

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NẠO VA PHI ĐẠI
BẰNG HUMMER QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG
CẦN THƠ NĂM 2018-2020**

*Nguyễn Xuân Mai *, Đàm Văn Cường, Dương Hữu Nghị*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email:nguyensexuanmai36360909@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm VA mạn tính phì đại là một trong những bệnh thường gặp của Tai Mũi Họng ở trẻ em. VA đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh gây biến chứng viêm tai giữa tiết dịch. Do nhĩ lượng là phương pháp thăm dò chức năng tai giữa rất có giá trị, giúp sớm chẩn đoán bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, nhĩ lượng đồ và đánh giá kết quả điều trị nạo VA phì đại bằng Hummer. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang, tiến cứu trên 99 trẻ viêm VA mạn tính, phì đại (≤ 15 tuổi). **Kết quả:** 99 bệnh nhân, 63 nam, 36 nữ; tuổi trung bình $8,52 \pm 2,55$ tuổi. Các triệu chứng cơ năng: chảy mũi (96%), nghẹt mũi (68,7%), thở miệng (51,5%), ngủ ngáy (45,5%), ù tai (25,3%), nghe kém (12,1%), chảy mủ tai (9,1%). Nội soi VA: độ 1 (1%), độ 2 (50,5%), độ 3 (43,4%), độ 4 (5,1%). Nhĩ lượng đồ: type A (40,4%), type B (13,1%), type C (16,2%), type As (30,3%). Sau 2 tháng phẫu thuật các triệu chứng cải thiện rõ: chảy mũi (4%), nghẹt mũi (5,1%), thở miệng (0%), ngủ ngáy (0%), ù tai (2%), nghe kém (1%), chảy mủ tai (0%). Nhĩ lượng đồ có sự thay đổi tốt hơn: type A (81,8%), type B (5,1%), type C (3%), type As (10,1%). **Kết luận:** Nạo VA phì đại bằng Hummer cho kết quả điều trị tốt. Nên đo nhĩ lượng đồ thường qui cho trẻ viêm VA mạn tính, phì đại trước phẫu thuật để tránh bỏ sót biến chứng ở tai.

Từ khóa: Viêm VA mạn tính phì đại, nhĩ lượng đồ.

ABSTRACT

ASSESS THE RESULTS OF ENDOSCOPIC ADENOIDECTOMY BY HUMMER AT CAN THO ENT HOSPITAL, 2018-2020

Nguyen Xuan Mai*, Dam Van Cuong, Duong Huu Nghi
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Adenoid hypertrophy is a common disease in pediatric otolaryngology. Adenoid plays a significant role in the pathogenesis of otitis media with effusion. Tympanometry is one of valuable test in surveying the function of middle ear, help early diagnosis. **Objectives:** Describe the clinical features, tympanometry and evaluating the results of adenoidectomy by Hummer. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive and prospective with analysis on 99 children of adenoid hypertrophy (≤ 15 years old). **Results:** 99 patients have included 63 males and 36 females; mean age was 8.52 ± 2.55 years. Symptoms: nasal discharge (96%), nasal obstruction (68.7%), mouth breathing (51.5%), snoring (45.5%), tinnitus (25.3%), hearing loss (12.1%), otorrhea (9.1%). Endoscopy: adenoids grade 1 (1%), adenoids grade 2 (50.5%), adenoids grade 3 (43.4%), adenoids grade 4 (5.1%). Tympanogram type A 40.4%, tympanogram type B 13.1%, tympanogram type C 16.2%, tympanogram type As 30.3%. After 2 months, all of symptoms postoperative improved quickly: nasal discharge (4%), nasal obstruction (5.1%), mouth breathing (0%), snoring (0%), tinnitus (2%), hearing loss (1%). There were the change of better tendency of tympanometry: type A 81.8%, type B 5.1%, type C 3%, type As 10.1%. **Conclusions:** Adenoidectomy by hummer have good result. Children with the adenoid hypertrophy should be done tympanometry before adenoidectomy to rule out complication of the ear.

Keywords: adenoid hypertrophy, tympanometry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm VA là nhóm bệnh đứng hàng đầu trong các bệnh tai mũi họng ở trẻ em (chiếm khoảng 10% trẻ dưới 10 tuổi). VA dễ bị viêm nhiễm, tái phát, dần hết vai trò miễn dịch, trở thành ổ vi khuẩn hay dần phì đại đến mức gây tắc nghẽn đường thở cũng như gây nhiều biến chứng lên các cơ quan khác. Một trong những biến chứng hay gặp nhất là biến chứng tai, đặc biệt là viêm tai giữa tiết dịch [1].

Viêm tai giữa tiết dịch là tình trạng ứ dịch trong hòm tai với màng nhĩ không thủng, thường gặp ở trẻ em lứa tuổi mẫu giáo và học đường. Bệnh gây suy giảm sức nghe, diễn tiến với các triệu chứng kín đáo, thàm lặng, trẻ em khó tự nhận biết được, lâu dài ảnh hưởng đến quá trình phát triển ngôn ngữ, thể chất và trí tuệ của trẻ [8].

Với sự tiến bộ của y học, nhĩ lượng đồ đã ra đời và giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán sớm. Đây là phương pháp đo khách quan, đơn giản, nhanh, có độ nhạy cao và dễ thực

hiện ngay cả ở trẻ nhỏ. Kết quả đo cung cấp những thông tin có giá trị về chức năng tai giữa, chức năng vòi nhĩ, sự hiện diện của dịch trong hòm tai và độ di động của hệ màng nhĩ xương con [3], [8]. Qua đó ta có thể đánh giá được những tổn thương tai giữa trong những trường hợp không thủng màng nhĩ. Để tìm hiểu thêm về hiệu quả của phẫu thuật nạo VA, vai trò của nhĩ lượng đồ, giúp cho bác sỹ có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán và nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, nhĩ lượng đồ ở trẻ em viêm VA phì đại tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020.
2. Đánh giá kết quả điều trị nạo VA phì đại bằng Hummer qua nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán viêm VA phì đại có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ năm 2018 đến năm 2020.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** bệnh nhân ≤ 15 tuổi được thăm khám, nội soi chẩn đoán viêm VA phì đại; có chỉ định phẫu thuật nạo VA và có kết quả đo nhĩ lượng đồ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có chống chỉ định nạo VA, bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh về tai (đã phẫu thuật tai, chấn thương tai, dị tật bẩm sinh,...), có bệnh lý gây chít hẹp ống tai ngoài (nhọt, khối u,...), màng nhĩ thủng, u vòm mũi họng, u mũi, polyp mũi, có rối loạn tâm thần, cha mẹ bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:**

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

chọn $p = 0,86$ (theo nghiên cứu kết quả điều trị nạo VA nội soi bằng thiết bị cắt hút của Dr. Hitender Basista1, Dr. Gaurav Saxena, Dr. Amit Modwal, Dr. Beni Prasad) [10], tính được cỡ mẫu 95 bệnh nhân. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 99 bệnh nhân. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, lý do vào viện, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể qua thăm khám, nội soi mũi-vòm họng, nội soi tai trước phẫu thuật.

• Phân độ phì đại VA được chia thành 4 độ theo Clemens and McMurray Scale:

- Độ 1: V.A chiếm 1/3 cửa mũi sau.
- Độ 2: V.A che lấp đến 2/3 cửa mũi sau.
- Độ 3: V.A chiếm hơn 2/3 cửa mũi sau nhưng không che lấp hoàn toàn.
- Độ 4: V.A che lấp hoàn toàn cửa mũi sau [3].

• Hình ảnh nội soi tai

▪ Hình thái màng nhĩ: bình thường, đầy phồng, co lõm.
 ▪ Màu sắc màng nhĩ: màng nhĩ bình thường (màu hơi xám, sáng bóng, trong); màng nhĩ dày đục, mất tam giác sáng; màng nhĩ bóng khí/mức dịch; màng nhĩ màu vàng mật ong.

+ Nhĩ lượng đồ: là phương pháp đo trở kháng tai giữa, chúng tôi phân loại theo Jeger và Liden:

• Type A: hình nón loe, cân xứng, đỉnh nhọn, nằm trong khoảng áp suất bình thường và độ thông thuận bình thường. Gợi ý chức năng tai giữa bình thường.

• Type As: đỉnh thấp, nằm trong khoảng áp suất bình thường nhưng trị số độ thông thuận kém. Gợi ý dịch keo trong hòm nhĩ, màng nhĩ sẹo dày, cứng khớp xương con.

• Type Ad: đỉnh cao, đỉnh nằm trong khoảng áp suất bình thường nhưng trị số độ thông thuận rất cao. Gặp ở bệnh nhân trật/ lỏng khớp xương con, màng nhĩ nhẽo.

• Type B: Đỉnh bằng phẳng hoặc không có đỉnh. Gợi ý ứ dịch hòm nhĩ

• Type C: Đỉnh dẹt hoặc hình đôi nằm trong khoảng áp suất âm, trị số độ thông thuận có thể cao, bình thường hoặc thấp. Thể hiện áp lực âm trong hòm nhĩ do rối loạn chức năng vòi, có thể kèm hoặc không kèm tiết dịch trong hòm tai [2].

+ Đánh giá kết quả điều trị: đánh giá tình trạng vòm sau phẫu thuật (có chảy máu sau mổ hay không, có tổn thương cấu trúc lân cận trong quá trình mổ không, giả mạc chưa bong/ giả mạc đã bong 1 phần/ giả mạc bong hoàn toàn, quá trình lành thương ở tuần thứ 1 và tháng thứ 1 sau phẫu thuật, tình trạng quá phát lại VA sau 2 tháng phẫu thuật hay không); sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng dựa vào phỏng vấn bệnh nhân sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 2 tháng; sự thay đổi hình thái và màu sắc màng nhĩ, sự chuyển biến của nhĩ lượng đồ sau phẫu thuật 2 tháng.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu nghiên cứu xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình thái nhĩ lượng đồ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 99 bệnh nhi, nam giới chiếm 63,6% (63/99), nữ giới chiếm 36,4% (36/99). Tuổi trung bình là $8,52 \pm 2,55$ tuổi; nhóm tuổi > 6-11 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 60,6%, nhóm tuổi ≤ 3 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3%. Lý do vào viện đa số là chảy mũi chiếm 49,5% và nghẹt mũi chiếm 34,4%, kể đến là ù tai 13,1%, ngủ ngáy 2% và nghe kém là 1%.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ (%)
Chảy mũi	95	96
Nghẹt mũi	68	68,7
Thở miệng	51	51,5
Ngủ ngáy	45	45,5
Ù tai	25	25,3
Nghe kém	12	12,1
Chảy mủ tai	9	9,1

Nhận xét: Chảy mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 96%. Đa số là các triệu chứng của tắc nghẽn đường hô hấp trên: nghẹt mũi (68,7%), thở miệng (51,5%), ngủ ngáy (45,5%). Các triệu chứng ở tai chiếm tỷ lệ thấp hơn: ù tai (25,3%), nghe kém (12,1%), chảy mủ tai (9,1%).

Qua nội soi đánh giá độ phì đại của VA (chúng tôi phân loại theo Clemens and McMurray Scale) chủ yếu độ 2 (50,5%), độ 3 (43,4%), kể đến độ 4 (5,1%) và độ 1(1%).

Bảng 2. Hình thái màng nhĩ trước phẫu thuật

Hình thái màng nhĩ	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	83	83,8
Co lõm	9	9,1

Hình thái màng nhĩ	n	Tỷ lệ (%)
Đầy phòng	7	7,1
Tổng	99	100

Nhận xét: Hình thái màng nhĩ bình thường gặp nhiều nhất 83/99 trường hợp. Màng nhĩ co lõm 9/99 trường hợp, chiếm 9,1%, màng nhĩ đầy phòng 7/99 trường hợp, chiếm 7,1%.

Bảng 3. Màu sắc màng nhĩ trước phẫu thuật

Màu sắc màng nhĩ	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	86	86,9
Màng nhĩ dày đục	7	7,1
Màng nhĩ có bóng khí	5	5
Màng nhĩ màu vàng mật ong	1	1
Tổng	99	100

Nhận xét: Màng nhĩ không thay đổi màu sắc là chủ yếu chiếm 86,9%. Trong số màng nhĩ thay đổi màu sắc, màng nhĩ dày đục chiếm 7,1%, màng nhĩ có hình ảnh bóng khí chiếm 5%. Chỉ gặp 1 bệnh nhân màng nhĩ màu vàng mật ong, chiếm tỷ lệ thấp nhất 1%.

Bảng 4. Nhĩ lượng đồ trước phẫu thuật (theo Jeger và Liden)

Type	n	Tỷ lệ (%)
A	40	40,4
B	13	13,1
C	16	16,2
As	30	30,3
Tổng	99	100

Nhận xét: Trước phẫu thuật nạo VA, nhĩ lượng đồ type A gặp nhiều nhất, chiếm 40,4%; ít nhất là type C (16,2%) và type B (13,1%).

Bảng 5. Môi quan hệ giữa độ phì đại VA và nhĩ lượng đồ

VA	Type				Tổng
	A	B	C	As	
Độ 1	0	0	0	1 (100%)	1 (100%)
Độ 2	36 (72%)	4 (8%)	0	10 (20%)	50 (100%)
Độ 3	4 (9,3%)	7 (16,3%)	13 (30,2%)	19 (44,2%)	43 (100%)
Độ 4	0	2 (40%)	3 (60%)	0	5 (100%)
$p < 0,05$					

Nhận xét: VA độ 1 100% nhĩ lượng đồ type A. VA độ 2 chủ yếu là nhĩ lượng đồ type A, 36/50 trường hợp (chiếm 72%), kế đến là As 10/50 trường hợp (20%), type B với 4/50 trường hợp (8%). Ở VA độ 3 thường gặp nhất là type As 19/43 trường hợp (44,2%) và type C 13/43 trường hợp (30,2%). VA độ 4 chủ yếu là type C 3/5 trường hợp (60%) và type B 2/5 trường hợp (40%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào chảy máu sau nạo VA, sót mô VA hay tổn thương cấu trúc lân cận. Tình trạng vòm mũi họng 1 tuần sau mổ 100% bệnh nhân đã bong giả mạc 1 phần, và 100% bệnh nhân bong hoàn toàn giả mạc sau 1 tháng. Sau 2 tháng nạo VA, 100% bệnh nhân đều không quá phát lại.

Bảng 6. So sánh triệu chứng cơ năng trước và sau mổ

Triệu chứng cơ năng	Trước mổ		Sau mổ 1 tuần		Sau mổ 1 tháng		Sau mổ 2 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chảy mũi	95	96	14	14,1	6	6,1	4	4	p < 0,001
Nghẹt mũi	68	68,7	30	30,3	9	9,1	5	5,1	p < 0,001
Thở miệng	51,5	51,5	2	20,2	4	4	0	0	p < 0,001
Ngủ ngáy	45	45,5	11	11,1	2	2	0	0	p < 0,001
Ù tai	25	25,3	21	21,2	12	12,1	2	2	p > 0,05
Nghe kém	12	12,1	12	12,1	8	8,1	1	1	p > 0,05
Chảy mủ tai	9	9,1	3	3	3	3	0	0	p < 0,05

Nhận xét: Các triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi, thở miệng, ngủ ngáy sau mổ giảm rõ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Ù tai và nghe kém trước mổ và sau mổ cũng giảm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 7. Hình thái màng nhĩ sau phẫu thuật nạo VA 2 tháng

Hình thái màng nhĩ	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	93	94
Co lõm	3	3
Đầy phòng	3	3
Tổng	99	100

Nhận xét: Sau nạo VA 2 tháng, có 93/99 trường hợp màng nhĩ bình thường, chiếm tỷ lệ cao nhất (94%). Còn lại 3/99 trường hợp màng nhĩ co lõm (3%) và 3/99 màng nhĩ đầy phòng (3%).

Bảng 8. Màu sắc màng nhĩ sau phẫu thuật nạo VA 2 tháng

Màu sắc màng nhĩ	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	95	96
Dày đục	2	2
Có bóng khí	2	2
Màu vàng mật ong	0	0
Tổng	99	100

Nhận xét: Sau phẫu thuật 2 tháng, không còn màng nhĩ màu vàng mật ong, màng nhĩ bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 96%, còn lại 2% màng nhĩ có bóng khí và 2% màng nhĩ dày đục.

Bảng 9. Nhĩ lượng đồ sau phẫu thuật nạo VA 2 tháng

Type	n	Tỷ lệ (%)
A	81	81,8
B	5	5,1
C	3	3
As	10	10,1
Tổng	99	100

Nhận xét: Sau 2 tháng phẫu thuật nhĩ lượng đồ type A chiếm tỷ lệ cao nhất 81,8%; kế đến là nhĩ lượng đồ type As chiếm 10,1%, ít nhất là nhĩ lượng đồ type B 5,1% và nhĩ lượng đồ type C 3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nhĩ lượng đồ

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 99 bệnh nhân viêm VA mạn tính phì đại có tuổi trung bình $8,52 \pm 2,55$ tuổi, nhóm tuổi > 6-11 chiếm tỷ lệ cao nhất (60,6%), nhóm tuổi ≤ 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2010) [4]. Tỷ lệ nam giới là 63,3%, nữ giới là 36,4%. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trung Nghĩa, Hà Lan Phương [5], [6].

Lý do vào viện cao nhất là chảy mũi (49,5%) và nghẹt mũi (34,3%); đây cũng là triệu chứng mà phụ huynh dễ nhận biết ở trẻ. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật chúng tôi ghi nhận được: chảy mũi (96%), nghẹt mũi (68,7%), thở miệng (51,5%), ngủ ngáy (45,5%). Đây cũng là những triệu chứng của tắc nghẽn đường hô hấp trên khi VA phì đại che lấp cửa mũi sau. Triệu chứng: ù tai (25,3%), nghe kém (12,1%) và chảy mủ tai (9,1%); tuy chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng cũng cần lưu ý vì gây biến chứng nguy hiểm đến tai. Do trẻ chưa nhận thức được đầy đủ để có thể than phiền hết những khó chịu, trẻ còn ham chơi, dễ quên nên nhiều triệu chứng thường bị bỏ qua và phát hiện muộn.

Qua nội cho thấy VA độ 2 và VA độ 3 là chủ yếu chiếm tỷ lệ lần lượt là 50,5% và 43,4%, VA độ 4 chiếm 5,1%, VA độ 1 chiếm 1%. Tương tự kết quả của Hà Lan Phương, Trần Thị Kim Tuyền đều có VA phì đại độ 2, độ 3 chiếm tỷ lệ cao hơn độ 1 và độ 4 [6], [9]. Viêm VA phì đại chèn ép phù nề vùng lân cận, gây tắc vòi làm ứ dịch hòm nhĩ và nó cũng được coi là ổ chứa vi khuẩn gây bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số gặp hình thái màng nhĩ bình thường (83,8%) và màu sắc bình thường (86,9%). Các trường hợp còn lại có thay đổi màng nhĩ về hình thái như: co lõm (9,1%), đầy phồng (7,1%) và thay đổi màu sắc: dày đục, mất nón sáng (7,1%), màng nhĩ có bóng khí (5%) và màu vàng mật ong (1%). Có thể được giải thích do viêm VA mạn tính phì đại gây tắc vòi kéo dài làm giảm áp lực hòm nhĩ, làm màng nhĩ bị lõm, mất nón sáng hoặc thay đổi vị trí giải phẫu; đây cũng là giai đoạn đầu của viêm tai giữa ứ dịch [7]. Nhĩ lượng đồ type A chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,4%, kế đến là type As 30,3%, type C 16,2% và type B 13,1%. Tương đồng với kết quả của tác giả Rajashekhar R.P (2018) và Trần Thị Kim Tuyền [9], [11]. Kết quả của chúng tôi type A chiếm tỷ lệ cao nhất vì chúng tôi nghiên cứu trên bệnh nhân viêm VA có và không có biến chứng ở tai. Chúng tôi cũng ghi nhận được VA độ 2, độ 3 và độ 4 có sự ảnh hưởng đến chức năng tai giữa, khác với VA độ 1 chưa xuất hiện biến chứng.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào chảy máu sau nạo VA. Sau phẫu thuật 1 tuần, 100 % bệnh nhân giả mạc ở hố mô đã bong 1 phần, và sau 1 tháng giả mạc bong hoàn toàn. Sau 2 tháng nội soi lại không có trường hợp nào sót mô hay quá phát lại. Chính vì ổ nhiễm trùng đã biến mất và khối VA che lấp cửa mũi sau không còn nên các triệu chứng cơ năng cũng được cải thiện rõ rệt. Chỉ còn 4 trường hợp chảy mũi, 5 trường hợp nghẹt mũi, 2 bệnh nhân ù tai và 1 bệnh nhân nghe kém. Tương đồng với kết quả của Võ Nguyễn Hoàng Khôi [4].

Sau phẫu thuật 2 tháng, hình thái màng nhĩ bình thường có 93/99 trường hợp, 3/99 màng nhĩ co lõm và 3/99 màng nhĩ đầy phồng. Màu sắc màng nhĩ bình thường cũng chiếm đa số 95/99 trường hợp, còn lại 2/99 màng nhĩ dày đục và 2/99 màng nhĩ có bóng khí. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Kim Tuyền [9]. Nhĩ lượng đồ đo sau 2 tháng nạo VA, type A chiếm 81,8%, type As chiếm 10,1%, type B là 5,1% và type C 3%. Viêm VA mạn quá phát là tác nhân cơ giới gây bít tắc loa vòi dẫn đến rối loạn tuần hoàn vì

mạch từ hòm nhĩ đến họng mũi và là ổ viêm ngược dòng từ mũi họng đến tai giữa. Nạo VA làm cho vòi nhĩ hoạt động tốt hơn, giúp tai giữa thoát dịch hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận VA từ độ 2 trở lên có ảnh hưởng đến chức năng vòi nhĩ và tai giữa. Vì vậy, nên đo nhĩ lượng đồ thường qui cho tất cả trẻ em viêm VA mạn tính, phải đại trước phẫu thuật nạo VA để tránh bỏ sót biến chứng ở tai.

Phẫu thuật nạo VA bằng Hummer qua nội soi có nhiều ưu điểm như nạo sạch khối VA, không sót mô, tránh tổn thương cấu trúc lân cận và cầm máu hiệu quả, đã loại bỏ được nguyên nhân cơ học cản trở chèn ép loa vòi nhĩ đồng thời cũng loại bỏ ổ nhiễm trùng, mang lại sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng: Chảy mũi (từ 96% còn 4%), nghẹt mũi (từ 68,7% còn 5,1%), ù tai (từ 25,3% còn 2%), nghe kém (từ 12,1% còn 1%), không còn trường hợp nào thở miệng, ngủ ngáy, chảy mủ tai và sự chuyển biến tốt hơn về nhĩ lượng đồ, giúp giảm tần suất bệnh viêm mũi họng, các bệnh đi kèm, nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Khánh Hòa (2014), *Tai Mũi Họng*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. Hà Nội, tr 102-107.
2. Đặng Xuân Hùng (2018), *Thính học lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học. Thành phố Hồ Chí Minh, tr 56-71.
3. Nguyễn Hữu Khôi (2006), *Viêm họng Amidan và VA*. Nhà xuất bản Y học. Thành phố Hồ Chí Minh, tr 121-145.
4. Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của viêm amidan vòm và đánh giá kết quả phẫu thuật nạo amidan vòm tại bệnh viện Đa khoa thành phố Buon Ma Thuột năm 2010*. Đề tài cơ sở, bệnh viện Đa khoa thành phố Buon Ma Thuột.
5. Nguyễn Trung Nghĩa (2017), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt amidan và nạo VA đồng thời ở trẻ em*. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Hà Lan Phương (2011), *Nghiên cứu hình thái nhĩ đồ ở trẻ em viêm VA quá phát có chỉ định phẫu thuật*. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Duy Quảng (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các hình thái nhĩ lượng đồ trong bệnh viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín*. Luận văn bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Dược Huế.
8. Nhan Trùng Sơn (2016), *Tai Mũi Họng quyển 2*. Nhà xuất bản Y học. Thành phố Hồ Chí Minh, tr 498 – 506.
9. Trần Thị Kim Tuyên (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình thái nhĩ lượng đồ và kết quả điều trị phẫu thuật nạo VA*. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế.
10. Hitender Basista, Gowrav Saxena, Amit Modwal, Beni Prasad (2015), Endoscopic Adenoidectomy with Microdebrider. *Scholar Journal of Applied Medical Science*, 3(5B), pp 1906-1909
11. Rashmi P. Rajashekhar, Vinod V. Shinde (2018), Tympanometric changes following adenoidectomy in children with adenoid hypertrophy. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 4(2), pp 391-396.

(Ngày nhận bài: 09/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 08/09/2020)
