24,61	72,86±25,09
	Sau mổ 6 tháng	56,07±14,03	52,14±15,90	53,21±17,17	65,00±28,22
Nhóm không CHXC (n=8)	Trước mổ	63,75±22,64	64,38±24,27	66,88±31,84	63,75±32,49
	Sau mổ 6 tháng	51,25±26,69	51,88±28,90	53,13±34,22	51,88±31,95

Nhận xét: Trung bình ngưỡng nghe đường khí (PTA) sau mổ đều nhỏ so với trước mổ ở từng tần số, có ý nghĩa thống kê (p<0,05, sử dụng T-test).

Bảng 4. Phân bố PTA trước và sau mổ

PTA (dB)	Nhóm có CHXC		Nhóm không CHXC	
	Trước mổ (n=14)	Sau mổ (n=14)	Trước mổ (n=8)	Sau mổ (n=8)
10 -15	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
16 - 40	1 (7,1%)	3 (21,4%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
41 – 55	2 (14,3%)	3 (21,4%)	4 (50,0%)	3 (37,5%)
56 – 70	5 (35,7%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
71 – 90	4 (28,6%)	4 (28,6%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)
> 90	2 (14,3%)	0 (0,0%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
Trung bình	67,59±20,40	56,61±15,75	64,69±26,87	52,03±30,06

Nhận xét: Giá trị trung bình của PTA sau mổ thấp hơn trước mổ ở cả 2 nhóm có CHXC và không CHXC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong đó PTA ≤ 40 dB, sau mổ 6 tháng tăng lên có 6/22 (27,3%).

Bảng 5. Thay đổi chỉ số ABG trung bình trước và sau mổ

Tần số	Nhóm có CHXC		Nhóm không CHXC	
	Trước mổ (n=14)	Sau mổ (n=14)	Trước mổ (n=8)	Sau mổ (n=8)
500Hz	43,57 ± 17,50	28,21±15,64	41,88 ±14,62	34,38±12,37
1000Hz	41,79±16,60	25,36±14,07	42,50±11,02	34,38±9,80
2000Hz	30,71±14,12	17,50±12,05	34,38±9,04	24,38±14,50
4000Hz	37,86±15,90	27,14±12,67	36,88±10,67	29,38±12,66

Nhận xét: So với trước phẫu thuật thì chỉ số ABG trung bình sau mổ nhỏ hơn ở tất cả các tần số ở cả 2 nhóm có CHXC và không CHXC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Bảng 6. Phân bố chỉ số ABG trước và sau mổ

ABG (dB)	Nhóm có CHXC		Nhóm không CHXC	
	Trước mổ (n=14)	Sau mổ (n=14)	Trước mổ (n=8)	Sau mổ (n=8)
≤10	1 (7,1%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
11 - 20	0 (0,0%)	7 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (12,5%)
21 – 30	3 (21,4%)	2 (14,3%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
> 30	10 (71,4%)	4 (28,6%)	7 (87,5%)	4 (50,0%)
Trung bình	38,48±13,50	24,55±12,43	38,91±9,48	30,63±10,11

Nhận xét: Trước mổ đa số ABG ở mức > 30 dB (kém) với 10/14 ca (71,4%) ở nhóm có CHXC và 7/8 ca (87,5%) ở nhóm không CHXC. Sau mổ tỉ lệ ABG ở mức > 30dB giảm xuống còn 4/14 ca

(28,6%) ở nhóm có CHXC và 4/8 ca (50,0%) ở nhóm không CHXC. Tỉ lệ chỉ số ABG ở mức 11-20 (tốt) trước mổ là 0,0% ở cả 2 nhóm, sau mổ tăng lên có 7/14 ca (50,0%) ở nhóm có CHXC và 1/8 ca (12,5%) ở nhóm không CHXC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 7. Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật (n=22)

Tai biến, biến chứng		n	%
Tai biến, biến chứng sớm	Chảy máu	0	0
	Liệt mặt	0	0
	Nhiễm trùng	1	4,5
Biến chứng muộn	Hoại tử, bong vạt da	1	4,5
	Sự đùn ra của vật liệu	0	0

Nhận xét: Qua theo dõi được 22 trường hợp sau mổ ghi nhận có 1/22 ca (4,5%) bị nhiễm trùng. Biến chứng muộn ghi nhận 1/22 ca (4,5%) có hoại tử, bong vạt da.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phục hồi về mặt giải phẫu và triệu chứng lâm sàng

Tạo ra được hố mổ khô là mục tiêu hàng đầu cho bệnh nhân chỉnh hình hố mổ KCTC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật có 20/22 ca (90,9%) khô tai là sự cải thiện rõ rệt nhất, ngoài ra cũng chỉ còn có 6/22 ca (27,3%) ù tai trong khi trước phẫu thuật tỉ lệ này là 14/22 ca (63,6%). Tình trạng nghe kém của bệnh nhân cũng được cải thiện, tỉ lệ này giảm từ 21/22 ca (95,5%) xuống 13/22 ca (59,1%), trong đó nghe kém ở nhóm có CHXC giảm rõ rệt hơn từ 14/22 (63,6%) trường hợp xuống còn 8/22 (36,4%) trường hợp.

San phẳng tường dây VII để hòa hố mổ vào ống tai là một trong những tiêu chí đặt ra trong kỹ thuật bít lấp hố mổ. Một số tác giả cũng đã có khuyến cáo để đạt được hiệu quả khô tai sau KCTC phải chú trọng đến kỹ thuật hạ thấp tường dây VII tối đa để hoà hố mổ chũm vào ống tai. Tuy nhiên trong kỹ thuật bít lấp hố mổ thì tường dây VII không cần thiết phải hạ thấp tối đa, nó chỉ nên được làm nhẵn và hạ thấp vừa phải đủ để kiểm soát bệnh tích, bởi khi tường dây VII còn cao thì việc bít lấp trở nên thuận tiện hơn, và vì vậy ít bị tổn thương dây thần kinh mặt, thêm vào đó nó cũng giúp cho việc chỉnh hình tai giữa, chỉnh hình xương con dễ dàng hơn bởi tăng khoảng trống hòm nhĩ. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành hạ thấp tường dây VII vừa đủ để kiểm soát bệnh tích, 22/22 ca (100%) được theo dõi tái khám sau mổ đều có tường dây VII không còn cao, do đó mà sau mổ cũng có tới 20/22 ca (90,9%) hố mổ khô. Bên cạnh đó giải phẫu của hố mổ cũng được cải thiện rõ rệt, biểu hiện như: có 19/22 (86,4%) có bề mặt trơn nhẵn, chỉ có 1/22 ca (4,5%) còn ứ đọng biểu bì, chất bẩn.

Tỷ lệ Va/S: Một trong những tiêu chí giúp đánh giá kết quả tốt của phẫu thuật là kích thước hố mổ tính theo công thức Va/S sau mổ có giảm so với trước mổ. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ Va/S sau mổ là 25,87 ± 16,03 giảm đáng kể so với trước mổ là 47,17 ± 25,09, có ý nghĩa thống kê (p=0,001). Việc thu nhỏ hố mổ chũm cũng góp phần làm khô hố mổ, một số nghiên cứu cho thấy khi thu hẹp hố mổ chũm làm giảm tỉ lệ chảy tai và tổ chức hạt sau mổ[5][6].

Mục đích của hố mổ KCTC là tạo ra hố mổ trơn nhẵn, hố mổ được biểu bì hóa để duy trì khả năng tự dẫn lưu đảm bảo hố mổ khô sạch. Nếu hố mổ không biểu bì hóa, hở xương hoặc tổ chức viêm phát triển sẽ thường xuyên xuất tiết dịch và bội nhiễm. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận sau phẫu thuật 6 tháng có 21/22 ca (95,5%) biểu bì hoá toàn bộ hố mổ, tỉ lệ này trước mổ là 12/22 ca (37,5%), kết quả này cũng tương đương trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Huy (2018) là sau mổ có 6 tháng có 59/67 ca (88,1%); tác giả cũng cho rằng việc biểu bì hoá có liên quan đến tình trạng hố mổ khi có 8/59 biểu bì hoá không hoàn toàn chỉ có 3 tai hố mổ khô, 5 tai hố mổ còn chảy dịch ít[6].

Phục hồi màng nhĩ, xương con không phải là mục tiêu chính trong trường hợp tai đang chảy dịch, tuy nhiên nó giúp ngăn cách khoang tai giữa mới được tạo hình với môi trường ngoài, đưa niêm mạc tai giữa trở về điều kiện sinh lý, ngăn chặn tình trạng xơ hóa và tổn thương niêm mạc của hòm nhĩ, đồng thời giảm chảy tai sau mổ. Vì vậy trong những trường hợp cho phép nhóm nghiên cứu vẫn cố gắng tái tạo hoặc tăng cường màng nhĩ, chỉnh hình xương con cho bệnh nhân.

Với tình trạng thủng rộng màng nhĩ và viêm nhiễm của hòm nhĩ thường gặp trên các hố mổ KCTC trước mổ, việc tái tạo màng nhĩ theo các kỹ thuật thông thường có nhiều khả năng đưa đến thất bại. Tuy nhiên, với các kỹ thuật đã sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi đã đạt được tỉ lệ thành công tương đối cao với 19/22 bệnh nhân (chiếm 86,4%) có màng nhĩ liền tốt sau phẫu thuật 6 tháng tái khám. Kết quả của chúng tôi tương đương trong nghiên cứu của Phạm Thanh Thế (2017) khi cho kết quả sau mổ có 33/42 bệnh nhân (78,6%) màng nhĩ liên tốt[5], thấp hơn của tác giả Nguyễn Hoàng Huy (2018) là 64/67 bệnh nhân (95,5%) có màng nhĩ liền

sau 6 tháng[6], điều này có thể do cỡ mẫu của tác giả lớn hơn.

Tai biến, biến chứng: Biến chứng sớm ghi nhận có 1/22 ca (4,5%) bị nhiễm trùng được điều trị bằng kháng sinh phối hợp, cắt chỉ ngắt quãng, sau 10 ngày bệnh nhân ổn định. Biến chứng muộn ghi nhận 1/22 ca (4,5%) có hoại tử, bong vạt da được xử trí cắt lọc và đặt lại Merocel tai sau 1 tuần ổn định.

4.2. Phục hồi về chức năng nghe. Sức nghe của bệnh nhân sau mổ dựa vào chỉ số PTA cho thấy có sự cải thiện, trung bình ngưỡng nghe đường khí sau mổ đều nhỏ so với trước mổ ở từng tần số (p<0,05, sử dụng T-test), trung bình PTA sau mổ là 52,03±30,06dB so với trước mổ là 64,69±26,87dB ở nhóm không CHXC, và 56,61±15,75db sau mổ so với trước mổ là 67,59±20,40 ở nhóm có CHXC . Nếu như trước mổ chỉ có 2/22 ca (9,1%) có PTA dưới 40 dB thì tỉ lệ này sau mổ là 6/22 bệnh nhân (27,3%). Kết quả của chúng tôi có thấp hơn ở một số tác giả như Phạm Thanh Thế (2017), khi PTA sau mổ là 34,2±16,7 dB so với 52,6 ± 12,7 dB trước mổ, PTA < 30dB sau mổ có 19/42 (45,2%)[5]. Tác giả Nguyễn Hoàng Huy (2018) cũng cho kết quả PTA giảm từ 49,70 ± 1,40 dB xuống 36,47±1,0 dB sau mổ, PTA≤40 tăng từ 18/67 ca (26,9%) lên 47/67 ca (70,2%) sau mổ[6].

Tương tự, khi đánh giá khoảng ABG cho thấy so với trước phẫu thuật thì chỉ số ABG trung bình sau mổ nhỏ hơn ở tất cả các tần số ở cả 2 nhóm. Sau mổ, mức11-30dB tăng từ 4/22 ca (18,2%) lên 13/22 ca (59,1%). Khoảng ABG trung bình sau mổ ở nhóm có CHXC là 24,55±12,43 dB so với trước mổ là 38,48±13,50 dB sự thay đổi rõ ràng hơn so với nhóm không CHXC có ABG sau mổ là 30,63±10,11 so với trước mổ là 38,91±9,48. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Thị Tố Uyên (2018) khi có ABG giảm từ 30,6±11,1 dB xuống 24,0±9,8 dB sau mổ, ABG ≤ 30dB tăng từ 19/34 ca (55,9%) lên 26/34 ca (76,5%) sau mổ[7]. Kết quả này có thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả như: Phạm Thanh Thế (2017) khi có ABG sau mổ là 19,4±13,3 dB giảm nhiều so với trước mổ là 36,9 ±9,2 dB; ABG ≤30 dB tăng từ 0/42 ca (0%) trước mổ lên 34/42 ca (81,0%) sau mổ[5]. Tác giả Nguyễn Hoàng Huy (2018) cho kết quả ABG sau mổ là 20,11±6,92 dB giảm nhiều so với trước mổ là 35,03±1,058 dB; ABG ≤ 30 dB trước mổ có 24/43 ca (35,8%) tăng lên sau mổ là 38/43 ca (92,5%)[6].

Điều này có thể giải thích do tình trạng tổn thương về mặt giải phẫu và sức nghe của các bệnh nhân chúng tôi trước mổ tương đối nặng nề, phẫu thuật được cố gắng thực hiện trong một thì khi niêm mạc tai giữa phần lớn có viêm nhiễm mạn tính, sự xơ hóa, phù nề, chảy máu gây khó khăn cho phẫu thuật chỉnh hình xương con. Một số tác giả cũng đã đưa ra nhận định khả năng phục hồi sức nghe sau mổ tuỳ thuộc rất lớn vào hình thái tổn thương xương con trước mổ[3][5].

V. KẾT LUẬN

Phục hồi về mặt giải phẫu, triệu chứng lâm sàng. Sau phẫu thuật tai khô, không chảy dịch là 20/22 ca (90,9%); có ù tai có 6/22 ca (27,3%); nghe kém giảm từ 21/22 ca (95,5%) xuống 13/22 ca (59,1%),

Sau phẫu thuật, 22/22 ca (100%) tường dây VII được hạ thấp.

Màng nhĩ liền 19/21 ca (86,4%); có xẹp, xơ hoá có 5/22 ca (22,7%).

Giải phẫu hố mổ: hố mổ khô có 20/22 ca (90,9%), trơn nhẵn có 19/22 ca (86,4%), biểu bì hoá toàn bộ có 21/22 ca (95,5%).

Trung bình chỉ số Va/S (kích thước hố mổ) sau mổ nhỏ hơn so với trước mổ (25,87 so với 47,17), có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Phục hồi về chức năng nghe. Giá trị PTA trung bình sau mổ là 52,03±30,06dB so với trước mổ là 64,69±26,87dB ở nhóm không CHXC, và 56,61±15,75db sau mổ so với trước mổ là 67,59±20,40 ở nhóm có CHXC và đều thấp hơn so với trước mổ ở tất cả các tần số, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Khoảng ABG trung bình thay đổi rõ ràng ở nhóm có CHXC sau mổ là 24,55±12,43db ở so với trước mổ 38,48±13,50 dB. ABG đều thấp hơn so với trước mổ ở cả 2 nhóm, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Tai biến, biến chứng: Biến chứng sớm ghi nhận có 1/22 ca (4,5%) bị nhiễm trùng. Biến chứng muộn ghi nhận 1/22 ca (4,5%) có hoại tử, bong vạt da.

Ưu điểm của phẫu thuật là đạt được tỷ lệ khô tai sau phẫu thuật cao, san phẳng tường dây VII để hòa hố mổ vào ống tai. Phẫu thuật này cũng có thể thực hiện ở ngay lần đầu tiên của phẫu thuật KCTC để tránh cho bệnh nhân phải phẫu thuật chỉnh hình hố mổ sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. I. Kos** (2004), "Anatomic and functional long-term results of canal wall-down mastoidectomy", Ann Otol Rhinol Laryngol. 113(11), 872-6.
2. **V. Singh M. Atlas** (2007), "Obliteration of the persistently discharging mastoid cavity using the

middle temporal artery flap", Otolaryngol Head Neck Surg. 137(3), 433-8.
3. **Nguyễn Tấn Phong** (2018), "Xử lý tai biến và di chứng hố mổ tiệt căn xương chũm", Chuyên đề Tai Mũi Họng và Phẫu Thuật Đầu Cổ, Hội Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh, Nhà Xuất Bản Y Học, 118-121.
4. **R. P. Mehta J. P. Harris** (2006), "Mastoid obliteration", Otolaryngol Clin North Am. 39(6), 1129-42.
5. **Phạm Thanh Thế** (2017), Nghiên cứu chỉnh hình tai giữa trên hố mổ khoét chũm tiệt căn. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Hoàng Huy** (2018), Đánh giá kết quả chỉnh hình màng nhĩ xương con, đồng thời với phẫu thuật khoét chũm tiệt căn. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Tố Uyên** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiệt 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.

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA MÁU Ở NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH CƯỜNG TUYẾN CẬN GIÁP

Nguyễn Ánh Ngọc[1], Trần Ngọc Lương[1], Mai Văn Viện[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá biến đổi sinh hóa các chỉ số nồng độ parathyroidhormone (PTH), canxi toàn phần và canxi ion hóa máu sau phẫu thuật điều trị bệnh cường tuyến cận giáp (CTCG), các biến chứng liên quan như hạ canxi, hội chứng xương đói, cường cận giáp tái phát. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu tiến cứu mô tả 244 BN CTCG được chẩn đoán xác định và điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 3/2016 đến tháng 9/2019. **Kết quả**: Tổng 244 BN CTCG gồm 38 BN CTCG nguyên phát (NP), 141 BN CTCG thứ phát (TP), 65 BN CTCG tam phát (TaP) được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật. Nồng độ PTH, canxi toàn phần và canxi ion máu giảm nhanh sau phẫu thuật ở tất cả trường hợp. Hạ canxi máu sau mổ CTCG NP: 10,5%, CTCG TP: 64,5% và CTCG TaP: 69,2%. Hội chứng xương đói: CTCG NP: 2,6%, CTCG TP: 46,1% và CTCG TaP: 46,2%. Cường tuyến cận giáp tái phát sau phẫu thuật: CTCG NP: 0%, CTCG TP: 9,2% và CTCG TaP: 6,2%. **Kết luận**: Sau phẫu thuật các chỉ số sinh hóa đều được cải thiện. Hạ canxi máu sau mổ ít gặp ở CTCG NP, hay gặp ở CTCG TP và CTCG TaP. Hội chứng xương đói gặp nhiều ở CCG TP và CCG TaP. Cường cận giáp tái phát sau phẫu thuật chỉ gặp ở CTCG TP và CTCG TaP.

Từ khóa: phẫu thuật tuyến cận giáp, hạ canxi máu, hội chứng xương đói, CTCG tái phát.

SUMMARY

RESEARCH ON SOME BIOCHEMICAL CHANGES AFTER SURGERY FOR TREATMENT OF HYPERPARATHYROIDISM

Objectives: To evaluate some biochemical changes after surgery to treat hyperparathyroidism and some associated complications such as hypocalcemia, starvation bone syndrome, recurrent hyperparathyroidism. **Subjects and methods**: A prospective, cross-sectional study of 244 patients diagnosed with hyperparathyroidism and treated by surgery at the National Hospital of Endocrinology from 3/2016 to 9/2019. **Results**: A total of 244 patients including 38 primary HPT (pHPT), 141 secondary HPT (sHPT), 65 tertiary HPT (tHPT) were diagnosed and treated by surgery. The concentration of PTH, total calcium and ionic calcium in the blood decreased rapidly after surgery in all cases. Postoperative hypocalcemia: pHPT: 10.5%, sHPT: 64.5% and tHPT: 69.2%. Hunger bone syndrome: pHPT: 2.6%, sHPT: 46.1%, tHPT: 46.2%. Recurrent hyperparathyroidism after parathyroidectomy: pHPT: 0%, sHPT: 9.2%, tHPT: 6.2%. **Conclusion**: After parathyroidectomy, the biochemical indicators were improved. Postoperative hypocalcemia is uncommon in pHPT, and is common in sHPT and tHPT. Hungry bone syndrome is common in sHPT and tHPT. Recurrent hyperparathyroidism after parathyroidectomy is only seen in sHPT and tHPT. ***Keywords:*** parathyroid surgery, hypocalcemia, hungry bone syndrome, recurrent hyperparathyroidism.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường tuyến cận giáp (CTCG) là bệnh lý do tăng quá mức hormone PTH của tuyến cận giáp do u hay quá sản tuyến cận giáp gây ra.

Cường tuyến cận giáp bao gồm: CTCG nguyên phát, CTCG thứ phát, CTCG tam phát và giả CCG cận ung thư. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, CTCG sẽ dẫn đến những triệu chứng nặng nề trên xương, thận, thần kinh cơ, da, mô mềm [1]…

Điều trị CTCG hiện nay bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Điều trị ngoại khoa bệnh CTCG hiện nay là phương pháp chủ yếu và hiệu quả nhất. Tuy nhiên ở nước ta hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị bệnh CTCG. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá một số biến đổi sinh hóa sau

[1]*Bệnh viện Nội tiết Trung ương*
[2]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ánh Ngọc
Email: drmimeo@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 8.8.2023