

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ KHOẾT CHŨM TIẾT CĂN CÒN CHẢY DỊCH

Lê Nhất Oai¹, Trần Phan Chung Thủy¹, Nguyễn Tấn Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đã mổ khoét chũm tiết căn còn chảy dịch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp trên đối tượng là 32 bệnh nhân sau phẫu thuật khoét chũm tiết căn còn chảy dịch được điều trị phẫu thuật chỉnh hình hố mổ. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là chảy mủ tai có 32/32 ca (100%) và nghe kém có 30/32 ca (93,8%). Có 5 vấn đề thường gặp gây mất ổn định của hố mổ là: chít hẹp cửa tai 2/32 ca (6,3%); tường dây VII cao có 21/32 (65,6%); da lót hố mổ mỏng có 12/32 (37,5%). Màng nhĩ thủng có 17/32 ca (53,1%) với 7/32 ca thủng toàn bộ (21,9%), tỷ lệ tái phát cholesteatoma 8/32 ca (25%). Có 29/29 ca (100%) có gián đoạn xương con, trong đó: 29/29 ca (100%) mất toàn bộ xương đe, có 26/29 (89,7%) mất toàn bộ xương búa, 4/29 ca (13,8%) cổ đỉnh để đạp. Tổn thương sức nghe: có 18/30 ca (60%) sức nghe ở mức vừa, nặng. PTA trung bình là 66,4±21,2; ABG trung bình là 38,5±11,6. **Kết luận:** Các triệu chứng cơ năng, thực thể của bệnh nhân sau mổ khoét chũm tiết căn còn chảy dịch tương đối phức tạp, các vấn đề như tường dây VII cao, tồn dư hoặc tái phát bệnh tích, thể tích hố mổ lớn trong khi cửa tai không đủ rộng để có thể kiểm soát và chăm sóc sau mổ, sức nghe bệnh nhân có giảm nhiều, có thể là tiêu chuẩn đánh giá trước mổ và có giá trị tiên lượng cho phẫu thuật chỉnh hình hố mổ sau này.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, hố mổ khoét chũm tiết căn còn chảy dịch.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH RADICAL MASTOIDECTOMY WITH DRAINAGE

Objectives: Describe clinical and subclinical characteristics in patients with radical mastoidectomy with drainage. **Objects and Methods:** The study design describes an intervention case by case in which 32 patients, after radical mastoidectomy, still had drainage, were treated with revision tympanomastoidectomy. **Results:** The most common functional symptoms were purulent ear discharge with 32/32 cases (100%) and hearing loss with 30/32 cases (93,8%). There are 5 common problems causing instability of the mastoid cavity: stenosis of external auditory meatus in 2/32 cases (6,3%); high facial wall has 21/32 cases (65,6%); Skin cover the surgical

cavity is thin with 12/32 cases (37,5%). Perforated tympanic membrane had 17/32 cases (53,1%) with 7/32 cases of total perforation (21,9%), rate of recurrent cholesteatoma had 8/32 cases (25%). 29/29 cases (100%) had ossicular disruption, in which: 29/29 cases (100%) lost the entire incus, 26/29 cases (89,7%) lost the entire malleus, only 65,5% had stapedial footplate fixation 4/29 cases (13,8%). Hearing loss: 18/30 cases (60%) of hearing is moderate and severe. The mean PTA was 66,4±21,2; The mean ABG was 38,5±11,6. **Conclusion:** The functional and physical symptoms of patients after radical mastoidectomy are still relatively complicated. There are some problems as high facial wall, residual or recurrent lesions, the large mastoid cavity not suitable with small external auditory meatus so cannot clean ear at offices and the patient's hearing is greatly reduced, which can be preoperative assessment criteria and have prognostic value for revision tympanomastoidectomy.

Keywords: Clinical and subclinical characteristics, the radical mastoidectomy cavity still otorrhea.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoét chũm tiết căn (KCTC) là phẫu thuật điều trị các trường hợp viêm tai giữa mạn tính có Cholesteatoma. Phẫu thuật này có ưu điểm là giải quyết triệt để bệnh tích, tuy nhiên những nhược điểm rất căn bản của phẫu thuật KCTC này là để lại một hố mổ rộng, tình trạng chảy tai sau mổ và sự suy giảm thính lực trầm trọng, những di chứng này rất khó để giải quyết đến mức nhiều phẫu thuật viên còn cho rằng không thể xử lý được và chấp nhận một hố mổ như vậy[1].

Các di chứng của hố mổ KCTC bao gồm: viêm nhiễm hố mổ, biểu bì hóa niêm mạc hòm nhĩ, quá trình viêm và xơ hóa đan xen, mất cân xứng tỷ lệ Va/S, tường dây VII cao, tổn thương xương con trầm trọng, suy giảm thính lực, thu hẹp khoảng trống hòm nhĩ... Với sự phát triển và cải tiến kỹ thuật khoét chũm trong 1 thập kỷ gần đây, đã phần nào khắc phục được nhược điểm của phẫu thuật KCTC, tuy nhiên vấn đề giải quyết di chứng của hố mổ KCTC đến nay vẫn là khó khăn, thách thức đối với các nhà phẫu thuật tai. Ngoài việc phải chịu nghe kém sau KCTC, một số lượng không nhỏ bệnh nhân còn phải chịu việc chảy tai dai dẳng hoặc tái diễn, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, cũng như tổn kém rất nhiều thời gian và tiền bạc trong điều trị của người bệnh. [2],[3].

Để nhìn nhận chi tiết hơn về những vấn đề này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài với

¹Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nhất Oai

Email: leoai0041@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023

mục tiêu nhằm: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hố mỡ khoét chũm tiết căn còn chảy dịch".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đã KCTC được điều trị phẫu thuật chỉnh hình hố mỡ tại các bệnh viện trong thời gian nghiên cứu,

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN có tiền sử phẫu thuật KCTC điều trị viêm tai giữa mạn tính 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: tình trạng hố mỡ chũm, màng nhĩ

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử KCTC do các nguyên nhân: U xương thái dương, do lao

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

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, Bệnh viện quốc tế Thái Nguyên trong thời gian từ 11/2018 đến tháng 3/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu toàn bộ là 32 đối tượng đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Biến số nghiên cứu. Triệu chứng cơ năng; triệu chứng thực thể: hình thái màng nhĩ, tình trạng hòm nhĩ qua nội soi, tình trạng hố mỡ chũm, tình trạng của hệ thống xương con, thính lực đồ và phân loại sức nghe.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được trên bệnh án nghiên cứu sẽ được rà soát và kiểm tra lại. Sau đó số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 22. Kết quả được trình bày vào các bảng và biểu đồ.

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 trong danh sách địa điểm nghiên cứu.

- Tất cả bệnh nhân đều được giải thích 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 cá nhân của bệnh nhân đều

được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 32 bệnh nhân, nam giới có 13/32 người chiếm 40,6% và 19/32 nữ chiếm 59,4%. Độ tuổi trung bình là $38,9 \pm 13,4$, tuổi nhỏ nhất là 11 và lớn nhất là 69. Thời gian bắt đầu có các triệu chứng đầu tiên là $77,9 \pm 133,1$ tháng ($6,5 \pm 9,4$ năm), ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 612 tháng (51 năm)

Bảng 1: Triệu chứng thường gặp (N=32)

Đặc điểm		n	%
Triệu chứng cơ năng	Chảy mủ tai	32	100
	Ù tai	19	59,4
	Nghe kém	30	93,8
	Đau tai	12	37,5
	Chóng mặt	14	43,8
	Khác	4	12,5
Tần số chảy tai	Từng đợt	19	59,4
	Liên tục	13	40,6

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là chảy mủ tai chiếm 32/32 (100%), sau đó là nghe kém 30/32 (93,8%), ù tai có 19/32 ca (59,4%), chóng mặt có 14/32 ca (43,8%), đau tai có 12/32 (37,5%). Tần số chảy tai với 19/32 (59,4%) là chảy tai từng đợt, 13/32 (40,6%) các trường hợp là chảy tai liên tục.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể đôi chiếu phẫu thuật

Đặc điểm một số triệu chứng thực thể		n	%	
Hình thái hố mỡ chũm qua nội soi (n=32)	Ổng tai mềm	Rộng	30	93,8
		Chít hẹp	2	6,3
	Tường dây VII	Thấp	11	34,4
		Cao	21	65,6
	Da hố mỡ	Dày	20	62,5
Mỏng		12	37,5	
Tình trạng hòm nhĩ qua nội soi và phẫu thuật (n=29)	Niêm mạc hòm tai	Hồng bóng	6	20,7
		Mô hạt, polyp	19	65,5
		Vôi hóa cửa sổ tròn	4	13,8
Bệnh tích xương chũm (n=32) qua nội soi và phẫu thuật	Có cholesteatoma	8	25,0	
	Không có cholesteatoma	24	75,0	

Nhận xét: Ổng tai mềm rộng chiếm tỷ lệ cao nhất 30/32 ca (93,8%), tường dây VII cao chiếm 21/32 (65,6%), da hố mỡ dày có 20/32 ca (62,5%), tổ chức hạt, polyp đáy hố mỡ gặp trong 19/32 (46,9%) trường hợp, vôi hóa cửa sổ tròn 4/29 (10,7%) tỷ lệ tái phát cholesteatoma 8/32 (25%)

Bảng 3: Hình thái màng nhĩ (N=32)

Tình trạng	Màng nhĩ xẹp	Không xẹp	Vôi hóa	n
Lỗ thủng				
Không thủng	9	6	0	15
Bán phần	5	3	1	9
Gần toàn bộ	1	6	0	7
Có ống thông khí (OTK)	0	1	0	1

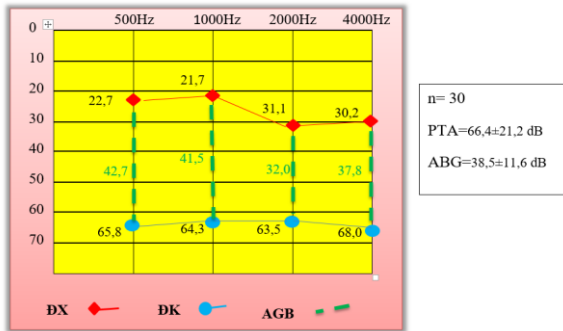
Nhận xét: Màng nhĩ không thủng chiếm tỷ lệ cao nhất 15/32 (46,9%), sau đó là lỗ thủng bán phần với tỷ lệ 9/32(28,1%), lỗ thủng gần toàn bộ chiếm tỷ lệ 21,9%, có 1 trường hợp màng nhĩ đang còn ống thông khí

Màng nhĩ không xẹp là 16/32 (50%), màng nhĩ xẹp chiếm 15/32 (46,9%), màng nhĩ vôi hóa 1/32 trường hợp.

Bảng 4. Tình trạng của hệ thống xương con (N=29)

Tình trạng của hệ thống xương con	n	%	
Xương búa	26	89,7	
Xương đe	29	100,0	
Xương bàn đạp	Nguyên vẹn	10	34,5
	Còn để đạp	19	65,5
	Cổ định	4	13,8

Nhận xét: Trong 29 ca đánh giá được tình trạng của hệ thống xương con qua phim CLVT và đối chiếu phẫu thuật cho thấy 26/29 (89,7%) mất toàn bộ xương búa, 29/29 (100%) ca mất toàn bộ xương đe, có 10/29 (34,5%) ca thấy xương bàn đạp còn nguyên vẹn, 19/29 (86,2%) còn để đạp và 4/29 ca (13,8%) cổ định xương bàn đạp.



Hình 6: Thính lực trung bình ở các tần số (N=30)

Nhận xét: PTA trung bình là 66,4±21,2; ABG trung bình là 38,5±11,6, khoảng ABG lớn nhất ở 2 tần số 500Hz và 1000Hz lần lượt là 42,7 và 41,5

Bảng 5: Phân loại nghe kém (N=30)

Loại nghe kém	Dẫn truyền	Hỗn hợp	Tiếp nhận	(n,%)
Phân độ				
Nhẹ	1	0	0	1(3,3%)

Vừa	8	1	0	9(30,0%)
Nặng	3	6	0	9(30,0%)
Rất nặng	0	5	0	5(16,7%)
Đặc đặc	0	5	1	6(20,0%)
n	12	17	1	30
	(40,0%)	(56,7%)	(3,3%)	(100%)

Nhận xét: Có 30 trường hợp có kết quả đo thính lực. Nghe kém hỗn hợp thường gặp nhất, có 17/30 ca (56,7%), nghe kém dẫn truyền có 12/30 ca (40,0%), có 1 trường hợp nghe kém tiếp nhận chiếm 3,3%. Mức độ nghe kém chủ yếu là vừa và nặng cùng có 9/30 ca (30,0%), đặc đặc gặp trong 6/30 (20,0%) trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng lâm sàng cơ năng

Chảy tai: là trong viêm tai giữa biểu hiện rất đa dạng tùy theo tình trạng bệnh tích và giai đoạn tổn thương. Chảy tai đa số gặp trong những đợt viêm cấp của viêm tai giữa mạn tính nhưng cũng có thể gặp chảy tai liên tục. Trong nghiên cứu của chúng tôi chảy tai xuất hiện ở 32/32 tai chiếm tỷ lệ 100%, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này tương đương hoặc cao hơn so với kết quả của một số tác giả: Nguyễn Hoàng Huy (2018) là 61/67 ca (91%)[4], Nguyễn Thị Tố Uyên (2018) là 44/57 (77,2%)[5], Trần Thịnh và cộng sự (2019) là 30/40 ca (75%)[6]. Tần suất chảy mủ tai có 19/32 ca (59,4%) từng đợt và có 13/19 ca (40,6%) chảy tai liên tục, kết quả này có khác so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Huy (2018): 50/61 ca chảy tai từng lúc (82,0%) và 11/61 ca chảy tai liên tục (18,0%)[4].

Nghe kém: thường là triệu chứng chính khiến bệnh nhân đi khám và tìm đến phẫu thuật tạo hình tai giữa. Kết quả trong nghiên cứu cho thấy có tới 30/32 (93,8%) ca có nghe kém. Tỷ lệ này tương đương với tác giả Nguyễn Hoàng Huy là 100%[4]. Trên thực tế nghiên cứu ở các bệnh nhân đã KCTC một bên tai và tai còn lại nghe tốt, bệnh nhân thường có xu hướng hài lòng với kết quả phẫu thuật KCTC và không muốn tiến hành tiếp phẫu thuật tạo hình tai giữa ở thì hai để phục hồi sức nghe.

Ù tai: là một triệu chứng cũng rất thường gặp trên các bệnh nhân sau khoét chũm. Có thể có rất nhiều nguyên nhân của tiếng ù như: tình trạng gián đoạn màng nhĩ, xương con, tình trạng viêm, đọng dịch của tai giữa và hố mỡ chũm,.... triệu chứng ù tai không thường xuyên và tăng lên khi có bội nhiễm của hố mỡ KCTC và giảm đi khi điều trị nội khoa tai chỗ. Đây thường là tiếng ù xuất phát từ các tổn thương của tai giữa. Kết

quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có hơn nửa số trường hợp có ù tai (19/32 ca, 59,4%). ù tai trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Huy (2018) là 43,3%[4], Nguyễn Thị Tố Uyên (2018) có 39/57 ca (68,4%)[5]. Nghiên cứu của Phạm Thanh Thế (2017) trên 42 bệnh nhân đã khoét chũm cho thấy chỉ có 4,8% trường hợp có ù tai[7].

4.2. Triệu chứng thực thể

Hình thái hố mỡ chũm qua nội soi và phẫu thuật

Ổng tai mềm: Đạt được sự cân đối giữa thể tích khí lưu thông trong hố mỡ và diện tích hố mỡ (tỷ lệ Va/S) là một trong những yếu tố nhằm tạo ra một hố mỡ khô, ổn định. Tuy nhiên, việc mở rộng cửa tai có những nhược điểm nhất định như: bệnh nhân dễ bị chóng mặt khi thay đổi nhiệt độ môi trường đột ngột, nước dễ vào hố mỡ trong quá trình sinh hoạt gây nhiễm trùng và xấu về mặt thẩm mỹ. Chính vì thế, việc chỉnh hình ổng tai mềm cũng như độ rộng của ổng tai chỉnh hình cần phải được cân nhắc. Nhất là trên các hố mỡ đã được thu nhỏ bằng các kỹ thuật khoét chũm đường xuyên ổng tai trên các xương chũm đặc ngà và khi chúng ta đã hòa được hố mỡ vào ổng tai. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ổng tai mềm còn rộng ở 30/32 ca (93,8%). Chít hẹp có 2 ở bệnh nhân (6,3%). Tương đồng với tác giả Nguyễn Thanh Thế (2017) có 1/42 ca (2,4%) bệnh nhân có hẹp sau KCTC[7]. Mặc dù có đến 93,8% trường hợp có cửa tai rộng nhưng dưới nội soi optic 0 độ lại có đến 11/32 ca (34,4%) không quan sát được toàn bộ hố mỡ nên rất khó làm sạch khi đi vệ sinh tai định kỳ dẫn đến việc chảy tai dai dẳng.

Da lột hóc mỡ: Ngoài vấn đề thông khí cho hố mỡ, tình trạng bong tróc biểu bì hố mỡ còn phụ thuộc vào chính tình trạng dinh dưỡng của lớp da lột hố mỡ. Trong quá trình liền thương sau phẫu thuật, thông thường lớp biểu bì bò vào hố mỡ nhanh hơn so với lớp mô đệm chứa mạch máu và thần kinh bên dưới khiến cho lớp da lột hố mỡ không được nuôi dưỡng tốt dẫn đến tình trạng da lột hố mỡ rất mỏng, viêm da khô hoặc bong tróc biểu bì hố mỡ, bên cạnh đó, các yếu tố như: hố mỡ gồ ghề, nhiều ngăn ngách khiến cho da bò vào khó khăn; không lấy hết các thông bào viêm, các thông bào này tiếp tục tạo quá trình viêm dưới lớp da lột hố mỡ, thậm chí hình thành các ổ microabcess khiến cho tình trạng dinh dưỡng của lớp da lột càng trở nên xấu đi. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 20/32 (62,5%) trường hợp có da lột hố mỡ dày, có 12/32 ca (37,5%) lớp da lột hố mỡ mỏng; tác giả Phạm

Thanh Thế (2017) cho kết quả khác với chúng tôi hơn khi có tới 40/42 ca (95,5%) da lột hố mỡ dày[7]. Mặt khác, trong nghiên cứu của tác giả Lê Hoàng Phong và cộng sự (2013) cũng chỉ ra rằng hố mỡ trơ láng phẫu thuật dễ hơn và biểu bì hố mỡ mỏng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật sau này: 83,3% trường hợp biểu bì quá mỏng bị rách có kết quả phẫu thuật không tốt[8].

Hình thái tường dây VII: Hình thái của tường dây VII sau phẫu thuật cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng của hố mỡ. Để đạt được một hố mỡ khô và có khả năng tự dẫn lưu, tường dây VII phải được hạ thấp đến ngang tầm đoạn 3 dây VII và phải được làm võng chân tường để hòa hố mỡ chũm vào ổng tai. Tuy nhiên, việc hạ thấp tường dây VII đến mức tối đa có một hạn chế là làm cho khoảng trống hòm tai bị thu hẹp và việc tái tạo hòm nhĩ nhỏ và tái tạo xương con sẽ khó khăn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy chỉ có 11/32 ca (35,4%) có tường dây VII được hạ thấp, tương đương trong nghiên cứu của tác giả Lê Hoàng Phong (2013)[8] cũng chỉ có 15/34 ca được hạ thấp (44,1%); và khác biệt rất lớn so với tác giả Phạm Thanh Thế (2017)[7] khi có 97,6% trường hợp kiểm tra hố mỡ có tường dây VII được hạ thấp, chỉ có 1/42 bệnh nhân (chiếm 2,4%) trước đó mắc phải lỗi kỹ thuật này khi tiến hành phẫu thuật KCTC qua đường sau tai kinh điển làm cho hố mỡ chũm dẫn lưu không tốt, hay đọng biểu bì hố mỡ. Điều này cho thấy, để đạt được hiệu quả khô tai cao sau KCTC làm tiền đề cho phẫu thuật sau đó chúng ta phải đặc biệt chú trọng làm sao để hạ thấp chân tường dây VII để hòa hố mỡ chũm vào ổng tai, để tạo dẫn lưu tốt, không bị ứ đọng.

Bệnh tích tồn dư hoặc tái phát. Một vấn đề thường gặp ở những hố mỡ khoét chũm còn chảy dịch là bệnh tích tái phát cholesteatoma đến 8/32 ca (25,0%) các trường hợp, sự hình thành bệnh tích do hình thành các ngách do khi lấy bỏ các thông bào chũm để lại, tương tự như hình thành một túi co kéo, khó để làm sạch, từ đó hình thành cholesteatoma, thậm chí có bệnh tích tồn dư ở các nhóm thông bào khó tiếp cận như thông bào quanh mê nhĩ, đỉnh xương đá. Trên hình ảnh CLVT và đối chiếu phẫu thuật có 24/30 ca (80,0%) các trường hợp còn trên 1 nhóm thông bào chũm chủ yếu là thông bào quanh mê nhĩ, quanh dây mặt, góc Cittel...những thông bào này chứa niêm mạc phù nề, tổ chức hạt, thậm chí là polyp, cũng góp phần làm chảy dịch tai kéo dài.

Tình trạng màng nhĩ

Tình trạng màng nhĩ: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy màng nhĩ còn nguyên vẹn là 15/32 ca (46,9%), thủng bán phần 9/32 ca (28,1%), thủng toàn bộ có 7/32 ca (21,9%), 1 trường hợp màng nhĩ còn OTK. Kết quả này tương tự của tác giả Phạm Thanh Thế (2017)[7] có thủng nhĩ chiếm 69,1% trong đó thủng bán phần có 18/42 ca (42,9%), thủng toàn phần có 11/42 ca (26,2%).

Niêm mạc hòm nhĩ: Tình trạng tổn thương và chức năng còn lại của niêm mạc tai giữa là yếu tố quyết định thời điểm tiến hành phẫu thuật tạo hình tai giữa và tính ổn định của kết quả sau tạo hình. Tình trạng viêm của niêm mạc cần phải được loại bỏ trước khi chúng ta tiến hành tạo hình tai giữa bằng cách loại bỏ bệnh tích, niêm mạc thoái hóa, tạo điều kiện thông khí và dẫn lưu tốt cho hố mỏ. Bên cạnh đó, tình trạng tổn thương niêm mạc trầm trọng luôn kéo theo tình trạng xơ hóa nặng nề cho dù chúng ta đã loại bỏ được quá trình viêm. Các tổn thương xơ hóa sau phẫu thuật có thể làm hỏng kết quả tạo hình do tác dụng co kéo, xô lệch hoặc cố định trụ dẫn. Kết quả trong nghiên cứu, có 29 trường hợp được mở hòm nhĩ, quan sát tốt được toàn bộ niêm mạc hòm nhĩ cho thấy 19/29 ca (65,5%) có mô hạt, polyp; 4/29 ca (13,8%) xơ hoá, dày nề; chỉ còn 6/29 ca (20,7%) còn hồng bóng. Theo nghiên cứu của Phạm Thanh Thế (2017)[7] cũng có tới 35/42 ca (83,3%) có tình trạng tổn thương niêm mạc khá trầm trọng; 34/42 ca (80,9%) bị xơ hoá, 1/42 ca (2,4%) biểu bì hoá.

Tình trạng tổn thương xương con: Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy 26/29 ca (89,7%) mất toàn bộ xương búa 29/29 ca (100%) mất toàn bộ xương đe, có 10/29 ca (34,5%) thấy xương bàn đạp còn nguyên vẹn, có 4/29 ca (13,8%) cố định để đạp. Các tổn thương xương con tương đối nghiêm trọng, tương đồng trong nghiên cứu của Phạm Thanh Thế (2017)[7]. Các xương con còn lại sau phẫu thuật là các thành phần quyết định phương thức tạo hình cũng như khả năng phục hồi thính lực sau phẫu thuật. Tuy nhiên, trên các hố mỏ khoét chũm tiết căn, hệ thống xương con đã trải qua nhiều tác động của bệnh lý lẫn phẫu thuật và trở nên rất đa dạng về hình thái tổn thương. Điều này phải được ghi nhận cẩn thận trước và trong khi tiến hành phẫu thuật để không gây ra các tai biến và dự kiến được phương thức tạo hình xương con. Hệ thống xương con còn bình thường và di động tốt càng nhiều thì khả năng phục hồi thính lực sau phẫu thuật càng lớn, các xương con có thể bị gián

đoạn do hủy xương hoặc cố định định do cốt hóa, trật khớp do chấn thương hoặc phẫu thuật.

4.3. Đánh giá sức nghe. Với các tổn hại nặng nề về mặt cấu trúc gây ra bởi bệnh lý và phẫu thuật: màng nhĩ thủng rộng, xơ hóa, gián đoạn xương con, khoảng trống hòm tai bị thu hẹp, tất cả các cơ chế truyền âm bình thường đều bị ảnh hưởng nên chức năng nghe của các tai sau khoét chũm thường bị tổn thương rất nặng.

Trong 32 đối tượng của nghiên cứu của chúng tôi có 30 ca có kết quả đo thính lực. Kết quả cụ thể như sau: Nghe kém hỗn hợp thường gặp nhất, có 17/30 ca (56,7%), nghe kém dẫn truyền có 12/30 ca (40,0%), có 1 trường hợp nghe kém tiếp nhận chiếm 3,3%. Mức độ nghe kém chủ yếu là vừa và nặng cùng có 9/30 ca (30,0%), đặc biệt gặp trong 6/30 ca (20,0%) trường hợp. Đồng thời phân loại nghe kém dẫn truyền có 12/30 ca (40,0%), nghe kém hỗn hợp có 17/30 ca (56,7%), nghe kém tiếp nhận có 1/30 ca (3,3%). PTA trung bình là 66,4±21,2; ABG trung bình là 38,5±11,6 khoảng ABG lớn nhất ở 2 tần số 500Hz và 1000Hz lần lượt là 42,7 và 41,5. Kết quả này gần tương tự trong 1 số nghiên cứu của tác giả khác, cho thấy khoảng ABG trên 30db gợi ý tình trạng tổn thương xương con để bác sĩ có thể tiên lượng và chuẩn bị trước các giải pháp thay thế xương con trong phẫu thuật...[3],[4],[7]. Với kết quả này cũng cho thấy sự ảnh hưởng nặng nề đến khả năng nghe ở các tần số trầm, vốn là các tần số rất quan trọng trong giao tiếp.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung: nữ gặp 19/32 ca (59,4%), nam là 13/32 ca (40,6%), tỉ lệ nữ/nam=1,5. Độ tuổi trung bình là 38,88 ± 13,38, tuổi nhỏ nhất là 11 và lớn nhất là 69.

Triệu chứng cơ năng: Gặp nhiều nhất là chảy mủ tai có 32/32 ca (100%) và nghe kém có 30/32 ca (93,8%). Chảy tai liên tục có 13/32 ca chiếm 40,6%.

Triệu chứng thực thể: Hình thái hố mỏ chũm: chít hẹp ống tai mềm 2/32 ca (6,3%); tường dây VII cao có 21/32 ca (65,6%). Da lót hố mỏ mỏng có 12/32 ca (37,5%). Màng nhĩ thủng có 17/32 ca (53,1%) với 7/32 ca thủng toàn bộ (21,9%).

Chụp CLVT đối chiếu phẫu thuật: tỷ lệ tái phát cholesteatoma 8/32 ca (25,0%), 29/29 ca (100%) có gián đoạn xương con, trong đó: 29/29 ca (100%) mất toàn bộ xương đe, có 26/29 ca (89,7%) mất toàn bộ xương búa, 4/29

ca (13,8%) cố định để đáp. Tổn thương sức nghe: có 18/30 ca (60%) sức nghe ở mức vừa, nặng, Có 11/30 ca (36,7%) sức nghe ở mức rất nặng, đặc biệt. PTA trung bình là $66,4 \pm 21,2$; ABG trung bình là $38,5 \pm 11,6$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. F. Bento A. C. Fonseca** (2013), "A brief history of mastoidectomy", Int Arch Otorhinolaryngol. 17(2), 168-78.
2. **M. I. Kos** (2004), "Anatomic and functional long-term results of canal wall-down mastoidectomy", Ann Otol Rhinol Laryngol. 113(11), 872-6.
3. **V. Sinh M. Atlas** (2007), "Obliteration of the persistently discharging mastoid cavity using the middle temporal artery flap", Otolaryngol Head Neck Surg. 137(3), 433-8.
4. **Nguồn Hoàn Huy** (2018). 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, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. **Nguyễn Thị Tố Uyên** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết 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.
6. **Trần Thịnh và cộng sự** (2019), Đánh giá kết quả phẫu thuật khoét rỗng đá chũm xương thấp có chỉnh hình tai giữa trong điều trị viêm tai giữa mạn có cholesteatoma. Tạp chí Y học Tp.Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 23, số 3, 2019.
7. **Phạm Thanh Thế** (2017), Nghiên cứu chỉnh hình tai giữa trên hố mổ khoét chũm tiết căn. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Hoàng Phong và cộng sự** (2013). Tiêu chuẩn đánh giá trước phẫu thuật trong tái tạo hố mổ. Tạp chí Y học Tp.Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản của số 1, 2013.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHUYỂN VỊ CÁC NHÁNH ĐOẠN QUAI TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT STENT – GRAFT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Lâm Văn Nút*, Huỳnh Văn Duy

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để có được vùng hạ đặt thích hợp trước khi đặt Stent – graft trong can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý quai động mạch chủ, trong một số trường hợp cần phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch của quai động mạch chủ. Tuy nhiên, kết quả của kỹ thuật này hiện nay vẫn chưa đồng nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ngắn hạn phương pháp chuyển vị các nhánh của quai động mạch chủ trên bệnh nhân đặt Stent – graft động mạch chủ ngực. **Phương pháp:** mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Có 21 trường hợp phình động mạch chủ ngực (70%), 9 trường hợp bóc tách động mạch chủ (30%). Thời gian phẫu thuật trung bình $151 \pm 34,2$ phút, lượng máu mất trung bình $157 \pm 43,6$ ml, số ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình $6,83 \pm 3,7$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật chuyển vị các nhánh trên quai động mạch chủ trên bệnh nhân đặt Stent – graft động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TRANSFORMATION OF QUARTER BRANDS IN PATIENTS WITH STENT-GRAFT AREA THORACIC AORTA

Background: In order to obtain a suitable

lowering area before placing a stent graft in endovascular intervention for the treatment of aortic arch disease, in some cases, surgical transposition of the arterial branches of the aortic arch is required. However, the results of this technique to date have not been uniform. **Objectives:** To evaluate the short-term results of transposition of the aortic arch branches on patients with thoracic aortic stent-graft placement. **Methods:** A retrospective descriptive series. **Results:** There were 21 cases of thoracic aortic aneurysm (70%) and 9 cases of aortic dissection (30%). The average surgical time was 151 ± 34.2 minutes; the average blood loss was 157 ± 43.6 ml, and the average number of days after surgery was 6.83 ± 3.7 days. **Conclusion:** Transposition of branches above the aortic arch on patients with thoracic aortic stent graft was performed safely and effectively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Trung tâm Kiểm Soát Và Phòng Chống Bệnh Tật thì bệnh lý động mạch chủ và các nhánh của nó là nguyên nhân của 43.000 đến 47.000 ca tử vong hàng năm tại Mỹ [4]. Trước đây việc điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện chủ yếu bằng mổ mở, tỷ lệ thành công ghi nhận từ 89,9 – 100%, tuy nhiên bệnh nhân phải trải qua cuộc phẫu thuật lớn và kéo dài, thời gian nằm viện kéo dài, phải sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể [1],[3].

Thành công của phẫu thuật chuyển vị các nhánh trên quai động mạch chủ đóng vai trò không nhỏ trong kết quả điều trị chung, nhưng

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023