

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH ỔN ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN BẰNG MÀNG SỤN BÌNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Quản Thành Nam^{1}, Nghiêm Đức Thuận¹, Nguyễn Phi Long¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) ổn định và kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) vá nhĩ đơn thuần bằng sụn bình tai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp trên 30 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán VTGMT giai đoạn ổn định có thủng màng nhĩ được PTNS vá nhĩ đơn thuần tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8/2021 - 8/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là $45,7 \pm 13,4$; triệu chứng cơ năng khi vào viện: Nghe kém (93,3%), ù tai (80%); 100% có vị trí thủng ở màng căng, nghe kém mức độ nhẹ chiếm đa số với tỷ lệ 66,7%, 100% BN có kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bình thường. Sau phẫu thuật: Triệu chứng cơ năng cải thiện rõ sau 3 tháng, nghe kém giảm từ 93,3% còn 23,3%, ù tai từ 80% còn 16,7%; tỷ lệ liền hoàn toàn màng nhĩ là 93,3%; Ngưỡng nghe trung bình (PTA- Pure tone) sau mổ cải thiện trung bình 11,63dB. **Kết luận:** PTNS vá nhĩ bằng màng sụn bình tai cho kết quả tốt: Giảm rõ rệt triệu chứng cơ năng, màng nhĩ liền hoàn toàn sau 3 tháng (93,3%), cải thiện sức nghe cho BN.

Từ khoá: Viêm tai giữa mạn tính; Vá nhĩ đơn thuần; Phẫu thuật nội soi vá nhĩ.

SOME CHARACTERISTICS OF CHRONIC OTITIS MEDIA AND RESULTS OF ENDOSCOPIC TYMPANOPLASTY SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of chronic otitis media and the result of endoscopic tympanoplasty surgery by tragus cartilage.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Quản Thành Nam (dr.namb6@gmail.com)

Ngày nhận bài: 06/6/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 28/7/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i7.386>

Methods: A cross-sectional descriptive study with intervention on 30 patients diagnosed with chronic otitis media with a ruptured eardrum who underwent endoscopic tympanoplasty surgery at Military Hospital 103 from 8/2021 to 8/2022. **Results:** The average age: 45.7 ± 13.4 ; the main functional symptom were hearing loss (93.3%), tinnitus (80%), and mild hearing loss (66.7%). 100% of patients have normal CT-scan results. After surgery: Symptoms have improved markedly 3 months after surgery: Hearing loss (93.3 - 23.3%), tinnitus (80 - 16.7%); the rate of the completely healed tympanic membrane is 93.3%, PTA after surgery improved on average 11.63dB. **Conclusion:** Endoscopic tympanoplasty surgery by tragus cartilage had good results: Reduced symptoms, a completely healed tympanic membrane rate of 93.3%, and improved hearing for patients.

Keywords: Chronic otitis media; Endoscopic tympanoplasty surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới có khoảng 65 - 330 triệu người bị chảy mủ tai có liên quan đến VTGMT, 60% trong số đó có suy giảm thính lực đáng kể [1]. VTGMT được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài > 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ thủng, chảy tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm [2].

VTGMT được chia làm 2 loại gồm viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm và viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm. Trong đó, viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm không gây ra biến chứng nặng nhưng tình trạng chảy mủ tai kéo dài, gây suy giảm thính lực ảnh

hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN [3]. Bệnh gây nghe kém với nhiều mức độ khác nhau phụ thuộc kích thước, vị trí lỗ thủng, tình trạng phần còn lại của màng nhĩ, sự liên tục và di động của chuỗi xương con.

Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần được áp dụng cho những BN VTGMT giai đoạn ổn định nhằm tạo hình lại hình dạng bình thường của màng nhĩ, tăng sức nghe của BN và tránh những nguyên nhân gây viêm nhiễm từ tai ngoài. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa mạn tính giai đoạn ổn định.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* *Đối tượng nghiên cứu:* 30 BN được chẩn đoán VTGMT giai đoạn ổn định, được phẫu thuật vá nhĩ nội soi bằng màng sụn bình tai tại Khoa Tai – Mũi - Họng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 8/2021 - 8/2022.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN được chẩn đoán VTGMT giai đoạn ổn định được PTNS vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai.

- BN được đánh giá thính lực và nội soi tai trước mổ, sau mổ và theo dõi sau mổ.

- Không có tổn thương chuỗi xương con.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN không tái khám sau phẫu thuật.

- BN VTGMT không được vá nhĩ đơn thuần, không được vá bằng màng sụn bình tai.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 8/2021 - 8/2022

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Chọn cỡ mẫu thuận tiện

* *Các bước tiến hành nghiên cứu:*

- Thu thập, chọn lựa BN phù hợp.

- Khám lâm sàng, đánh giá các triệu chứng cơ năng, thực thể.

- Chụp CLVT tai xương đá, đo thính lực đơn âm.

- Tiến hành phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng sụn bình tai.

- Theo dõi, đánh giá sau mổ 1, 3 tháng.

* *Đánh giá kết quả điều trị (thời điểm 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật):*

- Đánh giá cải thiện triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật.

- Đánh giá tình trạng mảnh vá sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng.

- Đánh giá phục hồi thính lực sau phẫu thuật 3 tháng.

* *Phương pháp phẫu thuật*

- BN nằm ngửa trên bàn, phẫu thuật viên ngồi ở phía tai bệnh.

- Tiến hành gây tê tại bình tai và ống tai ngoài bằng lidocain 2%, dùng dao rạch 1 đường ở phía sau bình tai, tiến hành lấy màng sụn với kích thước phù hợp. Khâu lại vị trí lấy sụn.

- Qua nội soi với optic 0°, làm mới lỗ thủng. Rạch da cách khung nhĩ khoảng 6 - 8mm từ vị trí 12 giờ - 6 giờ và có thể mở rộng ra trước tùy theo kích thước lỗ thủng. Bóc toàn bộ vạt da ống tai màng nhĩ 1 lớp ở phía sau, 2 lớp ở phía trước, đặt xốp cầm máu ở hòm nhĩ, sau đó đặt mảnh vá theo kiểu dưới lớp sợi hoặc trên-dưới lớp sợi

màng nhĩ, tùy vào vị trí và kích thước lỗ thủng. Đặt lại vạt da, chèn bằng xốp cầm máu để tránh di lệch mảnh vá và vạt da.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật đã được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 103.

Thông tin của BN được giữ kín, nghiên cứu vì mục đích khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi.

Thông tin chung		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	12	40
	Nữ	18	60
Tuổi	< 30	2	6,67
	31 - 45	15	50
	> 45	13	43,3
	Trung bình: 45,7 ± 13,4		

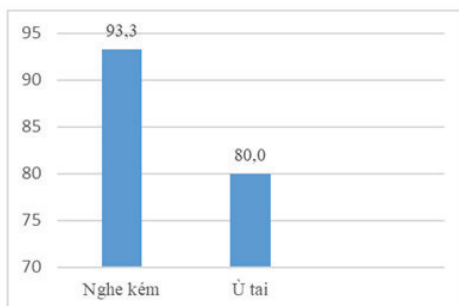
- BN nữ nhiều hơn nam. Nhóm 31 - 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), sau đó đến nhóm > 45 tuổi (43,3%). Độ tuổi trung bình: 45,7 ± 13,4.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Tính chất chảy dịch tai trước khi vào viện (n = 30).

Chảy mủ tai		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tính chất chảy dịch	Từng đợt	30	100
	Liên tục	0	0
Tính chất dịch	Loãng	17	56,7
	Nhầy	13	43,3
	Đặc thối	0	0

Tính chất dịch tai: BN chảy dịch loãng gặp nhiều nhất (56,67%), sau đó đến BN chảy dịch nhầy (43,33%), không có BN chảy dịch đặc thối.



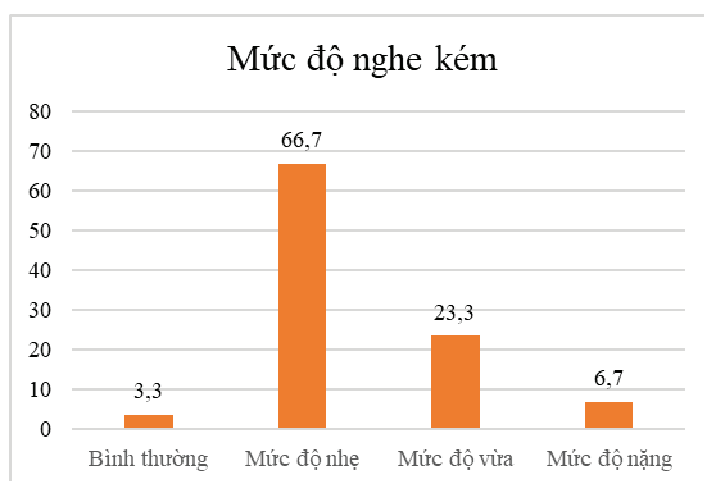
Biểu đồ 1. Các triệu chứng cơ năng khi vào viện (n = 30).

Triệu chứng nghe kém gặp trên hầu hết BN VTGMT ổn định với tỷ lệ 93,3%. Ù tai cũng là triệu chứng thường gặp với tỷ lệ cao (80%).

Bảng 3. Diện tích lỗ thủng (n = 30).

Diện tích lỗ thủng (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 25	7	23,3
25 - 50	10	30,3
50 - 75	5	16,7
> 75	8	26,7
Tổng	30	100

Kích thước có lỗ thủng rộng > 50% chiếm 43,4%, lỗ thủng trung bình (25 - 50%) chiếm 30,3% và lỗ thủng nhỏ (< 25%) chiếm 13,3%.



Biểu đồ 2. Phân độ nghe kém trước phẫu thuật.

BN nghe kém mức độ nhẹ chiếm đa số (66,7%), BN nghe kém vừa là 23,3%, nghe kém mức độ nặng là 6,7%.

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương trên phim CLVT tai xương đá (n = 30).

Hình ảnh tổn thương		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Xương chũm	Viêm	0	0
	Không viêm	30	100
Chuỗi xương con	Bình thường	30	100
	Tổn thương	0	0

100% không có tổn thương xương chũm và hệ thống xương con.

3. Kết quả phẫu thuật vá màng nhĩ

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật (n = 30).

Triệu chứng cơ năng	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật				p ^(1,2) p ^(1,3)
	(1)		1 tháng (2)		3 tháng (3)		
	Số BN (n)	%	Số BN (n)	%	Số BN (n)	%	
Ù tai	24	80	15	50	5	16,7	< 0,05
Nghe kém	28	93,3	12	40	7	23,3	

Tại thời điểm khám lại BN sau phẫu thuật 1, 3 tháng các triệu chứng cơ năng khi BN vào viện đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

Bảng 6. Tình trạng mảnh vá sau phẫu thuật (n = 30).

Tình trạng mảnh vá	1 tháng		3 tháng	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Liên hoàn toàn	29	96,7	28	93,3
Không hoàn toàn	1	3,3	2	6,7
Tổng	30	100	30	100

Tỷ lệ mảnh vá liên hoàn toàn sau 1 tháng 96,7%, sau 3 tháng là 93,3 %

Bảng 7. Phân bố PTA trước và sau phẫu thuật (n = 30).

PTA (dB)	Trước mổ		Sau mổ 3 tháng		P
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
10 - 15	0	0	4	13,3	
16 - 25	4	13,3	18	60	
26 - 40	17	56,7	6	20	
41 - 55	8	26,7	2	6,7	< 0,05
56 - 70	1	3,3	0	0	
71 - 90	0	0	0	0	
> 90	0	0	0	0	
TB	35,35 ± 9,52		23,72 ± 8,51		

Giá trị trung bình PTA sau phẫu thuật 3 tháng thấp hơn trung bình PTA trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 30 BN VTGMT, BN nữ chiếm 60% cao hơn BN nam là 40%; tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $45,7 \pm 13,4$ tuổi. Bảng 1 cho thấy độ tuổi từ 31 - 45 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Vân Anh (2012) và Vũ Thị Hoàn (2020) [4, 5]. Như vậy, VTGMT chủ yếu gặp ở lứa tuổi thanh niên và trung niên. Đây là nhóm tuổi đang trong giai đoạn học tập và

lao động hiệu quả nhất nên tình trạng bệnh tật ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống và công việc, thúc đẩy BN đi khám bệnh và điều trị.

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

* *Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất khi vào điều trị là nghe kém với tỷ lệ 93,3%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh [4] và Vũ Thị Hoàn [5] với tỷ lệ nghe kém là 100%. Trước khi vào viện: 100% BN có tiền sử chảy dịch tai từng đợt với

tính chất dịch loãng (56,7%) hoặc dịch nhầy (43,3%); tuy nhiên, khi vào điều trị 100% BN không còn chảy dịch tai (Bảng 2, Biểu đồ 1). Đây cũng là một tiêu chuẩn để khẳng định VTGMT ở giai đoạn ổn định.

** Kích thước lỗ thủng:*

Theo bảng 3 kích thước có lỗ thủng rộng (> 50%) chiếm 43,4%, lỗ thủng trung bình (25 - 50%) chiếm 30,3% và lỗ thủng nhỏ (< 25%) chiếm 23,3% tương đương với nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh [4]. Kích thước lỗ thủng có thể liên quan đến thời gian bị bệnh do trong những đợt viêm cấp của VTGMT, màng nhĩ tiếp tục bị phá hủy do độc tố vi khuẩn và do thiếu dưỡng bào lỗ thủng dẫn đến lỗ thủng ngày càng rộng ra. Đánh giá kích thước lỗ thủng giúp phẫu thuật viên định hướng kích thước mảnh vá cần lấy. Với các lỗ thủng nhỏ kích thước mảnh vá có thể không cần quá lớn, tuy nhiên với những lỗ thủng rộng và toàn bộ thì cần lấy mảnh vá có kích thước đủ lớn để che toàn bộ lỗ thủng và gài được vào khung nhĩ. Lỗ thủng càng lớn thì tỷ lệ phẫu thuật thành công khi vá nhĩ càng giảm [6].

** Phân độ nghe kém trước phẫu thuật:*

BN nghe kém mức độ nhẹ chiếm đa số (66,7%), BN nghe kém mức độ vừa là 23,3%, nghe kém mức độ nặng là

6,7%. Điều này được giải thích là do các BN trong nghiên cứu thuộc nhóm VTGMT không nguy hiểm, không có tổn thương gián đoạn xương con nên chủ yếu nghe kém mức độ nhẹ và trung bình (Biểu đồ 2).

** Kết quả chụp CLVT tai xương đá:*

Kết quả chụp CLVT tai xương đá của 30 BN cho thấy 100% các BN không có tổn thương các tế bào chũm cũng như không có biểu hiện tổn thương chuỗi xương con. Đây cũng là căn cứ để phân loại VTGMT và là tiêu chuẩn để lựa chọn chỉ phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần mà không có các can thiệp khác.

2. Kết quả điều trị

** Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật:*

Tỷ lệ BN nghe kém giảm từ 93,3% xuống 40% sau phẫu thuật 1 tháng và 23,3% sau phẫu thuật 3 tháng.

Tỷ lệ BN ù tai từ 80% trước phẫu thuật giảm xuống 50% sau phẫu thuật 1 tháng và tiếp tục giảm còn 16,7% sau phẫu thuật 3 tháng. Một số BN xuất hiện ù tai như tiếng mạch đập, khi nội soi sẽ thấy mạch máu tân tạo nuôi dưỡng mảnh vá. Các triệu chứng này thường hết sau 1 tháng. ù tai có thể do nguyên nhân chủ quan hoặc khách quan, có thể do bệnh lý tai giữa hoặc tai trong (Bảng 4).

** Tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ màng nhĩ liền kín là 96,7%, tỷ lệ màng nhĩ liền không hoàn toàn là 3,3%. Tuy nhiên sau 3 tháng phẫu thuật 93,3% màng nhĩ liền hoàn toàn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh với tỷ lệ liền kín màng nhĩ sau phẫu thuật 6 tháng là 93,1% [4], Cao Minh Thành là 95,9% [6]. Lý do sau 3 tháng lại có tỷ lệ thấp hơn 1 tháng là do tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, chủ yếu màng nhĩ liền nhưng còn ẩm. Sau phẫu thuật vá nhĩ, nếu chăm sóc hậu phẫu không tốt, bị các đợt viêm nhiễm mũi họng tái diễn hay do hiện tượng co kéo trong quá trình liền sẹo...màng nhĩ có thủng trở lại hoặc không liền kín.

Với những lỗ thủng màng nhĩ có kích thước nhỏ, bờ lỗ thủng nhẵn, không sát khung xương, việc đặt mảnh vá có chỗ tựa, ít bị tuột vào trong hòm nhĩ cho tỷ lệ thành công cao. Trong khi đó, màng nhĩ thủng rộng hay thủng toàn bộ màng căng, rìa của màng nhĩ sát khung xương thì thường gặp khó khăn khi dùng cân cơ thái dương, vẫn đề mảnh ghép ăn dính, không bị lõm tuột vào trong hòm nhĩ hay lồi ra ngoài là những yếu tố góp phần thành công

cho phẫu thuật. Vì vậy trong những trường hợp này, phẫu thuật viên thường dùng những vật liệu để làm giá đỡ cho mảnh ghép (Spongel) lót vào trong hòm nhĩ và ống tai ngoài. Nếu dùng mảnh ghép là màng sụn thì có thể không cần vật liệu lót đỡ trong hòm nhĩ vì màng sụn cứng hơn, hình dạng cố định. Kỹ thuật đặt mảnh vá đóng vai trò quan trọng, khi mảnh vá không tiếp xúc với mặt dưới cán búa mà đặt trên cán búa, tỳ vào góc trước khung nhĩ sẽ có nguy cơ tuột mảnh vá.

** Đánh giá thính lực sau phẫu thuật:*

Giá trị trung bình PTA sau mổ 3 tháng thấp hơn trung bình PTA trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê. Sau phẫu thuật 3 tháng trung bình PTA là $23,72 \pm 8,51$, xếp vào loại sức nghe bình thường. Ngưỡng nghe trung bình là yếu tố tin cậy để đánh giá sự thiếu hụt sức nghe của BN. Khi ngưỡng nghe trung bình dưới 30dB là BN có thể giao tiếp bình thường. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Triều Việt, cũng áp dụng vá nhĩ bằng màng sụn bình tai, sau phẫu thuật trung bình PTA là $27,62 \pm 9,17$ dB [7]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Cayir S. (2019) cho tỷ lệ thành công đối với mảnh ghép màng sụn bình tai là 95,2% [8].

KẾT LUẬN

Sau PTNS vá nhĩ bằng màng sụn bình tai cho thấy sự cải thiện triệu chứng cơ năng rõ rệt: Nghe kém từ 93,3% còn 23,3%; ù tai từ 80% còn 16,7%, không có BN nào chảy dịch tai sau phẫu thuật. Tỷ lệ liền kín màng nhĩ sau phẫu thuật 3 tháng là 93,3%, PTA trung bình sau mổ là $23,72 \pm 8,51$ giảm hơn có ý nghĩa thống kê so với sức nghe trung bình trước mổ là $35,35 \pm 9,52$ dB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Chronic suppurative otitis media: Burden of illness and management options. 2004.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng. Nhà xuất bản Y học. 2016:37.
3. Cao Minh Thành. Phân loại viêm tai giữa mạn. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 2011; 56(3):55-60.
4. Phùng Thị Vân Anh. Đánh giá kết quả tạo hình màng nhĩ đường ống tai. *Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ*. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
5. Vũ Thị Hoàn. Đánh giá kết quả vá nhĩ bằng kỹ thuật đặt mảnh ghép trên - dưới lớp sợi. *Luận văn thạc sĩ*. Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.
6. Cao Minh Thành. Phẫu thuật nội soi vá nhĩ: Kết quả và kinh nghiệm thực tiễn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2012; 5(1):76-79.
7. Nguyễn Triều Việt. Đánh giá kết quả vá nhĩ đơn thuần qua nội soi điều trị viêm tai giữa ổn định có lỗ thủng màng nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2019 - 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 1(2):5-10.
8. Cayir S., Kayabasi S. Type 1 tympanoplasty in pediatric patients: Comparison of fascia and perichondrium grafts. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019; 121:95-98.