

## **KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SÀO BÀO THƯƠNG NHĨ- TẠO HÌNH Màng NHĨ TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH TIẾN TRIỂN**

**LƯƠNG HỒNG CHÂU**

*Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương*

### **TÓM TẮT**

Nghiên cứu được tiến hành trên 378 bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) đang chảy mủ. Các bệnh nhân được mổ sào bào thương nhĩ và tạo hình màng nhĩ. Kết quả sau 6 - 12 tháng: tỷ lệ liền màng nhĩ là 340/ 378 ca (89,95%); tỷ lệ thủng lại màng nhĩ 38/ 378 (10,05 %).

Từ khoá: viêm tai giữa mạn tính, sào bào thương nhĩ, tạo hình màng nhĩ

### **SUMMARY**

Review 378 cases who have chronic suppurative otitis media. The patients were operated antro-atticotomy with tympanoplasty on the first surgery. Results: 6- 12 months post-operation, rate of healing tympanic membrane: 340/ 378 (89.95 %); fail 38/ 378 (10.05 %).

*Keywords: chronic suppurative otitis media, antro-atticotomy, tympanoplasty.*

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

- Viêm tai giữa mạn tính mủ không có cholesteatoma được phân vào loại VTGMT không nguy hiểm, vì không biến chứng nguy hiểm đến tính mạng. Bệnh có thể được điều trị nội khoa đơn thuần và giữ gìn vệ sinh tốt mà không gây biến chứng gì, nhưng sẽ gây chảy mủ tai từng đợt và làm bệnh nhân nghe kém dần. Nếu lỗ thủng màng nhĩ không thể tự liền thì có thể can thiệp phẫu thuật để chữa viêm và có thể kèm theo phục hồi chức năng nghe hoặc không. Có nhiều kỹ thuật mổ khác nhau: kỹ thuật tạo hình màng nhĩ đơn thuần, kỹ thuật mổ sào bào thương nhĩ tạo hình màng nhĩ, kỹ thuật mổ xương chũm hạ thấp tường dây VII qua một thì hay nhiều thì.

Điều trị bệnh VTGMT tùy thuộc vào từng cá thể người bệnh, khi điều trị nội khoa không kết quả thì phải chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên theo nhiều tác giả trong và ngoài nước, cần điều trị nội khoa cho tai khô ít nhất 1- 3 tháng, thậm chí 6 tháng mới nên mổ. Nhưng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, chúng tôi vẫn tiến hành phẫu thuật trên tai đang chảy mủ với kỹ thuật mổ SBTN, tạo hình màng nhĩ. Nhiều chất liệu khác nhau đã được dùng để tạo hình màng nhĩ, trước đây là dùng sụn và màng sụn, nay thì chất liệu chủ yếu là cân cơ thái dương của chính người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu kết quả mổ SBTN tạo hình MN bằng cân cơ thái dương, trên bệnh nhân VTGMT đang chảy mủ.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1- Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán VTGMT không có cholestatoma, được mổ SBTN và tạo hình màng nhĩ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương. Thời gian tiến hành từ tháng 6 năm 2005 đến tháng 6 năm 2008.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai không thối, nghe kém bên tai bệnh. Bệnh nhân có bệnh án nội trú, đủ tiêu chuẩn phẫu thuật.

Khám nội soi: màng nhĩ có lỗ thủng màng nhỏ, hoặc thủng rộng màng căng không sát xương, tai đang chảy mủ nhầy hoặc mủ đặc.

Lứa tuổi: từ 15 đến 70 tuổi.

Không giới hạn về nghề nghiệp, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình xã hội.

X quang: hình ảnh VTGMT không có hình ảnh cholesteatoma, hình ảnh viêm xương chũm đặc ngà hoặc còn thông bào....

Nhận xét bệnh tích trên bàn mổ: hòm tai sạch, không có nhiều tổ chức viêm, không cholesteatoma.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không có một trong những tiêu chuẩn nêu trên, Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2. Cỡ mẫu:** 378 bệnh nhân.

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp.

Kỹ thuật mổ: chúng tôi sử dụng đường rạch da sau tai, rạch da ống tai, bóc tách lấy cân cơ thái dương, hoặc mảnh màng sụn bình tai chuẩn bị mảnh ghép. Rạch da ống tai từ 6- 12 giờ, cách khung nhĩ 6 mm, vén da ống tai và màng nhĩ vén về phía trước (bóc tách màng nhĩ một lớp nếu phần màng nhĩ còn lại không có mảng vôi hoá, nếu có mảng vôi hoá thì màng nhĩ sẽ được bóc tách hai lớp để lấy được mảng vôi hoá ở giữa), lấy các tổ chức viêm sùi trong hòm tai, thường nhiều sùi quanh xương búa, đe, khớp đe đập, và nhiều bệnh nhân có tổ chức viêm sùi quanh xương bàn đập, kiểm tra hệ thống xương con, lỗ vòi nhĩ đảm bảo thông thoáng, bơm nước rửa sạch hòm nhĩ. Khoan sào bào, khoan lên sào đạo và thượng nhĩ, lấy hết tổ chức viêm. Bơm nước hút rửa kiểm tra đảm bảo sào đạo thông thoáng. Đặt cân cơ thái dương tạo hình màng nhĩ, đặt lại da ống tai, chèn

gelfoam cố định da ống tai và mảnh vá. Khâu sau tai hai lớp theo giải phẫu.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới: 15 đến 70 tuổi

Bảng 1. So sánh tuổi và giới

Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi						
15 đến ≤ 18	18	4,76	26	6,88	44	11,64
19 – 50	83	21,96	105	27,78	188	49,74
51 - 70	65	17,20	81	21,43	146	38,63
Tổng số	166	43,92	212	56,08	378	100

- Giới: tỷ lệ bệnh VTXC mt giữa nam và nữ gần tương đương, không có sự khác biệt, kết quả này phù hợp với thống kê của các tác giả nước ngoài và trong nước.

- Tuổi: từ 19 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 88,37 %.

### 2. Thời gian bị bệnh

- Dưới 5 năm: 24, 87 % (94/378 bệnh nhân).

- Trên 5 năm: 75,13 % (284/378 bệnh nhân).

Nhận xét: đa số bệnh nhân có chỉ định mổ SBTN tạo hình màng nhĩ là những bệnh nhân có thời gian bị bệnh từ rất lâu, nhiều người bị bệnh từ nhỏ, chỉ đến khi mủ chảy liên tục hoặc chảy mủ lẫn dịch hồng đỏ như máu mới đi khám bệnh. Nhiều bệnh nhân còn chữa bệnh theo ông lang nên cho sợi thuốc lá, đốt sáp ong, hay đốt thuốc lá cho vào tai.. đến khi đau nhức mới đến viện.

### 3. Đặc điểm lỗ thủng màng nhĩ và mức độ chảy mủ

Màng nhĩ	MN thủng nhỏ < 1/2		MN thủng rộng > 1/2		Tổng số	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
	Mủ tai					
Mủ chảy tái diễn nhiều đợt	148	39,15	218	57,67	366	96,83
Tai ẩm	0	0	12	3,18	12	3,17
Tổng số	148	39,15	230	60,85	378	100

- Trên những bệnh nhân có chỉ định mổ SBTN tạo hình màng nhĩ thì tuyệt đại đa số còn đang chảy mủ, và hiện tượng chảy mủ tái diễn nhiều lần, chiếm 96,83%.

- Đa số bệnh nhân có lỗ thủng rộng chiếm tỷ lệ 60,85 %, tỷ lệ bệnh nhân thủng nhỏ màng nhĩ chiếm 39, 15 %.

- Trong số bệnh nhân có lỗ thủng nhỏ thì không có bệnh nhân nào có tai khô thực sự, như vậy trên những bệnh nhân này lỗ thủng nhỏ thường làm dẫn lưu mủ kém.

### 4. Phát hiện tổn thương trong hòm tai và xương chũm khi phẫu thuật

- Trong 12 bệnh nhân có tai ẩm: kiểm tra dưới

kính hiển vi phẫu thuật thấy có tổ chức sùi quanh xương con, thậm chí có 5 bệnh nhân có cụt mất cán xương búa. Tai ẩm vào thời điểm phẫu thuật là do bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ. Khi mổ xương chũm thì niêm mạc cũng có tình trạng viêm nề, sào đạo thượng nhĩ cũng nhiều tổ chức sùi quanh khớp búa đe, dưới thân xương đe.

- Trong 366 bệnh nhân có tai còn đang chảy mủ: tất cả đều có niêm mạc đáy nhĩ phù nề nhiều mức độ khác nhau. có tổ chức viêm sùi hòm nhĩ và quanh xương con.

+ Đáy nhĩ sùi, dầy, dễ dàng bóc tách lớp sùi viêm ra khỏi niêm mạc đáy nhĩ: 115 bệnh nhân

+ Có polyp trong hòm tai, thượng nhĩ hoặc quanh xương con: 298 bệnh nhân

+ Tổn thương tiêu xương con: 23 ca.

+ Nút ráy và mủ nhiễm trùng: 58 bệnh nhân

+ Dị vật như sáp ong, bã thuốc lá, than, cục bông ngoáy tai bị bỏ quên: có 5 bệnh nhân cho sáp ong vào tai, cho bã thuốc bằng lá cây hoặc đốt lá cho vào tai: 17 bệnh nhân, có 3 bệnh nhân có cục bông bị bỏ quên và thối đen trong hòm tai, một bệnh nhân có sợi chỉ trong hòm tai, chui vào lỗ vòi nhĩ (bệnh nhân này là thợ may).

- Tất cả bệnh nhân đều có niêm mạc các thông bào chũm viêm dầy, có khi thành từng bục viêm nhỏ, mủ nhầy keo hoặc mủ vàng đặc

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có tình trạng viêm niêm mạc hòm nhĩ và niêm mạc xương chũm với nhiều mức độ khác nhau, việc có dị vật trong hòm nhĩ càng làm nặng thêm bệnh tích, không biết làm thuốc và vệ sinh tai làm tai luôn trong tình trạng chảy mủ viêm nhiễm (active otitis media or active mastoiditis).

### 5. Tỷ lệ liền màng nhĩ sau 6 - 12 tháng

Kết quả	Sau 6 tháng		Sau 12 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Liền màng nhĩ	347	91,80	340	89,95
Không liền màng nhĩ	31	8,2	38	10,05
Tổng số	378	100	378	100

Nhận xét:

- Trên bệnh nhân VTXC mt đang chảy mủ (active oto- mastoiditis) vẫn có thể tiến hành mổ xương chũm và tạo hình màng nhĩ cùng lúc, không cần chờ đợi tai khô hẳn mới tiến hành phẫu thuật.

- Tỷ lệ liền màng nhĩ sau 6 tháng là 91, 8 %, sau 12 tháng là 89,95 %.

### KẾT LUẬN

Đối với bệnh nhân VTGMT chảy mủ tái diễn nhiều đợt, việc quyết định mổ sào bào thượng nhĩ rồi tạo hình màng nhĩ là cần thiết, kết quả thành công

khá cao, không nhất thiết phải chờ đợi cho tai khô rồi mới phẫu thuật. Tỷ lệ liền màng nhĩ sau phẫu thuật 12 tháng là 340/378 ca, chiếm tỷ lệ 89,95 %. Đối với bệnh nhân không liền màng nhĩ thì có chỉ định mổ tiếp thì hai để giải quyết cho tai khô và phục hồi chức năng nghe nếu có chỉ định.

Chỉ định mổ SBTN tạo hình màng nhĩ thường được dự kiến trước mổ, nhưng quyết định cuối cùng là đánh giá tình trạng bệnh tích thực tế của hòm nhĩ trên bàn mổ, khi quan sát dưới kính hiển vi phẫu thuật, kết hợp cùng film chụp xương chũm, có thể là film Schuller hoặc film CT scan xương thái dương. Những trường hợp tai ướt nhưng trong khi mổ nếu thấy niêm mạc hòm nhĩ có vẻ bình thường, bệnh tích không nhiều, không tiêu xương con thì không cần mổ xương chũm. Việc mổ xương chũm ở đây nhằm khoan bỏ hết các tế bào viêm của xương chũm, lấy sạch bệnh tích viêm thường là tổ chức sùi quanh xương con, sào đạo, sào bào, thượng nhĩ, tránh để lại tổn thương viêm trong xương chũm gây chảy mủ tái phát. Tạo hình màng nhĩ thành công tránh cho hòm tai thông thương trực tiếp ra ống tai ngoài, tránh viêm nhiễm tái phát, màng nhĩ liền là một yếu tố quan trọng để hồi phục sức nghe cho người bệnh. Vì vậy phẫu thuật SBTN tạo hình màng nhĩ là một phẫu thuật vừa chữa viêm vừa phục hồi chức năng cho bệnh nhân VTG mạn tính.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ah- Tye C., Paradise J. L, Colborn D.K.(2001), "Otorrehea in young children after tympanostomy tube placement for persistent middle ear effusion: prevalence, incidence and duration", Pediatrics, Vol 107, pp. 1251-1258.
2. Aina Julianna Gulya, (2003), "Anatomy of the Temporal Bone", Surgery of the Ear, Glasscock-Gulya, Fifth Edition, pp. 35- 57.
3. Aristides Sismanis, (2003), "Tympanoplasty", Surgery of the Ear, Glasscock- Gulya, Fifth Edition, pp. 463- 485.
4. Bluestone and Klein (2001), "Epidermiology", Otitis Media in Infants and Children. W.B. Saunders Company, pp.58-78.
5. Bluestone C.D. and Klein J.O., (2001), "Management", Otitis Media in Infants and Children. W.B. Saunders Company, pp. 180-298.
6. C. Gary Jackson, (2003), "Principles of Temporal Bone and Skull Base Surgery. Surgery of the Ear. Glasscock - Gulya, Fifth Edition, 2003: 263-288.
7. Hall J.W., Chandler D. (1994), "Tympanometry in clinical audiology", In: Katz J. Handbook of clinic audiology. Baltimore/ Philadelphia/ Hongkong: Awaverly company, pp. 283- 284.
8. James W. Hall III; David Chandler, (1994), "Tympanometry in Clinical Audiology", Handbook of Clinical Audiology, 20 pp. 283-299.