DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2744

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ XẸP NHĨ KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2022 – 2024

***Chhoa Kim Hui*[1*], *Hồ Lê Hoài Nhân*[2], *Phạm Thanh Thế*[1]**
1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ
****** Email: chhoakimhui@gmail.com*
Ngày nhận bài: 23/5/2024
Ngày phản biện: 16/6/2024
Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Ngày nay, xẹp nhĩ khu trú ngày càng phổ biến, đặc biệt trên xương chũm đặc ngà và kém thông bào. Phẫu thuật nội soi kết hợp đường xuyên ống tai hay phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai ít xâm lấn hơn phẫu thuật đường sau tai, đảm bảo lấy sạch bệnh tích, rút ngắn thời gian khô tai sau phẫu thuật và tránh tổn thương cấu trúc lành.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân xẹp nhĩ khu trú. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị xẹp nhĩ khu trú.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp trên 30 tai xẹp nhĩ khu trú được phẫu thuật nội soi điều trị.* ***Kết quả:*** *Đặc điểm lâm sàng: Nghe kém chiếm 93,3%, ù tai chiếm 70,0%, chảy tai chiếm 66,7%, đau tai chiếm 23,3%, chóng mặt chiếm 6,7%. Cắt lớp vi tính xương thái dương: xương chũm đặc ngà 63%, kém thông bào 37%. Thính lực đồ đơn âm: trung bình ngưỡng nghe đường khí 41,2 ± 12,7dB, trung bình khoảng cách khí - xương 23,7 ± 12,1dB. Trung bình thời gian khô tai sau phẫu thuật: 6 ± 2,4 tuần.* ***Kết luận:*** *Với phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai, chúng ta có thể tiếp cận thượng nhĩ là vùng đầu tiên của bệnh lý. Bên cạnh đó, sự cơ động của kỹ thuật này giúp ta xử trí các giai đoạn khác nhau của xẹp nhĩ khu trú. Phẫu thuật này là phẫu thuật tổn thương tối thiểu nhưng mang lại hiệu quả tối đa.*

Từ khoá: *Xẹp nhĩ khu trú, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai.*

ABSTRACT

RESEARCHING CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND EVALUATING THE RESULT OF ENDOSCOPIC SURGERY ON TYMPANIC MEMBRANE RETRACTION POCKET PATIENTS AT CAN THO ENT HOSPITAL IN 2022 - 2024

***Chhoa Kim Hui*[1*], *Ho Le Hoai Nhan*[2], *Pham Thanh The*[1]**
1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy
2. Can Tho Ear Nose Throat Hospital

Background: *Today, diseases of tympanic membrane retraction pockets have become more common, especially in sclerotic and diploic mastoid bone. Endoscopic surgery combined with transcanal route or endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery is less invasive than postauricular surgery, ensures clean removal of disease, shortens time of postoperative dry ear, and avoids damage to healthy structure.* ***Objectives:*** *1. To describe clinical, subclinical features in patients with tympanic membrane retraction pocket. 2. To evaluate the results of endoscopic surgery.* ***Materials and methods:*** *A prospective, interventional study with endoscopic surgery on 30*

ears with tympanic membrane retraction pocket. ***Results:*** *Clinical features: Hearing loss 93.3%, tinnitus 70.0%, otorrhea 66.7%, earache 23.3%, vertigo 6.7%. Computed tomography of the temporal bone: sclerotic mastoid bone 63%, diploic mastoid bone 37%. Pure tone audiogram: average air-conduction hearing threshold 41.2 ± 12.7 dB, average air-bone gaps 23.7 ± 12.1 dB. Average time of postoperative dry ear: 6 ± 2.4 weeks.* ***Conclusion:*** *With endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery, we can approach the epitympanum, which is the first area of the pathology. Besides, the mobility of this technique helps us manage different stages of tympanic membrane retraction pocket. This surgery is not only minimally invasive but also highly effective.*

Keywords: *Tympanic membrane retraction pocket, endoscopic surgery, endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, xẹp nhĩ khu trú ngày càng phổ biến, đặc biệt trên xương chũm đặc ngà và kém thông bào [1]. Xẹp nhĩ khu trú hay túi co lõm ở màng chùng tiến triển âm thầm qua nhiều giai đoạn và có thể tiến triển thành cholesteatoma thượng nhĩ gây nhiều biến chứng nguy hiểm, do đó chỉ định phẫu thuật gần như tuyệt đối [2], [3]. Mục tiêu của phẫu thuật là bóc lớp biểu bì ra khỏi thành trong hòm tai, tạo lại một hòm tai có kích thước bình thường; đảm bảo thông khí và tạo điều kiện cho phẫu thuật tạo hình tai giữa. Vì vậy, yêu cầu là không làm phá hủy xương lành quá nhiều, tránh gây tai biến do đi qua vùng tam giác nguy hiểm, đường tiếp cận ngắn nhất, đảm bảo giải quyết bệnh tích và quá trình lành thương diễn ra thuận lợi. Năm 2009, tác giả Nguyễn Tấn Phong đã trình bày phẫu thuật mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai điều trị xẹp nhĩ khu trú, đáp ứng được các yêu cầu cầu trên. Bên cạnh đó, với sự hỗ trợ đắc lực của nội soi với ưu điểm: tiếp cận sâu hơn, cho hình ảnh rõ nét, có thể thay đổi góc nhìn và khoảng cách một cách linh động đã giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán và phẫu thuật điều trị [4]. Chính vì những lý do trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân xẹp nhĩ khu trú tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2022 - 2024. 2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị xẹp nhĩ khu trú tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2022 - 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xẹp nhĩ khu trú nhập viện và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 06/2022 đến tháng 02/2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Được chẩn đoán xác định xẹp nhĩ khu trú màng chùng độ 3, 4 theo Tos và Poulsen. Được phẫu thuật nội soi điều trị xẹp nhĩ khu trú theo Kỹ thuật Phong. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Dị dạng ống tai. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai khoét chũm tiệt căn tối thiểu nhưng xương chũm có dạng thông bào nhiều. Bệnh lý nội khoa không thể gây mê, phẫu thuật. Chuyển vùng cư trú không có điều kiện theo dõi sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

- Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p.(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý.

Z là chọn mức tin cậy mong muốn là 95%. Ta có $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = 1,96.

p là tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt sau phẫu thuật 0,976 theo nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai điều trị viêm tai - xương chũm mạn tính khu trú" của tác giả Hồ Lê Hoài Nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương và các Bệnh viện Hà Nội [5].

d: chấp nhận mức sai số cho phép của nghiên cứu là 0,055.

Từ đó ta có số mẫu cần nghiên cứu tối thiểu là 30 mẫu tai.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng (chảy tai, ù tai, nghe kém, đau tai, chóng mặt), triệu chứng thực thể (đánh giá màng chùng, màng căng).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Đánh giá hình ảnh chụp cắt lớp vi tính xương thái dương và đánh giá thính lực đồ.

+ Đặc điểm trong phẫu thuật: Mức độ tổn thương vùng thượng nhĩ, độ lan tổn thương, tổn thương xương con, tổn thương niêm mạc hòm tai, loại viêm tai - xương chũm và phương pháp phẫu thuật.

+ Đánh giá thời gian khô tai, thính lực sau phẫu thuật 3 tháng.

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn bệnh nhân, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu khi nhập viện điều trị.

- Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm (%). Các số liệu sau khi xử lý sẽ được trình bày dưới dạng các bảng, biểu đồ bằng phần mềm Excel 2016.

- Đạo đức nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ tuân theo nguyên tắc trong nghiên cứu y học. Số phiếu chấp thuận y đức: 22.129.HV/PCY-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân xẹp nhĩ khu trú

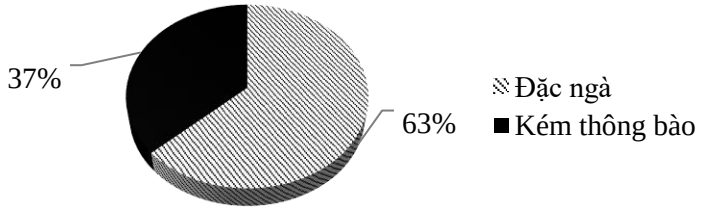
Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chảy tai	20	66,7
Ù tai	21	70,0
Nghe kém	28	93,3
Đau tai	7	23,3
Chóng mặt	2	6,7

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là nghe kém 28/30 (93,3%), ù tai 21/30 (70,0%), chảy tai 20/30 (66,7%). Đau tai và chóng mặt là triệu chứng ít gặp hơn.

Cắt lớp vi tính xương thái dương



Biểu đồ 1. Loại thông bào xương chũm

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 19/30 (63%) xương chũm đặc ngà, 11/30 (37%) xương chũm kém thông bào. Xương chũm đặc ngà là hình thái thường gặp nhất.

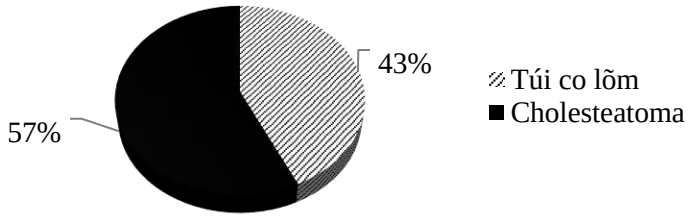
Thính lực đồ đơn âm trước phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả thính lực đồ đơn âm trước phẫu thuật

Ngưỡng nghe	dB
Trung bình đường xương	17,8 ± 8,2
Trung bình đường khí	41,2 ± 12,7
Trung bình ABG	23,7 ± 12,1

Nhận xét: Qua nghiên cứu ghi nhận, trung bình đường xương là 17,8dB (SD= 8,2dB), trung bình đường khí là 41,2dB (SD= 12,7dB), trung bình ABG là 23,7dB (SD= 12,1dB) cho thấy chủ yếu là nghe kém dẫn truyền.

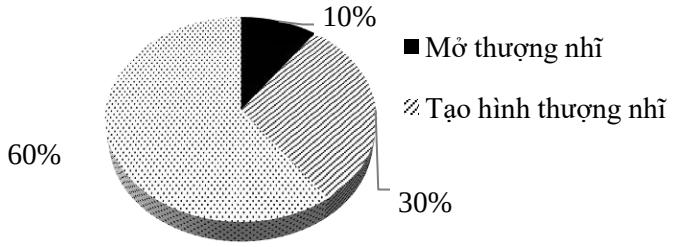
Loại viêm tai – xương chũm



Biểu đồ 2. Loại viêm tai – xương chũm

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, cholesteatoma chiếm tỷ lệ cao hơn 17/30 (57%), túi co lõm chiếm 13/30 (43%). Đặc trưng là bệnh diễn tiến âm thầm nên đa phần khi phát hiện là bệnh đã tiến triển thành cholesteatoma.

Phương pháp phẫu thuật



Biểu đồ 3. Phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiệt căn tối thiểu chiếm tỷ lệ nhiều nhất 18/30 (60%) tương ứng với loại viêm tai - xương chũm là cholesteatoma. Đối với túi co lõm đơn thuần thì đa phần cần tái tạo lại tường thượng nhĩ nên phẫu thuật nội soi tạo hình thượng nhĩ nhiều hơn 9/30 (30%) so với phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ đơn thuần 3/30 (10%).

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nôi soi điều trị xẹp nhĩ khu trú

Thời gian khô tai

Thời gian khô tai trung bình là 6 tuần (SD= 2,4 tuần). Thời gian khô tai nhanh nhất là 3 tuần và chậm nhất là 11 tuần.

Thính lực đồ đơn âm sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 3. Kết quả thính lực đồ đơn âm sau phẫu thuật 3 tháng

Ngưỡng nghe	dB
Trung bình đường xương	18,3 ± 11,8
Trung bình đường khí	31,2 ± 16,2
Trung bình ABG	12,8 ± 7,9

Nhận xét: Qua nghiên cứu ghi nhận, trung bình đường xương là 18,3dB (SD= 11,8dB), trung bình đường khí là 31,2dB (SD= 16,2dB), trung bình ABG là 12,8dB (SD= 7,9dB) sau phẫu thuật 3 tháng cho thấy ABG được thu hẹp, sức nghe được cải thiện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân xẹp nhĩ khu trú

Đặc điểm lâm sàng của xẹp nhĩ khu trú là các triệu chứng nghe kém 28/30 (93,3%), ù tai 21/30 (70%), chảy tai 20/30 (66,7%). Đây là nguyên nhân khiến bệnh nhân đến khám và điều trị, tuy nhiên có trường hợp bệnh đã ở giai đoạn có chỉ định phẫu thuật nhưng hoàn toàn không triệu chứng.

Thính lực của bệnh nhân trước mổ là nghe kém dẫn truyền hoặc hỗn hợp thiên về dẫn truyền. Đa phần xương con còn liên tục, một số bệnh nhân do màng nhĩ xẹp dính vào gây hủy xương con nên ABG trung bình của các mẫu nghiên cứu vẫn dưới 30dB [5].

Cắt lớp vi tính xương thái dương không chỉ giúp chẩn đoán xác định mà còn cho biết mức độ thông bào xương chũm, mức độ lan rộng của bệnh tích, các bất thường giải phẫu dễ gây tai biến và biến chứng, từ đó lựa chọn con đường tiếp cận và phương pháp phẫu thuật phù hợp [6].

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nôi soi điều trị xẹp nhĩ khu trú

Qua khảo sát đặc điểm hình thái thông bào xương chũm, chúng tôi nhận thấy một thực tế là xẹp nhĩ khu trú là hậu quả của một quá trình viêm tai - xương chũm mạn tính, có thể là từ nhỏ nên thông bào xương chũm thường là đặc ngà - sào bào thu nhỏ hoặc kém thông bào. Do đó, với phẫu thuật kinh điển đường sau tai, đòi hỏi phẫu thuật viên phải vượt qua tam giác đột phá nguy hiểm và khoan qua một lớp xương dày khoảng trên 10mm để tiếp cận sào bào. Tuy nhiên, với phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai, ta có thể can thiệp trực tiếp vào vùng bệnh lý đầu tiên của xẹp nhĩ khu trú là thượng nhĩ, nằm cách thành ống tai chỉ 1-2mm và với con đường phẫu thuật này, phẫu thuật viên hoàn toàn có thể đuổi theo bệnh tích khi bệnh tích xâm lấn xa và sâu hơn, tùy theo tổn thương mà chúng tôi có phương án xử lý khác nhau, từ đó giúp đảm bảo giải quyết triệt để bệnh tích, tạo ra một hốc mổ nhỏ, mà hốc mổ nhỏ thì lành thương nhanh nên thời gian nằm viện sẽ ngắn. Nếu phẫu thuật viên đã lấy sạch bệnh tích như xẹp nhĩ khu trú giai đoạn sớm không cholesteatoma thì có thể kết hợp tái tạo hệ thống truyền âm trong một thì. Trong trường hợp tổn thương đã lan rộng như cholesteatoma thượng nhĩ xâm lấn sào đạo - sào bào, cần ưu tiên lấy sạch bệnh tích và với phẫu thuật nội soi khoét chũm tiệt căn tối thiểu đường xuyên ống tai (mở thượng nhĩ - sào bào theo Kỹ thuật Phong) thì các tổn thương giải phẫu trong phẫu thuật này cũng rất ít vì sào đạo nằm cách thành ống tai khoảng

3-4mm và sào bào thì khoảng 5-6mm trên những xương chũm đặc ngà - sào bào thu nhỏ nên sau khi lấy hết khối cholesteatoma và vỏ matrix, chúng tôi tiến hành tạo đường dẫn lưu từ sào bào ra ống tai và tận dụng vạt da ống tai lót vào hốc mổ chũm nhỏ này, giúp khô tai nhanh sau phẫu thuật và tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật tao hình tai giữa ở thì hai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian khô tai trung bình là 6 tuần. Thời gian khô tai nhanh nhất là 3 tuần và muộn nhất là 11 tuần. Phẫu thuật này đã rút ngắn rất nhiều thời gian khô tai so với khoét chũm tiệt căn kinh điển (3-4 tháng) [7], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một vài bệnh nhân có thính lực thể hiện nghe kém tiếp nhận, nhưng đa phần là nghe kém dẫn truyền và hỗn hợp thiên về dẫn truyền nên sau khi được xử trí bệnh tích và kết hợp tái tạo hệ thống truyền âm trong một thì ở một số bệnh nhân đã cho kết quả thính lực sau phẫu thuật được cải thiện với biểu hiện là trung bình đường khí tăng, ABG được thu hẹp.

V. KẾT LUẬN

Xẹp nhĩ khu trú thường biểu hiện nghe kém, ù tai, chảy tai trên các xương chũm đặc ngà hoặc kém thông bào và đây là loại bệnh lý đa dạng, phức tạp. Phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai điều trị xẹp nhĩ khu trú (Kỹ thuật Phong) mang lại hiệu quả phẫu thuật rất cao vì an toàn, thời gian khô tai nhanh và tỷ lệ khô tai cũng cao. Đây là phẫu thuật tùy biến, có tính cơ động và đuổi theo bệnh tích. Thêm nữa, phẫu thuật này đảm bảo đạt được cả hai mục tiêu là lấy bệnh tích và bảo tồn, phục hồi chức năng, tạo điều kiện an toàn làm nền cơ bản cho phẫu thuật chỉnh hình tai giữa. Do đó, phẫu thuật này được xem là có tính thực tiễn và đáp ứng tương đối đầy đủ nhu cầu phẫu thuật. Bên cạnh đó, việc tận dụng hệ thống nội soi trong phẫu thuật nội soi mũi xoang vào phẫu thuật nội soi tai là vô cùng thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lại Thu Hương, Vũ Đăng Lưu, Lê Văn Khảng. Nhận xét mối tương quan giữa thể thông bào xương chũm và tình trạng thông khí của tai giữa trên cắt lớp vi tính ở tai xẹp nhĩ. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*. 2020. 40, 4-10, https://doi.org/10.55046/vjrnm.40.178.2020.
2. Lã Qúy Dân, Cao Minh Thành. Tổng quan về các phương pháp điều trị bệnh viêm tai giữa mạn có cholesteatoma. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2022. 521(2), 214-220, https://doi.org/10.51298/vmj.v521i2.4081.
3. Phạm Thanh Thế, Hồ Mạnh Phương, Hồ Lê Hoài Nhân. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi điều trị xẹp nhĩ giai đoạn 4. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 529(1), 55-58, https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6239.
4. Bae M.R., Kang W.S., Chung J.W. Comparison of the clinical results of attic cholesteatoma treatment: endoscopic versus microscopic ear surgery. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*. 2019. 12(2), 156-162, doi:10.21053/ceo.2018.00507.
5. Phạm Thanh Thế, Hồ Lê Hoài Nhân, Phạm Kế Kiên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khoét chũm tiệt căn trong điều trị viêm xương chũm mạn tính. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2023. 529(1), 198-201, https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6274.
6. Trần Anh Tuấn. Giá trị của cắt lớp vi tính xương thái dương trong đánh giá màng nhĩ ở bệnh nhân tai xẹp nhĩ. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2021. 500(2), 204-209, https://doi.org/10.51298/vmj.v500i2.393.
7. Shakya D., Nepal A. Transcanal Endoscopic Retrograde Mastoidectomy for Cholesteatoma: A Prospective Study. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2021. 102(6), 269-276, doi:10.1177/01455613211009439.
8. Dispenza F., Mistretta A., Gullo F., Riggio F., Martines F. Surgical Management of Retraction Pockets: Does Mastoidectomy have a Role? *International Archives Otorhinolaryngology*. 2021. 25(1), e12-e17, doi: 10.1055/s-0040-1709196.