TSG và nhóm thai phụ bình thường [7,8].

Bảng 3 cho ta thấy nồng độ ure trong máu thai phụ TSG mang gen KIR2DS3 (7,59±3,20 mmol/L) cao hơn so với các thai phụ TSG không mang gen này (5,35±2,52 mmol/L). Khác biệt có ý nghĩa thống kế với p<0,05 (OR=0,516; 95%CI = 0,272-0,981). Từ kết quả này, chúng tôi cũng đã đi tìm hiểu các nghiên cứu của các tác giả khác về mối liên quan giữa gen KIR2DS3 với nồng độ ure trong máu thai phụ TSG nhưng rất tiếc là hiện chưa có nghiên cứu nào ghi nhận điều này. Có thể đây là do vai trò của gen này tham gia vào chuyển hóa protid ở các thai phụ tiền sản giật.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ xuất hiện gen KIR2DS3 ở nhóm thai phụ tiền sản giật (10%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thai phụ bình thường (29%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01 (OR=3,676, 99% CI=1,680-8,045).

Gen KIR3DL1 xuất hiện ở 100% các thai phụ tham gia nghiên cứu.

2. Sự có mặt của gen KIR2DS3 làm tăng nồng độ ure máu ở các thai phụ TSG (p<0,05).

LỜI CẢM ƠN

Đề tài được thực hiện bởi kinh phí đề tài cấp thành phố Hà nội 2017-2019. Xin cảm ơn sự tham gia của KTV Đỗ Thị Hương - Đại học Y Hà nội, BSNT Phùng thị Thúy - Đại học Y Hà nội, Đ.D Phạm thị Tuyết Chinh, ĐD Hoàng thị Liên - Bệnh viện Phụ sản Hà nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hiby SE, Walker J.J, O'shaughnessy K.M et al. (2004)** Combinations of maternal KIR and fetal HLA-C genes influence the risk of preeclampsia and reproductive success. Journal of Experimental Medicine, 200(8): 957-965.
2. **Kulkarni S, Martin MP, Carrington M et al. (2010)** KIR Genotyping by Multiplex PCR-SSP. Methods Mol Biol., 612:365-375.
3. **Nguyễn Thị Thu Hường, Nguyễn Thị Thúy Hà, Trần Thùy Dương và cộng sự (2018).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2014 - 2016. Tạp chí Y học Việt Nam. 465(Số đặc biệt): 200-206.
4. **Trần Thị Hiền (2014).** So sánh thái độ xử trí tiền sản giật trong năm 2008 và năm 2013 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Tiến Vinh (2018).** Nhận xét về tình hình điều trị tiền sản giật thai nghén từ 28 đến 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Chen Q, Lau S, Tong M, et al. (2016)** Serum uric acid may not be involved in the, development of preeclampsia. Journal of Human Hypertension, 30(2): 136-140.
7. **Nakimuli A, Chazara O. Hiby S.E, et al. (2015)** A KIR B centromeric region present in Africans but not Europeans protects pregnant women from pre-eclampsia. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 112(3): 845-850.
8. **Long W, Shi Z, Fan S, el al (2015).** Association of Maternal KIR and Fetal HLA-C Genes with the Risk of Preeclampsia in Chinese Han Population. Placenta, 36, 433-437.

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH XƯƠNG THÁI DƯƠNG TRONG ĐÁNH GIÁ MÀNG NHĨ Ở BỆNH NHÂN TAI XẸP NHĨ

Trần Anh Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính xương thái dương trong đánh giá màng nhĩ trong tai xẹp nhĩ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tình trạng màng nhĩ của 74 bệnh nhân xẹp nhĩ được chụp CLVT xương thái dương 64-128 dãy, tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 12/2018 đến tháng 3/2020. **Kết quả:** Trong số 74 bệnh nhân nghiên cứu, đa số là xẹp nhĩ toàn bộ (82.4%), xẹp nhĩ độ III và độ IV chiếm ưu thế với tỉ lệ tương ứng là 33.8% và 60.8%. Tình trạng màng nhĩ trên CLVT bao gồm: chạm vào các cấu trúc tai giữa: ụ nhô 61/74 tai (82.4%), xương đe, khớp đe đạp 48/74 tai (64.9%), chạm cổ xương búa 18/74 tai (24.3%), chui vào xoang nhĩ, ngách mặt 10/74 tai (13.5%), 2 trường hợp không đánh giá được. Khi so sánh đối chiếu hình ảnh tổn thương màng nhĩ trên CLVT với tổn thương màng nhĩ trên phẫu thuật, chúng tôi thấy tỉ lệ chẩn đoán đúng của CLVT đối với sự thay đổi vị trí của màng nhĩ đạt từ 91.9% đến 97.3%, trong đó CLVT có độ chính xác cao nhất (97.3%) khi đánh giá hình thái màng nhĩ chạm ụ nhô. **Kết luận:** Có sự phù hợp giữa hình ảnh trên cắt lớp vi tính của màng nhĩ ở bệnh nhân tai xẹp nhĩ so với phẫu thuật.

Từ khóa: xẹp nhĩ, màng nhĩ, cắt lớp vi tính xương thái dương, phẫu thuật.

**Trung tâm điện quang, bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn
Email: Bs.trananhtuan@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 8.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 9.3.2021
Ngày duyệt bài: 16.3.2021

SUMMARY

VALUE OF TEMPORAL BONE COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE EVALUATION OF TYMPANIC MEMBRANE IN ATELECTATIC EARS

Objectives: Describe characteristic imagings and evaluation of computed tomography in the evaluation of tympanic membrane in atelectatic ears. **Material and methods**: The study describes ears of 74 atelectatic patients who had 64-128 slice temporal bone CT, at Bach Mai Hospital and National Otorhinorarynology Hospital from 12/2018 to 3/ 2020. **Results**: In the 74 patients, most of these are completed tympanic membrane atelectasis (82,4%). Atelectatic grade III and grade IV are common with 33.8% and 60,8%, respectively. Among atelectatic ears, tympanic membrane lesions on CT scanner contain: touching the middle ear structures: promontory 61/74 ears (82.4%), incus bone 48/74 ears (64.9%), neck of malleus bone 18/74 ears (24.3%), tympanic sinus 10/74 ears (13.5%), 2 cases cannot be assessed. When comparing the image of the tympanic lesions on CT and the tympanic lesions on surgery, we found that the correct diagnosis rate of CT for the change in lesions of the tympanic membrane was from 91.9% to 97.3%, in which CT has the highest accuracy (97.3%) when evaluating the tympanic membrane touching promontory. **Conclusion**: There is a correlation between the image on the CT of the tympanic membrane lesions in atelectatic patients compared with surgery.

Keywords: atelectatic ear, tympanic membrane, CT of temporal bone, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp nhĩ là trình trạng màng nhĩ co lõm vào trong hòm tai làm giảm khoảng trống trong hòm tai, nằm trong bệnh cảnh của viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín, khá phổ biến trong bệnh lý tai giữa[1]. Bản chất của xẹp nhĩ là một quá trình bệnh lý, trong đó tình trạng áp lực âm trong hòm tai tác động lên màng nhĩ do ảnh hưởng của tắc vòi, tiêu lớp sợi xơ của màng nhĩ khiến màng nhĩ trở nên trong, bóng, mỏng và biểu mô hòm tai teo đét chuyển từ biểu mô trụ có long chuyển thành biểu mô lát tầng. Trong y văn có rất nhiều cách phân loại xẹp nhĩ của các tác giả khác nhau, mỗi cách có ưu và nhược điểm riêng. Tuy vậy, phân loại của Sadé hiện vẫn được sử dụng phổ biến[2]. Phân loại được áp dụng cho cả xẹp nhĩ màng căng và màng chùng. Màng căng dễ dàng xác định trên ảnh chụp CLVT, tốt nhất là trên mặt phẳng axial và coronal, phụ thuộc vào vị trí xẹp, co kéo. Màng chùng khi bị xẹp, sẽ được giới hạn bởi các đường xương: phía ngoài bởi tường thượng nhĩ và phía trong bởi cạnh bên của trục xương búa – đe. Có một dấu hiệu "không thể sai" được của túi co kéo là tiêu xương mỏm tường thượng nhĩ! Dấu hiệu này luôn nhìn thấy được trên mặt phẳng đứng ngang. Túi co kéo có thể thấy nếu đáy túi chưa chạm đến trần thượng nhĩ – một dải mỏng trong thượng nhĩ ngoài phân cách khí trong túi với khí ở đỉnh túi. Khi màng nhĩ dày, hoặc đáy túi bắt đầu tích tụ các mảnh biểu bì, sẽ dễ nhận biết hơn trên ảnh chụp CLVT.

Y văn hiện tại có rất ít nghiên cứu cụ thể và chính thống liên quan đến mối tương quan lâm sàng và hình ảnh học của xẹp nhĩ. Tuy nhiên, những đánh giá về cấu trúc tai giữa cũng như màng nhĩ đã có những tiến bộ lớn trong những năm qua nhờ các kỹ thuật chụp đa dãy và độ phân giải không gian được nâng cấp liên tục. Thăm khám lâm sàng qua nội soi tai là phương pháp đơn giản, hiệu quả và đã được áp dụng từ lâu để đánh giá hình ảnh, cấu trúc của màng nhĩ. Trước đây, gần như rất ít khi đề cập đến đặc điểm, vị trí của màng nhĩ của cắt lớp vi tính (CLVT) do lát cắt dày, không dựng hình tốt và đẹp. Hiện nay nhờ có sự phát triển của các thế hệ mới các máy CLVT đa dãy, độ dày lát cắt mỏng, độ phân giải không gian tốt, có thể giúp các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có thể đánh giá được màng nhĩ, đặc biệt trong những trường hợp có túi co kéo.

Hình ảnh CLVT của tai xẹp nhĩ có thể bổ sung nhiều thông tin quý báu cho các thăm khám lâm sàng. CLVT xương thái dương là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tay không chỉ trong xẹp nhĩ giai đoạn muộn, nội soi khó kiểm soát đáy túi và khó đánh giá mức độ ăn sâu của tổn thương, mà còn có thể phát hiện được hình ảnh tổn thương màng nhĩ ở bất kì giai đoạn nào. Bên cạnh đó CLVT còn là bản đồ cho các phẫu thuật viên trong quá trình điều trị xẹp nhĩ đối với các bệnh tích nguy hiểm.

Trên thế giới và tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu cụ thể giá trị của cắt lớp vi tính trong bệnh lý xẹp nhĩ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Giá trị của cắt lớp vi tính xương thái dương trong đánh giá màng nhĩ ở bệnh nhân tai xẹp nhĩ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tai của 74 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị xẹp nhĩ tại khoa Tai Mũi Họng-bệnh viện Bạch Mai, khoa Tai-bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xẹp nhĩ trên nội soi và có chỉ định phẫu thuật.
- Có đầy đủ các kết quả: nội soi tai mũi họng, thính lực đồ.

- Có hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đa dãy xương thái dương dưới dạng dicom.
- Có hồ sơ ghi chép và mô tả đầy đủ các tổn thương trong phẫu thuật và cách thức phẫu thuật.
- Tai nghiên cứu được mổ lần đầu tiên.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chất lượng phim không đạt tiêu chuẩn.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3 Các bước nghiên cứu:

- Thu thập số liệu về tên, tuổi, triệu chứng cơ năng, phân loại xẹp nhĩ.
- Chụp CLVT xương thái dương kỹ thuật chụp xoắn ốc, điện áp 120-140kV, điện tích 300-400 mAs, từ bờ dưới xương chẩm tới đỉnh xương đá, tái tạo mỏng 0.6 – 0.75mm, theo các mặt mặt axial và coronal, đặt cửa sổ WW 4000HU, WL 700HU.
- Mô tả đặc điểm hình ảnh của tình trạng màng nhĩ trên CLVT.
- So sánh kết quả với phẫu thuật để nhận xét giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán tai xẹp nhĩ.

2.4 Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 25, kiểm định Chi square.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 74 bệnh nhân được chẩn đoán xẹp nhĩ trên nội soi và có chỉ định phẫu

thuật, bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính đa dãy xương thái dương. Trong đó có bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ nhiều hơn với 58.1%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 40.51±16.95 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi.

3.1 Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương màng nhĩ trên CLVT ở tai xẹp nhĩ:

Bảng 3.1: **Phân loại mức độ xẹp nhĩ (N=74)**

Các mức độ xẹp nhĩ	Thể lâm sàng		Tổng
	XNKT	XNTB	
Độ 2	2 (15.4%)	2 (3.3%)	4 (5.4%)
Độ 3	8 (61.5%)	17(27.9%)	25 (33.8%)
Độ 4	3 (23.1)	42 (68.8%)	45 (60.8%)
Tổng	**13 (100%)**	**61 (100%)**	**74 (100%)**

Nhận xét: Không có tai nào xẹp nhĩ độ I trong nghiên cứu. Xẹp nhĩ độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất 45/74 tai, chiếm 60.8%. Độ xẹp nhĩ từ độ II đến độ IV lần lượt là 5.4%, 33.8% và 60.8%. Sự khác biệt có có ý nghĩa thống kê với p<0.0001. Trong xẹp nhĩ toàn bộ, chủ yếu là độ III và IV với tỉ lệ 27.9% và 68.9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.0001.

Bảng 3.2: Đặc điểm hình ảnh t**ổn thương màng nhĩ trên cắt lớp vi tính (N=74)**

Tổn thương	N	%
Chạm ụ nhô	61	82.4
Chạm xương đe, khớp đe đạp, xương bàn đạp	48	64.9
Chạm cổ xương búa	18	24.3
Chui vào ngách nhĩ, ngách mặt	10	13.5
Không đánh giá được	2	2.8

Nhận xét: Tỉ lệ màng nhĩ chạm ụ nhô là 61/74 tai, chiếm 82.4%, màng nhĩ chạm xương đe, khớp đe đạp thấy ở 48/74 tai, chiếm 64,9%, màng nhĩ chạm cổ xương búa quan sát thấy ở 18/74 tai, chiếm 24,3%, chủ yếu ở các trường hợp có túi co kéo thượng nhĩ, màng nhĩ phủ lên ngách nhĩ, ngách mặt gặp ở 10/74 tai, chiếm 13,5%. Có 02 trường hợp không đánh giá được màng nhĩ trên phim chụp CLVT.

Bảng 3.3. Đặc điểm hình ảnh mòn tường thượng nhĩ trên CLVT (N=74)

Tần suất / Tổn thương	Xẹp nhĩ có túi co kéo thượng nhĩ	Xẹp nhĩ không có túi co kéo thượng nhĩ	Tổng	P
Có	21	2	23	< 0.0001
Không	6	45	51	
Tổng	**27**	**47**	**74**	

Nhận xét: Tỉ lệ tổn thương tường thượng nhĩ ở nhóm xẹp nhĩ có túi co kéo thượng nhĩ là 21/27 tai cao hơn so với nhóm xẹp nhĩ không có túi co kéo thượng nhĩ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.0001.

3.2 Đối chiếu tổn thương màng nhĩ trên CLVT và trong phẫu thuật

Bảng 3.4. Đối chiếu tổn thương màng nhĩ chạm ụ nhô trên CLVT và trong phẫu thuật (N=74)

Phẫu thuật / CLVT	Không chạm ụ nhô	Chạm ụ nhô	Tổng	P
Không chạm ụ nhô	11	2	13	0.0000
Chạm ụ nhô	0	61	61	
Tổng	**11**	**63**	**74**	

Nhận xét: Đối chiếu hình ảnh màng nhĩ chạm ụ nhô trên CLVT và trong phẫu thuật thấy CLVT phát hiện được 61/63 trường hợp (độ nhạy 96.8%), độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97.3%, với p< 0.0001.

Bảng 3.5. Đối chiếu màng nhĩ chạm xương đe, ngành xuống xương đe, xương bàn đạp (N=74)

Phẫu thuật / CLVT	Không chạm	Chạm	Tổng	p
Không chạm	22	4	26	0.0000
Chạm	1	47	48	
Tổng	**23**	**51**	**74**	

Nhận xét: Đối chiếu hình ảnh CLVT với phẫu thuật dấu hiệu màng nhĩ chạm xương đe, ngành xuống xương đe, xương bàn đạp cho thấy CLVT có độ nhạy 92.2%, độ đặc hiệu 95.7%, độ chính xác 93.2%. Các thể thông bào chũm của tai xẹp nhĩ trên CLVT.

Bảng 3.6. Đối chiếu dấu hiệu màng nhĩ chạm cổ xương búa trên cắt lớp vi tính và trong phẫu thuật (N=74)

Phẫu thuật / CLVT	Không chạm	Chạm	Tổng	P
Không chạm	55	1	56	0.0000
Chạm	4	14	18	
Tổng	**59**	**15**	**74**	

Nhận xét: Đối chiếu hình ảnh màng nhĩ chạm cổ xương búa trên CLVT và trong phẫu thuật thấy CLVT có độ nhạy 93.3%, độ đặc hiệu 93.2%, độ chính xác 93.2%, p < 0.0001. Mối tương quan giữa thể thông bào xương chũm và tổn thương các khoang tai giữa trên CLVT.

Bảng 3.7. Đối chiếu dấu hiệu màng nhĩ phủ lên ngách mặt, ngách nhĩ trên CLVT và trong phẫu thuật (N=74)

Phẫu thuật / CLVT	Không chạm	Chạm	Tổng	P
Không chạm	62	2	64	0.0000
Chạm	4	6	10	
Tổng	**66**	**8**	**74**	

Nhận xét: Đối chiếu dấu hiệu màng nhĩ phủ lên ngách mặt, ngách nhĩ trên CLVT và trong phẫu thuật thấy CLVT có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 93.9%, độ chính xác 91.9%, p<0.0001.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Mô tả đặc điểm hình ảnh của xẹp nhĩ trên cắt lớp vi tính: Các nghiên cứu trên thế giới về dịch tễ học của xẹp nhĩ rất ít và hầu hết thực hiện ở quần thể mẫu là trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 40.51 ± 16.95 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 69 tuổi. Kết quả này tương ứng với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của các tác giả của Nguyễn Lệ Thủy[3] là 32.7 tuổi.

Tỉ lệ xẹp nhĩ toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi là 61/74 tai, chiếm 82.4%, nhiều hơn xẹp nhĩ khu trú 13/74 tai chiếm 17.6%. Trong số các ca xẹp nhĩ toàn bộ, có 43/61(70.5%) tai xẹp toàn bộ màng căng đơn thuần và 18/61(29.5%) tai xẹp nhĩ toàn bộ có kèm theo túi co kéo màng chùng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thư, 21/30 (70%) ca xẹp toàn bộ màng căng, 9/30 (30%) ca xẹp cả màng căng và màng chùng[4]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Vũ Giang thấy tỉ lệ xẹp nhĩ toàn bộ 34/60 (56.7%), lớn hơn xẹp nhĩ khu trú 26/60 (43.3%)[5].

Các nghiên cứu trên thế giới về dịch tễ học của xẹp nhĩ và túi co kéo rất ít và hầu hết thực hiện ở quần thể mẫu là trẻ em. Một nghiên cứu gần đây trên gần 7000 trẻ em khỏe mạnh từ sơ sinh đến 10 tuổi vủa Maw cho thấy, 9.6% có xẹp nhĩ màng chùng và 7.9% xẹp nhĩ màng căng[7]. Hầu hết ở mức độ trung bình, một số ít ca ở mức độ nặng. Nghiên cứu của tác giả Cao Minh Thành theo dõi và điều trị 86 trường hợp xẹp nhĩ, trong đó có 62 ca xẹp nhĩ khu trú (72.1%), 24 ca màng nhĩ lõm toàn bộ (27.9%), gặp các độ xẹp nhĩ từ độ I đến độ III lần lượt là 51.2%, 29.1%, 19.8%[8]. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả chọn mẫu là tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xẹp nhĩ và theo dõi trong vòng 12 tháng, không phải tất cả các trường hợp đều có chỉ định phẫu thuật.

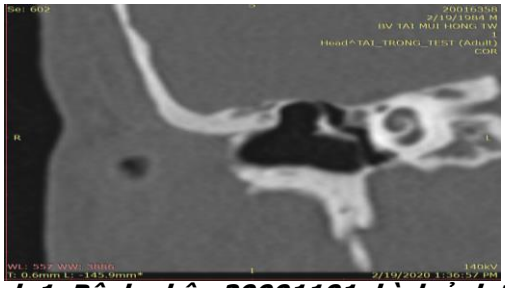
Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp tai nào xẹp nhĩ độ I, xẹp nhĩ độ IV chiếm tỉ lệ cao nhất 60.8%. Trong XNTB, chủ yếu gặp độ III và IV với tỉ lệ 27.9% và 68.9%. Trong XNKT, gặp chủ yếu độ III (61.5%) và độ IV (23.1%). Tác giả Hoàng Vũ Giang[5] cũng báo cáo trong XNTB gặp chủ yếu độ III và IV với tỉ lệ 41.2% và 44.1%. Tác giả Khiếu Hữu Thanh[6] nhận định tương tự trong XNTB, chủ yếu gặp độ độ IV với tỉ lệ 47.9%, XNKT có tỉ lệ giữa độ II, III, IV tương đối đồng đều. Như vậy, đa phần bệnh nhân đến viện và có chỉ định phẫu thuật đều ở những giai đoạn muộn, giai đoạn đã bắt đầu ảnh hưởng nhiều đến sức nghe và có thể hình thành cholesteatoma.

Trên CLVT, gặp đa số tổn thương màng nhĩ chạm ụ nhô chiếm 61/74 (82.4%) trường hợp và màng nhĩ chạm vào xương đe, khớp đe đạp, xương bàn đạp chiếm 48/74 (64.9%). Tiếp theo là tổn thương màng nhĩ chạm cổ xương búa thấy ở 18/74 tai, chiếm 24.3% và màng nhĩ phủ lên xoang nhĩ, ngách mặt thấy ở 10/74 tai, chiếm 13.5%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Thư, chủ yếu gặp màng nhĩ chạm ụ nhô, chạm ngành xuống xương đe, khớp đe đạp. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp xẹp nhĩ giai đoạn cuối (giai đoạn III, IV) có tổn thương màng nhĩ chạm ụ nhô, chạm ngành xuống xương đe và khớp đe đạp. Bình thường, màng nhĩ mỏng, chỉ có thể

quan sát thấy khi chụp CLVT xương thái dương độ phân giải cao, với các lát cắt mỏng từ 1mm trở xuống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều được chụp CLVT từ 64 dãy trở lên, các lớp cắt mỏng 0.625-0.75mm nên có thể quan sát rõ được hình thái của màng nhĩ trong tai xẹp nhĩ. Những trường hợp tổn thương màng nhĩ như trên có thể quan sát rõ trên các lát cắt đứng ngang (coronal) và lát cắt ngang (axial), khi chỉnh độ tương phản phù hợp, nhưng thông thường trên mặt phẳng đứng ngang sẽ quan sát được nhiều nhất. Các tổn thương màng nhĩ chui vào xoang nhĩ, ngách mặt biểu hiện trên CLVT là không thấy hình sáng của xoang nhĩ, ngách mặt, thay vào đó là hình mờ đặc tỷ trọng mô mềm ở vùng xoang nhĩ, ngách mặt, và có thể quan sát rõ được hình ảnh một lớp màng mỏng phủ phía trên ngách mặt, chui vào xoang nhĩ. Chỉ có 2 trường hợp không đánh giá được màng nhĩ trên CLVT, đối chiếu trên phẫu thuật màng nhĩ rất mỏng, chạm vào ụ nhô và xương đe, khớp đe đạp. Màng nhĩ ở tai xẹp nhĩ thường bị tiêu lớp sợi, trở nên rất trong và mỏng, đôi khi khó quan sát thấy trên CLVT. Tuy nhiên, nhược điểm này không quá quan trọng vì khám lâm sàng qua nội soi đã có thể dễ dàng đánh giá được tổn thương màng nhĩ.

Khi đánh giá tổn thương tường thượng nhĩ trên CLVT, chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân xẹp nhĩ có túi co kéo thượng nhĩ có 21/27(78%) tai ăn mòn tường thượng nhĩ, cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có túi co kéo thượng nhĩ với tỉ lệ 2/47 (4.2%) tai, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.0001. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Mansour[1], thấy có 78% trường hợp xẹp nhĩ màng chùng có hình ảnh mòn toàn bộ tường thượng nhĩ trên CLVT. Màng chùng khi bị co lõm sẽ tạo thành túi co kéo thượng nhĩ. Theo phân loại túi co kéo của Tos và Poulsen, tổn thương ăn mòn tường thượng nhĩ gặp ở giai đoạn III và IV – giai đoạn muộn của bệnh, và có nguy cơ tiến triển thành cholesteatoma.

Trên hình ảnh CLVT, túi co kéo thượng nhĩ bị giới hạn bởi các đường viền xương, phía ngoài bởi thành ngoài của thượng nhĩ, phía trong bởi cạnh ngoài của chuỗi xương búa – đe. Trong một số trường hợp rất khó để quan sát giới hạn của túi co kéo, do không còn khoảng khí giữa đáy túi và xương trần hòm nhĩ. Tuy nhiên có ăn mòn tường thượng nhĩ trên CLVT là dấu hiệu chỉ điểm của túi co kéo. Có ăn mòn tường thượng nhĩ trên CLVT kèm theo tổn thương mờ trong thượng nhĩ, xương chũm là một trong những chỉ định phẫu thuật của xẹp nhĩ. Do vậy tổn thương tường thượng nhĩ là một trong những đặc điểm cần được lưu ý đánh giá kỹ lưỡng. Các mức độ ăn mòn khác nhau, có thể ăn mòn một phần gây tù mỏm tường thượng nhĩ, hoặc ăn mòn toàn bộ cho hình ảnh cắt cụt tường thường nhĩ trên CLVT. Những trường hợp tổn thương nhỏ, kín đáo, cần so sánh hai bên trên các lát cắt mỏng để tránh bỏ sót trên CLVT.



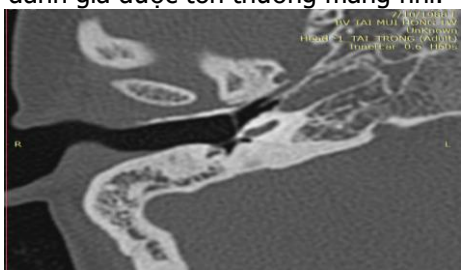
Hình 1. Bệnh nhân 20001101, hình ảnh tổn thương mòn xương thượng nhĩ ở tai có túi co kéo thượng nhĩ.

4.2 Đối chiếu tổn thương màng nhĩ trên CLVT và trong phẫu thuật. Khi so sánh đối chiếu hình ảnh tổn thương màng nhĩ trên CLVT với tổn thương màng nhĩ trên phẫu thuật, chúng tôi thấy tỉ lệ chẩn đoán đúng của CLVT đối với sự thay đổi vị trí của màng nhĩ đạt từ 91.9% đến 97.3%, trong đó CLVT có độ chính xác cao nhất (97.3%) khi đánh giá hình thái màng nhĩ chạm ụ nhô.

Màng nhĩ bình thường trên CLVT là một màng rất mảnh (khoảng 1mm) ngăn cách tai ngoài và tai giữa, cản quang rất nhẹ, liên tục, hơi tụt nhẹ vào trong, và có thể quan sát thấy trên cả hai hướng cắt ngang và đứng ngang. Màng nhĩ bình thường có góc nghiêng so với mặt phẳng ngang thay đổi khoảng từ 35-25 độ. Màng căng là phần dễ quan sát hơn trên CLVT, nhất là khi màng nhĩ dày lên. Khi màng căng bị co kéo về phía hòm nhĩ, chạm vào ụ nhô sẽ quan sát rõ trên cả hai hướng ngang và đứng ngang. Khi màng nhĩ chạm vào chuỗi đe – đạp thì quan sát rõ hơn trên hướng đứng ngang (coronal). Mặt khác, màng nhĩ phủ lên xoang nhĩ và ngách mặt thì phải quan sát trên hướng ngang (axial).

Tuy nhiên không phải trường hợp nào chúng ta cũng có thể đánh giá được vị trí của màng nhĩ trên CLVT. Có 2 trường hợp chúng tôi không đánh giá được màng nhĩ trên CLVT, đối chiếu trên phẫu thuật màng nhĩ rất mỏng, chạm vào ụ nhô và xương đe, khớp đe đạp. Màng nhĩ ở tai xẹp nhĩ thường bị tiêu lớp sợi, trở nên rất trong và mỏng, đôi khi khó quan sát thấy trên CLVT. Tuy nhiên, nhược điểm này không quá quan trọng vì khám lâm sàng qua nội soi đã có thể dễ

dàng đánh giá được tổn thương màng nhĩ.



Hình 2. Bệnh nhân 19007050, hình ảnh màng nhĩ chạm vào ụ nhô.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT xương thái dương trong bệnh lý xẹp nhĩ giúp xác định tình trạng màng nhĩ. Khi so sánh đối chiếu hình ảnh của tổn thương màng nhĩ trên CLVT với tổn thương màng nhĩ trên phẫu thuật, chúng tôi thấy tỉ lệ chẩn đoán đúng của CLVT đối với sự thay đổi vị trí của màng nhĩ đạt từ 91.9% đến 97.3%, trong đó CLVT có độ chính xác cao nhất (97.3%) khi đánh giá hình thái màng nhĩ chạm ụ nhô, CLVT có thể phát hiện và đánh giá được đáy túi co kéo và tổn thương tiêu tường thượng nhĩ với độ chính xác 97.2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mansour S, Magnan J, Haidar H, Nicolas K.** Tympanic Membrane Retraction Pocket: Overview and Advances in Diagnosis and Management. Springer International Publishing; 2015. doi:10.1007/978-3-319-13996-8
2. **Sadé J, Berco E.** Atelectasis and secretory otitis media. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1976;85(2 Suppl 25 Pt 2):66-72. doi:10.1177/00034894760850S214
3. **Nguyễn Lệ Thủy.** Hình thái lâm sàng của xẹp nhĩ qua nội soi tại bệnh viện trường đại học y khoa Thái Nguyên. Tạp chí khoa học và công nghệ. 2015;134(04):163-168.
4. **Nguyễn Thị Thu Thư.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá chức năng tai giữa của xẹp nhĩ toàn bộ giai đoạn cuối. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội. 2016.
5. **Hoàng Vũ Giang.** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và đánh giá chức năng tai giữa của xẹp nhĩ tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Luận văn thạc sĩ y học. 2003.
6. **Khiếu Hữu Thanh.** Nghiên cứu chức năng tai giữa trong các giai đoạn của xẹp nhĩ qua thính lực và nhĩ lượng. Luận văn thạc sĩ y học. 2012.
7. **Maw AR, Hall AJ, Pothier DD, Gregory SP, Steer CD.** The prevalence of tympanic membrane and related middle ear pathology in children: a large longitudinal cohort study followed from birth to age ten. Otol Neurotol. 2011;32(8):1256-1261. doi:10.1097/MAO.0b013e31822f10cf
8. **Cao Minh Thành.** Xẹp nhĩ: đặc điểm lâm sàng và điều trị. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 57-7(1):3-8.
9. **Tos M, Poulsen G.** Attic Retractions Following Secretory Otitis. Acta Oto-Laryngologica. 1980;89(3-6):479-486. doi:10.3109/00016488009127165

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC CẤP CÓ THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2020

Đặng Thị Quỳnh Hoa[1,2], Nguyễn Đức Trọng[2], Đặng Thị Xuân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh ngộ độc cấp có thở máy tại Trung tâm Chống độc bệnh viện Bạch Mai và xác định một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 135 người bệnh ngộ độc cấp có thở máy tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến 9/2020. Số liệu ghi nhận là kết hợp phiếu thu thập và chăm sóc người bệnh thở máy, bảng kiểm quy trình kỹ thuật và công cụ chăm sóc người bệnh. **Kết quả:** tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc tốt là 85,2%. Bệnh nhân được chăm sóc vỗ rung liệu pháp hô hấp có khả năng kết quả chăm sóc tốt cao gấp 4,93 lần (OR=4,93, p<0,05) so với việc không thực hiện vỗ rung. Chăm sóc cuff > 3 lần/ngày có khả năng kết quả chăm sóc tốt cao gấp 4,35 lần (OR=4,35, p<0,05) so với việc chăm sóc với tần suất ≤ 3 lần/ngày (p<0,05). **Kết luận**: chăm sóc điều dưỡng có vai trò rất quan trọng trong công tác chăm sóc người bệnh, đặc biệt ở người bệnh thở máy. Biện pháp vỗ rung, lý liệu pháp hô hấp và chăm sóc cuff cho kết quả chăm sóc tốt hơn.

Từ khóa: chăm sóc thở máy, ngộ độc cấp, điều dưỡng

SUMMARY

CARING ACUTE POISONED PATIENTS UNDER MECHANICAL VENTILATION AT BACH MAI HOSPITAL IN 2020

Objective: to evaluet the results of care for patients with acute poisoning under mechanical ventilation at Bach Mai Hospital Poison Control Center and identify related factors. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of 135 patients with acute poisoning under mechanical ventilation admitted to the Poison Control Center, Bach Mai Hospital from 01/2020 to 9/2020. Observational data were recorded

[1]*Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội, Hà nội*
[2]*Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Quỳnh Hoa
Email: hoaa9bachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 9.3.2021
Ngày duyệt bài: 17.3.2021