

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ
ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHOÉT CHŨM TIẾT CĂN
ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG CHŨM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG
ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ**

Phạm Kế Kiên^{1}, Phạm Thanh Thế¹, Hồ Lê Hoài Nhân²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

**Email: kekien1994@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, viêm xương chũm mạn tính dần trở nên khu trú trên các xương chũm đặc ngà và kém thông bào. Phẫu thuật khoét chũm tiết căn kinh điển dù đi đường sau tai hay trước tai đều để lại hốc mô chũm rộng gây kéo dài thời gian khô tai. Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn thích hợp với hình thái xương chũm này, đảm bảo lấy sạch bệnh tích, rút ngắn thời gian khô tai đồng thời tránh tổn thương cấu trúc lành. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính xương thái dương, thính lực trên bệnh nhân viêm xương chũm mạn tính. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp trên 53 tai viêm xương chũm mạn tính được phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: Chảy tai chiếm 96,2%, nghe kém chiếm 88,7%, ù tai chiếm 67,9%,

chóng mặt chiếm 5,7%, đau tai chiếm 32,1%. Đặc điểm cắt lớp vi tính xương thái dương: Xương chũm đặc ngà 83%; kém thông bào 17%. Thính lực: Trung bình ngưỡng nghe đường khí $64,8 \pm 23,6$ dB, trung bình ABG $35,2 \pm 15,5$ dB. Chảy tai và ù tai cải thiện lần lượt là 92,5% và 64,2% sau 3 tháng phẫu thuật. Thời gian khô tai sau phẫu thuật trung bình là $7 \pm 3,2$ tuần. **Kết luận:** Viêm xương chũm mạn tính thường với triệu chứng chảy tai, nghe kém, ù tai trên các xương chũm đặc ngà và kém thông bào. Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn là phẫu thuật tổn thương tối thiểu nhưng mang lại hiệu quả tối đa.

Từ khóa: Khoét chũm tiết căn, nội soi khoét chũm tiết căn, viêm xương chũm mạn tính.

ABSTRACT

RESEARCHING CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND EVALUATING THE RESULTS OF ENDOSCOPIC RADICAL MASTOIDECTOMY SURGERY ON CHRONIC MASTOIDITIS PATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL AND CAN THO ENT HOSPITAL

Pham Ke Kien ¹, Pham Thanh The ¹, Ho Le Hoai Nhan ²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho ENT Hospital

Background: Today, diseases of chronic mastoiditis become localized. It shows on sclerotic and diploic mastoids. The consequence of radical mastoidectomy is a large mastoid bowl, which prolongs time of postoperative dry ear. Endoscopic radical mastoidectomy surgery is ideal for sclerotic and diploic mastoid bone and ensures clean removal of diseases, shortens time of postoperative dry ear, and avoids damage to healthy structures. **Objectives:** 1. Determine clinical features, CT scan of the temporal bone and audiometric studies in patients with chronic mastoiditis. 2. Evaluating the results of endoscopic mastoidectomy. **Materials and methods:** A prospective study with endoscopic mastoidectomy surgery on 53 ears with chronic mastoiditis. **Results:** clinical features (1) Otorrhea 96.2%, hearing loss 88.7%, tinnitus 67.9%, vertigo 5.6%, earache 32.1%. CT scan of the temporal bone: sclerotic (none pneumatized) mastoid bone 83%, diploic mastoid bone 17%; Pure tone audiogram: pure-tone average $64,8 \pm 23,6$ dB, average ABGs 35.2 ± 15.5 dB. After 3 months of surgery, otorrhea improved by 92.5% and tinnitus improved by 64.2%. Average time of postoperative dry ear: 7 ± 3.2 weeks. **Conclusion:** Chronic mastoiditis usually presents with ear discharge, hearing loss, tinnitus with sclerotic or diploic mastoid bone. Endoscopic mastoidectomy is not only minimally invasive but also highly effective.

Keywords: Mastoidectomy, endoscopic mastoidectomy, chronic mastoiditis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, với sự ra đời của nhiều thể hệ kháng sinh mới, bệnh nhân tiếp cận với chăm sóc y tế thuận tiện hơn làm cho các thể viêm xương chũm lan rộng ngày càng ít đi. Thay vào đó, tình trạng viêm xương chũm ngày càng trở nên khu trú trên các xương chũm đặc ngà và kém thông bào. Phẫu thuật khoét chũm tiết căn kinh điển dù đi đường trước tai hay sau tai đều phải khoan bỏ một phần rộng vỏ xương chũm để tiếp cận bệnh tích mặc dù vỏ xương chũm hoàn toàn bình thường. Hậu quả là để lại hốc mỏ chũm rộng gây kéo dài thời gian khô tai sau phẫu thuật. Năm 2009, Nguyễn Tấn Phong đã trình bày phẫu thuật khoét chũm tiết căn tối thiểu đường xuyên ống tai. Lợi điểm của phương pháp này là chỉ lấy một phần xương nhỏ thành sau trên ống tai ngoài, bảo toàn được vỏ xương chũm lành nhưng đảm bảo lấy sạch bệnh tích, tạo hốc mỏ chũm nhỏ hòa vào ống tai từ đó làm rút ngắn thời gian khô tai, tránh vượt qua cấu trúc nguy hiểm (màng não, xoang tĩnh mạch bên, dây VII)

làm hạn chế nguy cơ tai biến của phẫu thuật. Bên cạnh đó, với sự hỗ trợ đặc lực của nội soi, vừa cho hình ảnh rõ nét, góc nhìn rộng vừa có thể tiếp cận bệnh tích một cách linh động đã giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán và phẫu thuật điều trị [9]. Chính vì những lý do trên nghiên cứu được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính xương thái dương và thính lực trên bệnh nhân viêm xương chũm mạn tính.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm xương chũm mạn tính và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 02/2019 đến 04/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm xương chũm mạn tính. Bệnh nhân được nội soi tai và lấy ảnh, chụp cắt lớp vi tính xương thái dương đúng tiêu chuẩn có đánh giá là xương chũm đặc ngà hoặc kém thông bào, đo thính lực đơn âm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dị dạng ống tai, có xương chũm thể thông bào hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đánh giá theo dõi hậu phẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu trên một loạt ca lâm sàng có can thiệp.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn được 53 mẫu tai đạt tiêu chuẩn trên 49 bệnh nhân với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Triệu chứng cơ năng: Chảy tai, ù tai, nghe kém, chóng mặt, đau tai.

+ Triệu chứng thực thể: Đánh giá ống tai, màng căng, màng chùng.

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

+ Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn.

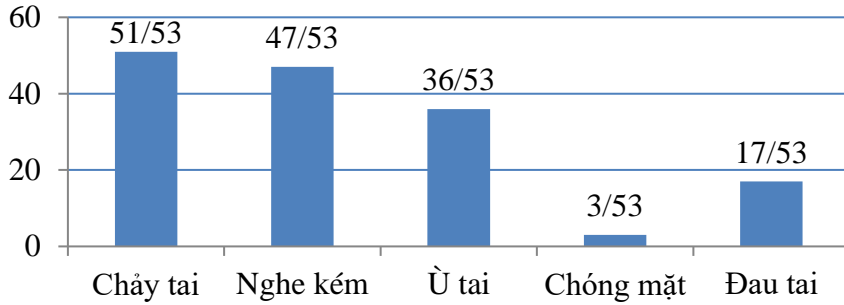
+ Đánh giá trong phẫu thuật: Đánh giá tổn thương gây biến chứng, tổn thương xương con, tổn thương niêm mạc hòm nhĩ-sào bào và bệnh tích đại thể.

+ Đánh giá triệu chứng cơ năng, nội soi sau phẫu thuật mỗi tuần và ghi nhận thời gian khô tai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính xương thái dương và thính lực trên bệnh nhân viêm xương chũm mạn tính

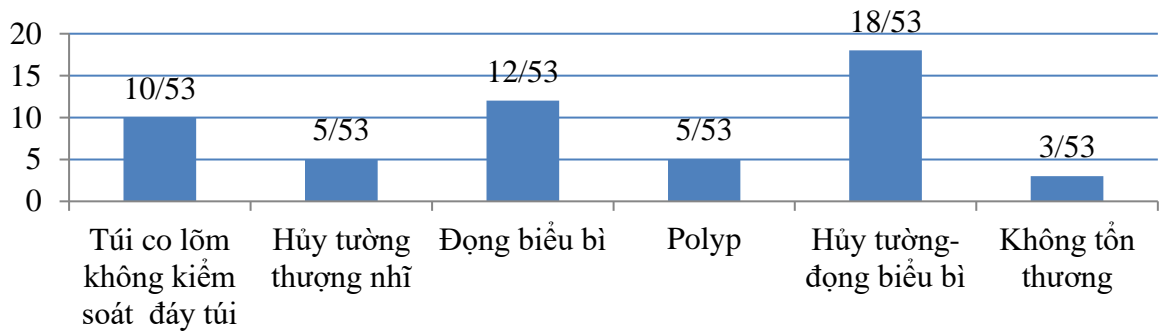
Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 1: Triệu chứng cơ năng

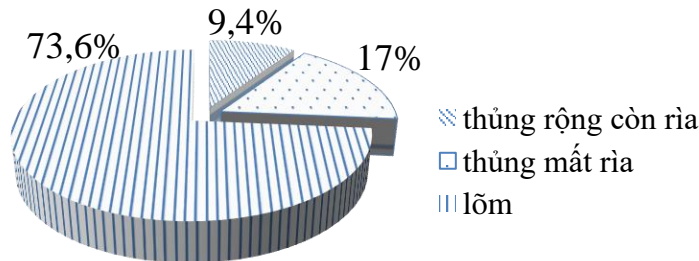
Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là chảy tai 51/53 (96,2%), nghe kém 47/53 (88,7%), ù tai 36/53 (67,9%). Chóng mặt và đau tai là triệu chứng ít gặp hơn.

Triệu chứng thực thể



Biểu đồ 2: Đánh giá màng chùng

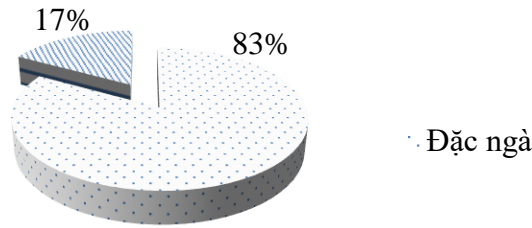
Nhận xét: Hình thái tường thượng nhĩ bị hủy là thường gặp nhất trong đó hủy tường thượng nhĩ đơn thuần là 5/53 (9,4%) và kết hợp hủy tường và động biểu bì 18/53 (34%). Hình thái động biểu bì và túi co lõm thượng nhĩ không kiểm soát được đáy túi cũng thường gặp lần lượt chiếm 12/53 (22,6%) và 10/53 (18,9%) trường hợp. Polyp thượng nhĩ là hình thái ít gặp hơn 5/53 (9,4%) tuy nhiên đây là triệu chứng thường kết hợp tình trạng cholesteatoma nằm sâu bên trong.



Biểu đồ 3: Đánh giá màng căng

Nhận xét: Màng căng không thủng và bị hút lõm là hình thái thường gặp nhất 39/53 (73,6%), trong các trường hợp thủng màng căng tình trạng thủng rộng mất rìa 9/53 (17%) và thủng rộng còn rìa 5/53 (9,4%).

CLVT xương thái dương



Biểu đồ 4: Đặc điểm thông bào xương chũm

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 44/53 (83%) xương chũm đặc ngà, 9/53 (17%) xương chũm kém thông bào. Xương chũm đặc ngà là hình thái thường gặp nhất.

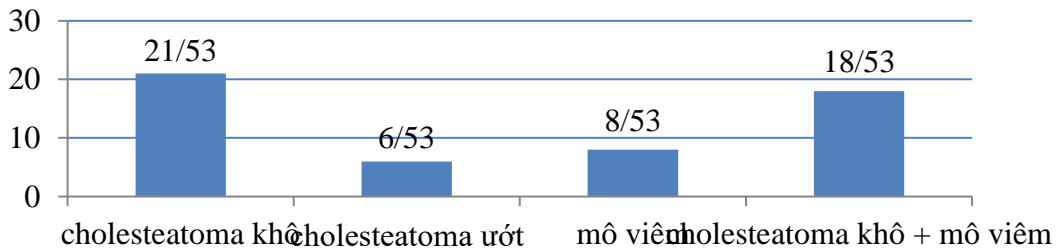
Thính lực

Bảng 1. Kết quả thính lực trước mổ

Ngưỡng nghe	dB
Trung bình đường xương	29,6 ±15,7
Trung bình đường khí	64,8 ± 23,6
Trung bình ABG	35,2 ± 15,5

Nhận xét: Qua nghiên cứu ghi nhận, trung bình đường xương là 29,6dB (SD=15,7dB), trung bình đường khí là 64,6dB (SD=23,6dB). Khoảng ABG trung bình là 35,2 dB (SD=15,5dB) cho thấy tình trạng xơ hóa hòm nhĩ và tổn thương xương con.

Bệnh tích đại thể



Biểu đồ 5: Bệnh tích đại thể

Nhận xét: Bệnh tích cholesteatoma khô là thường gặp nhất, nếu tính cả xuất hiện cùng với bệnh tích là mô viêm thì cholesteatoma chiếm 39/53 (73,6%) trường hợp, cholesteatoma ướt tuy ăn mòn xương nhưng là tổn thương không thường gặp 6/53 (11,3%) trường hợp. Mô viêm chiếm 8/53 (15,1%) trường hợp.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn

Triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Triệu chứng	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng
Chảy tai	51 (96,2%)	4 (7,5%)	2 (3,7%)
Ủ tai	36 (67,9%)	3 (5,7%)	2 (3,7%)
Nghe kém	47 (88,7%)	48 (90,6%)	48 (90,6%)
Chóng mặt	3 (5,7%)	1 (1,9%)	0

Nhận xét: Triệu chứng chảy tai cải thiện 92,5% và triệu chứng ù tai cải thiện 64,2% sau phẫu thuật 3 tháng. Có một trường hợp nghe kém nhiều hơn sau phẫu thuật và chóng

mặt cải thiện trên cả 3 trường hợp.

Thời gian khô tai

Bảng 3. Thời gian khô tai

Thời gian Số lượng	3 tuần	4-6 tuần	7-9 tuần	10-12 tuần	16 tuần	20 tuần
n	3	25	17	6	1	1
Tổng	N=53					

Nhận xét: Thời gian khô tai trung bình là 7 tuần (SD: 3,2 tuần). Thời gian khô tai nhanh nhất là 3 tuần và chậm nhất là 20 tuần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính xương thái dương và thính lực trên bệnh nhân viêm xương chũm mạn tính

Đặc điểm lâm sàng của viêm xương chũm mạn tính là các triệu chứng chảy tai (92,6%), nghe kém (88,7%) và ù tai (67,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hồ Lê Hoài Nhân [2] và Nguyễn Thị Tố Uyên [4]. Đây là nguyên nhân gây khó chịu làm bệnh nhân đến khám và điều trị. Cắt lớp vi tính xương thái dương không những giúp chẩn đoán xác định mà còn cho biết mức độ thông bào xương chũm từ đó chọn lựa phương pháp phẫu thuật phù hợp [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 83% xương chũm đặc ngà và 17% xương chũm kém thông bào. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hồ Lê Hoài Nhân [2] và Nguyễn Thị Tố Uyên [5].

Với kết quả thính lực được đánh giá qua nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân điếc hỗn hợp độ 2, độ 3. Khoảng ABG lớn thể hiện tình trạng xơ hóa và gián đoạn hệ thống xương con mà điều này đã được đánh giá trong quá trình phẫu thuật [3]. Giảm sức nghe đường xương có thể là do tác động của quá trình viêm kéo dài đã ảnh hưởng đến tai trong.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn

Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn có các ưu điểm: tiếp cận bệnh tích đường trong ống tai là con đường ngắn nhất (3-6mm) [4]. Vì thế phẫu thuật này tạo ra một hốc mô chũm nhỏ, bảo tồn cấu trúc giải phẫu một cách tối đa, tạo điều kiện khô tai nhanh [6], [8], [13]. Việc hạ tường dây VII và mài vồng gờ xương ngăn cách hốc mỡ và thành ống tai giúp hòa hốc mỡ chũm vào ống tai. Chính vì thế việc dẫn lưu từ hốc mỡ chũm vào ống tai được thuận tiện không qua hòm nhĩ và đây là con đường dẫn lưu ngắn nhất vào ống tai. Hốc mỡ chũm nhỏ nên không cần chỉnh hình ống tai vẫn đảm bảo được tỷ lệ Va/S. Vì thế không ảnh hưởng đến thẩm mỹ của bệnh nhân. Chính vì thế tỷ lệ cải thiện triệu chứng chảy tai (92,5%) và ù tai (64,2%) sau phẫu thuật 3 tháng. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Lâm [1]. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật chúng tôi ưu tiên giải quyết lấy sạch bệnh tích, không đồng thời tái tạo hệ thống truyền âm nên chúng tôi không đánh giá cải thiện sức nghe sau phẫu thuật.

Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn có thời gian khô tai trung bình là 7 tuần. Thời gian khô tai nhanh nhất lên đến 3 tuần. Phẫu thuật này đã rút ngắn rất nhiều thời gian khô tai so với phẫu thuật khoét chũm tiết căn kinh điển (3-4 tháng). Có 2 trường hợp chảy tai kéo dài được ghi nhận trong nghiên cứu. Trường hợp thứ nhất là do bệnh tích lao tai gây thoái hóa vạt da ống tai (không đủ cấu trúc da), làm quá trình biểu bì hóa hốc mỡ chũm chậm lại. Trường hợp thứ hai là do bệnh nhân không tuân thủ chăm sóc hậu phẫu gây polyp

hốc mỏ chũm và phải điều trị nội khoa tích cực cùng với phẫu thuật cắt polyp hốc mỏ chũm.

V. KẾT LUẬN

Viêm xương chũm mạn tính thường với triệu chứng chảy tai, nghe kém, ù tai trên các xương chũm đặc ngà và kém thông bào. Phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn với cách xâm lấn tối thiểu, không biến chứng nguy hiểm và không viêm tái phát sau phẫu thuật do giải quyết triệt để bệnh tích và dẫn lưu ra ngoài ống tai nên rút ngắn thời gian khô tai và tỷ lệ thành công sau phẫu thuật là rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vũ Lâm (2019), Đánh giá kết quả phẫu thuật tiết căn xương chũm tối thiểu đường ống tai trên bệnh nhân viêm tai xương chũm mạn tính tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, *tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 21.
2. Hồ Lê Hoài Nhân (2013), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai trong viêm tai giữa mạn tính, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Tấn Phong (2009), Phẫu thuật nội soi chức năng tai, Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Tấn Phong (1979), Đặc điểm giải phẫu thừng nhĩ và đoạn 3 dây VII, ý nghĩa thực tiễn, Luận văn tốt nghiệp nội trú chuyên khoa tai mũi họng, Đại Học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Tố Uyên (2018), Nghiên cứu kết quả nội soi phẫu thuật tiết căn xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Tấn Phong (2013), Kết quả phẫu thuật tiết căn xương chũm tối thiểu đường xuyên ống tai, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 82(2), tr.64-70.
7. Loevner (2009), the middle ear and mastoid, Imaging of the temporal bone, *Thieme*, New York, pp.71-77.
8. Pollak (2017), Endoscopic and minimally-invasive ear surgery: a path to better outcomes, *World journal of otorhinolaryngology-head and neck surgery*, 3(3), pp.129-135.
9. Presutti, Marchioni (2014), Principle of endoscopic ear surgery, *Endoscopic ear surgery, Thieme*, pp.6-15.
10. Presutti, *et al.* (2014), Results of endoscopic middle ear surgery for cholesteatoma treatment: a systematic review, *ACTA Otorhinolaryngologica Italica*, 34(3), pp.153.
11. Sadé, Fuchs (1997), Secretory otitis media in adults: II. The role of mastoid pneumatization as a prognostic factor, *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 106(1), pp.37-40.
12. Salah Mansour, *et al.* (2019), the mastoid, *Comprehensive and Clinical Anatomy of the Middle Ear, Springer International*, pp.153-174.
13. Shakya Dipesh (2021), Transcanal Endoscopic Retrograde Mastoidectomy for Cholesteatoma: A Prospective Study, *Ear, Nose & Throat Journal*, 43(2), pp.253-261.

(Ngày nhận bài: 26/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 14/9/2021)
