

ứng dụng đo trên đối tượng bệnh nhân nghe kém đặc biệt là nghe kém tuổi già. Can thiệp máy trợ thính ở bệnh nhân nghe kém tuổi già giúp cải thiện rõ rệt khả năng nghe giao tiếp của người bệnh. Tuy nhiên mức độ cải thiện nhiều hay ít còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác: mức độ nghe kém, loại máy, chế độ bảo hành bảo dưỡng máy trong quá trình sử dụng, khả năng tài chính của người bệnh và gia đình. Đây cũng là điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 80 tuổi trở lên, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, đa số bệnh nhân nghe kém ở mức độ vừa và nặng. Kết quả đo thính lực lời bằng BCTTLL tiếng việt cho thấy khi đeo máy trợ thính ngưỡng nghe hiểu lời giảm, chỉ số mất phân biệt lời giảm, chỉ số phân biệt lời tăng lên so với trước đeo máy. Máy trợ thính giúp cải thiện rõ rệt khả năng nghe giao tiếp ở bệnh nhân nghe kém tuổi già. Cần tiếp tục ứng dụng rộng rãi BCTTLL tiếng

việt trong đo thính lực lời nhằm nâng cao hiểu biết của bệnh nhân nghe kém tuổi già và gia đình trong việc sử dụng máy trợ thính để can thiệp máy trợ thính sớm và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quỹ dân số Liên Hợp Quốc và Tổ chức hỗ trợ người cao tuổi quốc tế.** Báo cáo tóm tắt: Già hóa trong thế kỷ 21: Thành tựu và thách thức. 2012.
2. **Ban chỉ đạo tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương.** Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 04 năm 2019. Nhà xuất bản Thống kê. 2019.
3. **Keo Vanva, Trần Thị Bích Liên.** Khảo sát lão thính ở người trên 50 tuổi có nghe kém. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2012; tập 16(1): 261-266.
4. **Nguyễn Thị Hằng, Ngô Ngọc Liên, Lương Minh Hương, Nguyễn Văn Lợi.** Đối chiếu thính lực âm và thính lực lời qua bảng câu thử thính lực lời tiếng việt trên bệnh nhân nghe kém tuổi già. Tạp chí Y học Việt Nam. 2016; tập 445 (1).
5. **Nguyễn Thị Hằng.** Nghiên cứu suy giảm thính lực ở người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. Tạp chí Tai Mũi Họng. 2011; số 1: 46-51.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐƯỜNG XUYÊN XOANG HÀM KẾT HỢP NỘI SOI QUA MŨI ĐIỀU TRỊ U HỔ DƯỚI THÁI DƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** u vùng ổ dưới thái dương là một thách thức đối với Bác sĩ Tai Mũi Họng trong việc chẩn đoán và điều trị. Một trong những vị trí khó tiếp cận và gần các cấu trúc thần kinh mạch máu. Với sự phát triển khoa học kỹ thuật, đã bắt đầu ứng dụng nội soi qua mũi và phối hợp đường xuyên xoang hàm là tiếp cận u ổ dưới thái dương, hạn chế tổn thương các cấu trúc xung quanh khi tiếp cận khối u vùng ổ dưới thái dương. **Phương pháp:** mô tả loạt ca. Trong 2 năm 1/2021-9/2023 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy đã tiếp nhận và điều trị 4 trường hợp u ổ dưới thái dương với kết hợp đường xuyên xoang hàm và nội soi qua mũi cắt khối u ổ dưới thái dương. **Kết quả:** 4 trường hợp u ổ dưới thái dương về bệnh học đều là schwannoma. 4 trường hợp thường biểu hiện triệu chứng là đau, tê vùng mặt 100%. Sau phẫu thuật các triệu chứng đã cải thiện sau 3 tháng. **Kết luận:** bước đầu ứng dụng đường xuyên xoang hàm kết hợp nội soi qua mũi điều trị u ổ dưới thái dương mang lại kết quả tốt, lấy trọn u, chưa ghi nhận biến

chứng trong và sau mổ. **Từ khóa:** u ổ dưới thái dương, u khoang cạnh hõng trên

### SUMMARY

#### EVALUATION OF RESULTS COMBINED TRANSMAXILLARY APPROACH AND NASAL ENDOSCOPIC SURGERY APPROACH TO CURE INFRATEMPORAL FOSSA TUMORS

**Introduction:** Tumors of the infratemporal fossa arc a large challenge with ENT surgeon. It is difficult to diagnosis and treat tumors of this area. The infratemporal fossa is deep location in skull base and contain important neurovascular structures. With developing of science and technology, combined nasal endoscopic surgery and transmaxillary approach to treat infratemporal fossa tumors. **Methods:** case report. There arc 4 cases infratemporal fossa tumors which were operated combined nasal endoscopic surgery and transmaxillary approach to remove this tumors at ENT department of Cho Ray hospital from January, 2021 to September, 2023. **Results:** They arc schwannoma (100%) of 4 cases. The most common symptom is facial pain (100%). Almost symptoms disappear after surgery from 3 months. **Conclusion:** initial application of combined transmaxillary approach and nasal endoscopic surgery approach to remove infratemporal fossa tumors to bring good results, remove tumors completely and no complications.

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

**Keywords:** infratemporal fossa tumors, upper parapharyngeal spaces tumors

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U hố dưới thái dương nằm vị trí trong sâu trong sọ và các cấu trúc mạch máu thần kinh quan trọng nằm trong chúng. Đây đang là vùng thách thức để tiếp cận thậm chí đối với các phẫu thuật viên kinh nghiệm. Về giải phẫu hố dưới thái dương [3] được giới hạn phía trên bởi cánh lớn xương bướm và phần trai của xương thái dương; phía bên ngoài là cung gò má, phần lên của xương hàm dưới, tuyến mang tai, và cơ cắn; và phía trước giới hạn bởi thành bên sau của xoang hàm. Phía sau trong, khoảng không liên tiếp trực tiếp vào khoang cạnh họng trên không có ổn định và các cấu trúc cố định như vùng ranh giới. Vì vậy, chúng ta có thể xem hố thái dương và khoang cạnh họng trên như một khoang phổ biến, đến cơ trước sống phía sau và cơ căng màng hầu với cơ siết họng trên phía trong. Hai đường tiếp cận chính vào hố dưới thái dương/ khoang cạnh họng trên: đường bên (đường trước tai và sau tai) và đường xuyên mặt phía trước (cắt vách xoang hàm mở rộng, đường degloving, đường Caldwell Luc, đường cạnh mũi). Gần đây, với phương pháp nội soi qua mũi đã được hỗ trợ bởi trang thiết bị y tế hiện đại của phẫu thuật nền sọ, mang lại hiệu quả và tính thẩm mỹ so với phương pháp mổ hở truyền thống.

**II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ PHẪU THUẬT**

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca.

Từ 1/2021-9/2023 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy đã tiếp nhận và điều trị 4 trường hợp u hố dưới thái dương với kết hợp đường xuyên xoang hàm và nội soi qua mũi cắt khối u hố dưới thái dương.

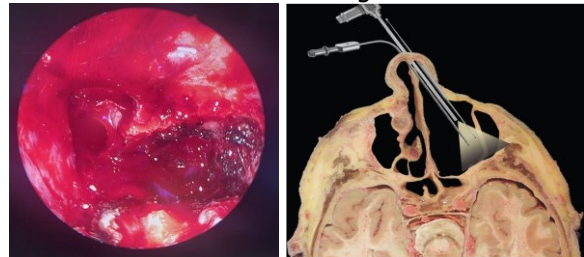
**Các bước phẫu thuật:** Tất cả phẫu thuật được thực hiện với bệnh nhân được gây mê. Tư thế nằm ngửa. Bệnh nhân được dùng kháng sinh dự phòng trước mổ phổ rộng, thường dùng cephalosporin thế hệ 3 qua hàng rào dịch não tủy. Quá trình phẫu thuật chia thành 4 bước [7]:

Bước 1: Tiếp cận các cấu trúc trong hốc mũi: giảm thể tích khối u trong mũi nếu khối u xâm lấn vào hốc mũi để quan sát phẫu trường trong

hốc mũi. Có thể cắt phần sau của vách ngăn để 2 phẫu thuật viên thao tác bằng 4 tay dễ dàng qua 2 lỗ mũi. Phần dưới của cuốn mũi giữa và cuốn mũi trên được cắt gọn và bảo tồn niêm mạc khe khúu giác. Động mạch bướm khẩu cái được đốt. Nạo sàng trước sau, mở lỗ thông xoang hàm, lỗ thông xoang bướm và cắt vách liên xoang bướm để xác định các mốc quan trọng: xương mảnh giấy, ống thần kinh dưới ổ mắt phía ngoài, động mạch sàng trước và sau phía trên, ngách thị cảnh và sàn yên bướm phía sau.

Bước 2: Mở rộng ra phía ngoài: để cho góc nhìn lớn hơn với ống soi 0° và gia tăng không gian phẫu trường cần mở rộng ra phía bên ngoài. Do đó, cắt vách mũi xoang kèm theo cắt cuốn mũi dưới và thành trong của xoang hàm. Bên cạnh đó, kể hợp mở đường Caldwell Luc tiếp cận mặt trước xoang hàm (bảo tồn dây V<sub>2</sub>), mở mặt trước xoang hàm đến hố lê và tiếp cận mặt sau xoang hàm.

Bước 3: Tiếp cận hố dưới thái dương/ khoang cạnh họng trên: cắt phần đứng của xương khẩu cái, xác định thần kinh khẩu cái xuống và động mạch khẩu cái lớn và thắt. Sau đó, xác định thần kinh Vidian và động mạch họng và cắt đốt. Thành sau của xoang hàm được cắt mở rộng theo hướng từ trong ra ngoài bằng sử dụng kèm Kerrison, tiếp cận màng xương hố dưới thái dương (cửa sổ xuyên xoang hàm). Phía trên, thần kinh dưới ổ mắt, chia hố chân bướm khẩu cái từ hố dưới thái dương.



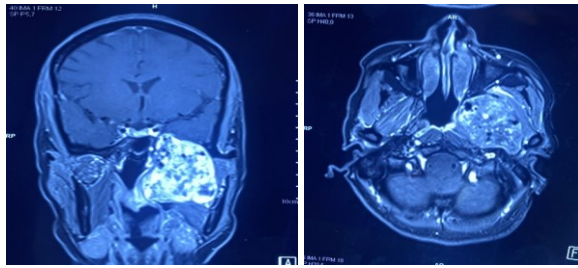
**Hình 1: hố dưới thái dương sau khi lấy hết u tiếp cận qua nội soi mũi**

Bước 4: Cắt khối u hố dưới thái dương kết hợp qua nội soi mũi và đường Caldwell Luc, kiểm tra lấy hết toàn bộ khối u và các biên xung quanh bởi các góc của nội soi bằng ống soi 0°, 30°.

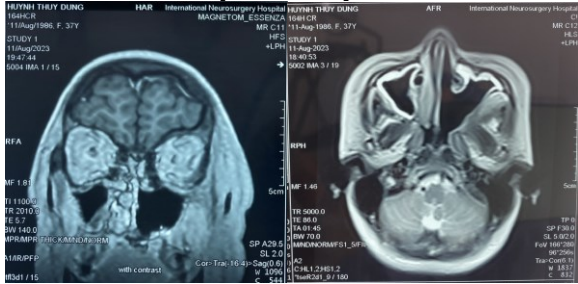
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Các trường hợp được chẩn đoán và xử trí u hố dưới thái dương**

STT	Giới	Tuổi (năm)	Triệu chứng	Giải phẫu bệnh	Kết quả
1	Nữ	37	Đau từng cơn sau xoang hàm	Schwanoma	Hết đau
2	Nam	49	Đau vùng mặt, tê mặt	Schwanoma	Cải thiện các triệu chứng
3	Nam	45	Tê vùng mặt, đau vùng mặt	Schwanoma	
4	Nữ	38	Đau vùng cổ, gáy	Schwanoma	Hết đau vùng gáy



**Hình 1: U hố dưới thái dương trái trước phẫu thuật**



**Hình 2: MRI sau phẫu thuật 3 tháng**

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu chúng tôi, 4 trường hợp đều xảy ra ở tuổi trung niên, cả nam và nữ. Với hầu hết triệu chứng không điển hình, thường gặp là đau, tê vùng mặt, đầu cổ và vùng sau gáy. Theo nghiên cứu của Paolo Battaglia và cộng sự [1] thì triệu chứng phổ biến nhất là chảy máu mũi một bên 52%, đau 23% và sưng mặt 17%, trong đó 67% là u lành tính. Theo nghiên cứu Othman Bin-Alamer và cộng sự [6] thì triệu chứng của u hố dưới thái dương biểu hiện theo vị trí của khối u, thường gặp nhất là đau, tê vùng mặt, trước tai, đau đầu tương tự như chúng tôi khảo sát. Hầu hết các trường hợp được xác định qua CT Scan/ MRI.

Về mô bệnh học: trong 4 ca u hố dưới thái dương đều là schwannoma (100%). Đối với nghiên cứu của Othman Bin-Alamer và cộng sự [6] thì hầu hết vẫn là Schwannoma và u màng não chiếm đa số. Theo một nghiên cứu, khối u vùng hố dưới thái dương bao gồm cả u lành tính và ác tính. Trong đó, khối u lành tính thường gặp là u xơ vòm mũi họng, u schwannoma hoặc u màng não[7]. Khối u ác tính thường gặp là carcinoma nang tuyến hoặc carcinoma tế bào gai [5].

Khối u phát triển hoặc lan rộng vào hố dưới thái dương và khoang cạnh họng trên thì hiếm gặp, và việc điều trị đang là một thách thức bởi vị trí trong sâu và phức tạp về giải phẫu của vùng này. Kinh điển, để tiếp cận điều trị tổn thương vùng này thường được sử dụng đường bên hoặc đường phía trước; chúng cung cấp

phẫu trường rộng để tiếp cận đích phẫu thuật nhưng có thể dẫn đến biến chứng nặng nề. Đường tiếp cận bên có thể đưa đến nghe kém, rối loạn chức năng dây thần kinh mặt, và lệch khớp cắn, trong khi tiếp cận đường phía trước có thể mang đến nguy cơ biến dạng mặt kèm với rối loạn chức năng thần kinh dưới ổ mắt và ống lệ tự [1]. Qua 2 thập niên, nội soi qua mũi mở rộng đã được phát triển phổ biến và chấp thuận trong điều trị các tổn thương nền sọ giữa. Gần đây, đang có sự quan tâm gia tăng trong nội soi qua mũi trong điều trị các khối u hố thái dương hay u khoang cạnh họng trên. Kinh nghiệm ban đầu tập trung chủ yếu vào điều trị các thương tổn lành tính như u xơ vòm mũi họng, đây là khối u phổ biến lan vào vùng này [1]. Trong y văn, Nicolai và cộng sự [4] đã báo cáo 17 trường hợp u xơ vòm mũi họng lan rộng vào hố dưới thái dương (14 giai đoạn IIIA, 3 giai đoạn IIIB) trong 46 trường hợp được phẫu thuật qua nội soi mũi. Trong những năm gần đây, sự cải tiến của dụng cụ nội soi và hệ thống định vị thần kinh và phát triển trong lĩnh vực hình ảnh học (đánh giá trước mổ và các thủ thuật can thiệp nội mạch) và các kỹ thuật gây mê đã cho phép điều trị nhiều loại u thậm chí điều trị các khối u ác tính lan rộng vào hố dưới thái dương hoặc khoang thành bên họng trên. Castelnuevo và cộng sự [2] đã báo cáo 18 trường hợp ung thư vòm mũi họng lan rộng vào thành bên họng trên hoặc hố dưới thái dương.

Qua 4 trường hợp điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã kết hợp nội soi qua mũi và mở đường Caldwell Luc để tiếp cận vùng hố dưới thái dương. Với ứng dụng nội soi qua mũi, phẫu thuật viên tiếp cận phẫu trường rõ ràng, và tiếp cận nhiều góc và xác định các cấu trúc quan trọng qua nội soi như động mạch cảnh trong, động mạch hàm trong và dây thần kinh vidian,... Từ đó, chủ động cầm máu xung quanh thương tổn và tiếp cận khối u hố dưới thái dương. Qua đó, lấy từng phần khối u hố dưới thái dương cho đến khi lấy trọn u, được quan sát dưới nội soi. Với 4 trường hợp khối u đều có giới hạn rõ với các cấu trúc xung quanh và được nằm trong vỏ bao, nên quá trình bóc tách xác định biên thuận lợi.

**V. KẾT LUẬN**

Qua các trường hợp chẩn đoán u hố dưới thái dương tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi đã ứng dụng đường xuyên xoang hàm kết hợp nội soi qua mũi để cắt toàn bộ khối u hố dưới thái dương một cách an toàn và lấy trọn khối u hoàn toàn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Battaglia P., Turri-Zanoni M., Dallan I., Gallo S., Sica E., Padoan G., Castelnovo P. (2014), Endoscopic endonasal transpterygoid transmaxillary approach to the infratemporal and upper parapharyngeal tumors. Otolaryngol Head Neck Surg, 150 (4), 696-702.
2. Castelnovo P., Nicolai P., Turri-Zanoni M., Battaglia P., Bolzoni Villaret A., Gallo S., Bignami M., Dallan I. (2013), Endoscopic endonasal nasopharyngectomy in selected cancers. Otolaryngol Head Neck Surg, 149 (3), 424-30.
3. Joo W., Funaki T., Yoshioka F., Rhoton A. L., Jr. (2013), Microsurgical anatomy of the infratemporal fossa. Clin Anat, 26 (4), 455-69.
4. Nicolai P., Villaret A. B., Farina D., Nadeau S., Yakirevitch A., Berlucchi M., Galtelli C. (2010), Endoscopic surgery for juvenile angiofibroma: a critical review of indications after 46 cases. Am J Rhinol Allergy, 24 (2), e67-72.
5. Tiwari R., Quak J., Egeler S., Smeele L., Waal I. V., Valk P. V., Leemans R. (2000), Tumors of the infratemporal fossa. Skull Base Surg, 10 (1), 1-9.
6. Bin-Alamer O., Bhenderu L. S. (2022), Tumors Involving the Infratemporal Fossa: A Systematic Review of Clinical Characteristics and Treatment Outcomes. 14 (21).
7. Youssef Ahmed, Carrau Ricardo L., Tantawy Ahmed, Ibrahim Ahmed Aly (2014), Endoscopic approach to the infratemporal fossa. Alexandria Journal of Medicine, 50 (2), 127-130.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG HẸP ĐƯỜNG THỞ DO LAO

Nguyễn Thị Quý<sup>1</sup>, Nguyễn Kim Cương<sup>2</sup>, Vũ Văn Giáp<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Sẹo hẹp khí phế quản do lao là di chứng nặng của lao đường thở nhưng thường được chẩn đoán muộn do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Các xét nghiệm cận lâm sàng MSCT ngực, nội soi phế quản giúp chẩn đoán, đánh giá tổn thương, tiên lượng điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu 81 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hẹp đường thở do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2020 đến 30/06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 40.5; tỷ lệ nữ gấp 4 lần nam. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: ho (100%), đau tức ngực 71.6%, khó thở 50.6%, các triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc lao 46.9%, khô khè 18.5%, thở rít 11%. Vị trí hẹp gặp nhiều nhất là phế quản gốc trái 67.9%, phế quản gốc phải: 21%, phế quản thùy: 40.7%, khí quản: 18.5%. Hình thái tổn thương dạng xơ sẹo chiếm tỷ lệ cao nhất 63%, phù nề xung huyết: 16%, phù nề phủ giả mạc 10%, tổn thương dạng hạt 6.1%, dạng u và loét đồng chiếm 2.5%, không có trường hợp nào tổn thương dạng không điển hình. **Từ khóa:** Lao đường thở, hẹp đường thở, nội soi phế quản

## SUMMARY

## CLINICAL AND SUB-CLINICAL FEATURES OF AIRWAY NARROW DUE TO EBTB

**Introduction:** Scarring of tracheobronchial stenosis due to tuberculosis is a serious sequela of airway tuberculosis but is often diagnosed late due to

nonspecific clinical symptoms. Paraclinical tests like chest MSCT and bronchoscopy help diagnose, assess damage, and predict treatment. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective cross-sectional description of 81 patients diagnosed and treated for airway narrowing due to tuberculosis at the Central Lung Hospital and Bach Mai Hospital from January 1, 2020 to June 30 /2023. **Results:** Average age 40.5; The ratio of women is 4 times that of men. Common clinical symptoms: cough (100%), chest pain and tightness 71.6%, difficulty breathing 50.6%, symptoms of tuberculosis infection 46.9%, wheezing 18.5%, wheezing 11%. The most common location of stenosis is left main bronchus 67.9%, right main bronchus: 21%, lobar bronchus: 40.7%, trachea: 18.5%. The commonest subtype was fibrostenotic 63%, edematous-hyperemic type 16%, actively caseating 10%, granular 6.1%, tumor and copper ulcers 2.5%, and nonspecific bronchitic 0%.

**Keywords:** Endobronchial tuberculosis (EBTB), airway stenosis, bronchoscopy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao nội khí quản được Richard Morton mô tả đầu tiên vào năm 1694, được xác định là tình trạng viêm đặc hiệu của khí quản hoặc phế quản do trực khuẩn lao gây ra. Với 7 hình thái tổn thương được mô tả qua nội soi nó có thể gây biến chứng hẹp đường thở đến 95% ở các trường hợp bị mắc bệnh này. Là một thách thức lớn đối với các thầy thuốc lâm sàng bất chấp sự tiến bộ nhanh chóng của các kỹ thuật trong chẩn đoán và điều trị. Các triệu chứng thường không điển hình dễ nhầm với các bệnh lý đường hô hấp khác: hen, viêm phổi, dị vật... do vậy dễ bỏ qua chẩn đoán ở giai đoạn đầu, điều trị muộn và để lại hậu quả nặng nề tại đường thở. Hiện nay, tại Việt Nam các nghiên cứu về lao đường thở

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quý

Email: drnguyenquy83@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023