

BỘ GIAO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN NHẬT LINH

**NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG, NỘI SOI
RÒ XOANG LÊ TÁI PHÁT VÀ
ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP
ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ XOANG LÊ**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIAO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

NGUYỄN NHẬT LINH

**NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG, NỘI SOI
RÒ XOANG LÊ TÁI PHÁT VÀ
ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP
ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ XOANG LÊ**

Chuyên ngành : Tai - Mũi - Họng

Mã số : 62720155

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: PGS. TS. Phạm Tuấn Cảnh

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám Hiệu, Phòng Đào tạo Sau Đại học, Bộ môn Tai Mũi Họng Trường Đại Học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện thuận lợi, giúp đỡ tôi tận tình trong thời gian học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, Phòng Kế Hoạch tổng hợp, Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Khoa Nội soi, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW đã tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến Thầy hướng dẫn của tôi, PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh, đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn GS.TS Nguyễn Đình Phúc, PGS.TS. Lương Thị Minh Hương, PGS.TS. Quách Thị Cần, PGS.TS. Lê Công Định, PGS.TS. Nghiêm Đức Thuận, PGS.TS. Nguyễn Khang Sơn, PGS.TS. Nguyễn Quang Trung là những Thầy, Cô đã giúp đỡ, chỉ bảo và đóng góp những ý kiến quý báu trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn sự giúp đỡ nhiệt tình của tập thể Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Khoa Nội soi, BV Tai Mũi Họng Trung ương, các đồng nghiệp của tôi: TS. Trần Thị Thu Hiền, Ths Hoàng Hòa Bình, Ths. Lê Thúy An, Ths. Nguyễn Thanh Minh, Ths. Nguyễn Văn Luận đã hỗ trợ tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ sự cảm ơn tới các bệnh nhân đã tin tưởng, hỗ trợ và hợp tác giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến gia đình: Bố, Mẹ, Mẹ vợ, Vợ và hai con trai cùng người thân và bạn bè đã luôn sát cánh, dành cho tôi sự yêu thương vô bờ và hỗ trợ tôi trong suốt quá trình thực hiện đề tài này.

Hà Nội, ngày 12 tháng 8 năm 2020

Nguyễn Nhật Linh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Nhật Linh nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Hà Nội, Khóa 32, chuyên ngành Tai Mũi Họng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS. TS. Phạm Tuấn Cảnh.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 12 tháng 8 năm 2020

Nguyễn Nhật Linh

MỤC LỤC

Lời cảm ơn

Lời cam đoan

Mục lục

Bảng chữ viết tắt

Danh mục bảng

Danh mục biểu đồ

Danh mục hình

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU VÙNG CỔ CÓ LIÊN QUAN.....	3
1.1.1. Hạ họng - xoang lê.....	3
1.1.2. Tuyến giáp.....	5
1.2. PHÔI THAI HỌC VÙNG MANG.....	5
1.2.1. Sự xuất hiện của vùng mang.....	5
1.2.2. Quá trình phát triển - tiêu biến của vùng mang.....	7
1.2.3. Nguồn gốc phôi thai học của xoang lê và đường rò xoang lê.....	11
1.3. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC RÒ XOANG LÊ.....	12
1.3.1. Đặc điểm dịch tễ học.....	12
1.3.2. Đặc điểm lâm sàng.....	13
1.3.3. Đặc điểm nội soi.....	15
1.3.4. Chẩn đoán.....	18
1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ RÒ XOANG LÊ.....	20
1.4.1. Điều trị nội khoa.....	20
1.4.2. Dẫn lưu ổ áp xe.....	22
1.4.3. Điều trị phẫu thuật.....	23

1.5. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU VỀ RÒ XOANG LÊ VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ.....	32
1.5.1. Trên thế giới.....	32
1.5.2. Tại Việt Nam.....	35
CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	39
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.	39
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.	39
2.1.3. Phương pháp chọn mẫu.	40
2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	40
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	40
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	40
2.2.2. Phương tiện, trang thiết bị phục vụ nghiên cứu.....	40
2.2.3. Các nội dung và thông số nghiên cứu.	42
2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu.....	46
2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu và khống chế sai số.....	54
2.2.6. Xử lý số liệu.....	55
2.3. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU.....	55
2.4. SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU.....	56
CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	56
3.1. MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI CỦA RXL TÁI PHÁT	57
3.1.1. Một số đặc điểm chung.....	57
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng.	62
3.1.3. Đặc điểm nội soi xác định lỗ rò	69
3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ XOANG LÊ.....	71
3.2.1. Số lần đã thực hiện đóng miệng lỗ rò (bằng gậy xơ hóa).....	71

3.2.2. Thời gian thực hiện phẫu thuật.	72
3.2.3. Triệu chứng khó chịu sau mổ, biến chứng.	72
3.2.4. Đánh giá sẹo vùng cổ	73
3.2.5. Số ngày và số lần nằm viện.	74
3.2.6. Thời gian theo dõi.	75
3.2.7. Đánh giá tỷ lệ thất bại, tái phát	76
3.2.8. Đánh giá một số yếu tố (có thể) ảnh hưởng đến kết quả PT	77
3.2.9. Phân tích đặc điểm các trường hợp thất bại, tái phát.	80
3.2.10. Đánh giá kết quả chung phương pháp đóng miệng lỗ rò (bằng biện pháp gây xơ hóa).	81

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN.....82

4.1. MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI CỦA RÒ XOANG LÊ TÁI PHÁT	82
4.1.1. Một số đặc điểm chung.....	82
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng	91
4.1.3. Đặc điểm nội soi xác định lỗ rò.	101
4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ XOANG LÊ	106
4.2.1. Số lần đã thực hiện PT gây xơ hóa đóng miệng lỗ rò.....	106
4.2.2. Thời gian phẫu thuật.....	109
4.2.3. Triệu chứng khó chịu sau mổ, biến chứng	110
4.2.4. Đánh giá sẹo vùng cổ	112
4.2.5. Số ngày và số lần nằm viện.	113
4.2.6. Thời gian theo dõi.	114
4.2.7. Đánh giá tỷ lệ thất bại, tỷ lệ tái phát	115
4.2.8. Đánh giá một số yếu tố (có thể) ảnh hưởng đến kết quả PT	116
4.2.9. Phân tích đặc điểm các trường hợp thất bại, tái phát.	122

4.2.10. Đánh giá kết quả chung phương pháp gây xơ hóa lỗ rò đóng miệng lỗ rò.....	123
--	-----

KẾT LUẬN	126
-----------------------	------------

ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN	128
---------------------------------------	------------

KHUYẾN NGHỊ	129
--------------------------	------------

**CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN
ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ**

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Bệnh án nghiên cứu

Phụ lục 2: Danh sách bệnh nhân

BẢNG CHỮ VIẾT TẮT

BN	:	Bệnh nhân
BS	:	Bác sĩ
BV	:	Bệnh viện
ĐM	:	Động mạch
PP	:	Phương pháp
PT	:	Phẫu thuật
RXL	:	Rò xoang lê
TCA	:	Trichloroacetic acid
TK	:	Thần kinh
TMH	:	Tai Mũi Họng
TW	:	Trung ương
XN	:	Xét nghiệm

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Tóm tắt sự phát triển hình thành cơ quan của các cung mang	8
Bảng 1.2.	Tóm tắt sự phát triển, tạo cơ quan của các khe mang và túi mang ..	9
Bảng 1.3.	Kinh nghiệm sử dụng kháng sinh đối với từng loại vi khuẩn	21
Bảng 2.1.	Các thông số nghiên cứu cho mục tiêu 1.....	42
Bảng 2.2.	Các thông số nghiên cứu cho mục tiêu 2.....	44
Bảng 2.3.	Các mức độ thành công của phương pháp gây xơ hóa lỗ rò	45
Bảng 3.1.	Phân bố tuổi (vào viện) và giới.....	57
Bảng 3.2.	Tuổi khởi phát bệnh.....	58
Bảng 3.3.	Thời gian mang bệnh.....	59
Bảng 3.4.	Chẩn đoán của tuyến trước.....	61
Bảng 3.5.	Lý do vào viện.....	62
Bảng 3.6.	Thân nhiệt khi vào viện.....	62
Bảng 3.7.	Triệu chứng cơ năng.....	63
Bảng 3.8.	Triệu chứng thực thể.....	64
Bảng 3.9.	Số lần viêm nhiễm trước khi vào viện.....	65
Bảng 3.10.	Số lần tái phát sau các điều trị triệt để	65
Bảng 3.11.	Tính chất mũ trong ổ áp xe vùng cổ.....	66
Bảng 3.12.	Số lần tự vỡ mũ.....	66
Bảng 3.13.	Số lần được chích áp xe vùng cổ.....	67
Bảng 3.14.	Vị trí khối viêm/áp xe vùng cổ.....	67
Bảng 3.15.	Triệu chứng vùng cổ ngoài giai đoạn viêm nhiễm.....	68
Bảng 3.16.	Số lần được nội soi đến khi chẩn đoán xác định.....	69
Bảng 3.17.	Vị trí lỗ rò.....	70
Bảng 3.18.	Đặc điểm lỗ rò.....	71
Bảng 3.19.	Số lần đã thực hiện gây xơ hóa.....	71

Bảng 3.20. Thời gian phẫu thuật (97 lượt).....	72
Bảng 3.21. Triệu chứng sau mổ, biến chứng.....	72
Bảng 3.22. Đánh giá sẹo vùng cổ	73
Bảng 3.23. Số ngày nằm viện	74
Bảng 3.24. Số lần nằm viện.....	74
Bảng 3.25. Thời gian theo dõi qua nội soi xoang lê.....	75
Bảng 3.26. Thời gian theo dõi biểu hiện tái phát trên lâm sàng.....	75
Bảng 3.27. Đánh giá tỷ lệ thất bại, tái phát	76
Bảng 3.28. Đánh giá về thời gian ổn định trước phẫu thuật	77
Bảng 3.29. Đánh giá việc giải quyết ổ viêm trong PT gây xơ hoá.....	77
Bảng 3.30. Đánh giá việc điều trị nội khoa trước phẫu thuật	78
Bảng 3.31. Nhận xét về cấu trúc giải phẫu trong phẫu thuật.	78
Bảng 3.32. Đánh giá về số ngày đặt xông mũi dạ dày.....	79
Bảng 3.33. Đánh giá về số ngày băng ép vùng cổ.....	79
Bảng 3.34. Phân tích đặc điểm 7 trường hợp thất bại, tái phát.	80
Bảng 3.35. Đánh giá kết quả chung phương pháp gây xơ hóa lỗ rò	81

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tuổi khởi phát nhóm 0-120 tháng (0-10 tuổi).	58
Biểu đồ 3.2. Tháng có đợt bệnh trong năm.....	60

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Hạ họng - xoang lê nhìn từ phía sau	3
Hình 1.2.	Các thành của xoang lê	4
Hình 1.3.	Túi rò xoang lê giữa 2 phần cơ xiết họng dưới.	5
Hình 1.4.	Thiết đồ cắt ngang qua vùng mang.....	6
Hình 1.5.	Sự phát triển các thành phần sụn của các cung mang.	7
Hình 1.6.	Sự phát triển và biến đổi của các túi mang III và IV.....	10
Hình 1.7.	Sự phát triển và biến đổi của các khe mang.....	10
Hình 1.8.	Các bước gây xơ hóa bằng TCA.	26
Hình 1.9.	PT cắt bỏ đường rò qua nội soi đường miệng.....	30
Hình 1.10.	Kết hợp gây xơ hóa và khâu lỗ rò qua nội soi.....	31
Hình 1.11.	Kết hợp gây xơ hóa bằng laser và bơm keo sinh học.....	31
Hình 1.12.	Hình vẽ mô tả về rò xoang lê của Raven	33
Hình 1.13.	Lý thuyết đường rò của túi mang III và IV theo Rea	34
Hình 2.1.	Máy nội soi ống cứng và ống mềm	41
Hình 2.2.	Bộ dụng cụ soi treo và gây xơ hóa	41
Hình 2.3.	Nội soi bằng ống soi thực quản cứng	50
Hình 2.4.	Gây xơ hóa dưới nội soi	51
Hình 2.5.	Các bước gây xơ hóa bằng đông điện.....	52
Hình 3.1.	Áp xe vùng cổ do rò xoang lê.....	64
Hình 3.2.	Lỗ rò thứ phát ngoài da chảy dịch lẫn thức ăn.....	64
Hình 3.3.	Lỗ rò xoang lê bị che lấp.....	69
Hình 3.4.	Lỗ rò ở đáy và thành bên xoang lê	
Hình 4.1.	Phù nề vùng xoang lê, sụn phễu	94
Hình 4.2.	Vị trí ổ viêm ở vùng cổ thấp.....	100
Hình 4.3.	Lỗ rò "không lỗ" đường kính 5 mm	105

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò xoang lê (RXL) là bệnh lý do còn tồn tại lỗ rò ở vùng đáy xoang lê từ đó gây ra các triệu chứng vùng cổ bên. Ở các nước Âu Mỹ, bệnh tương đối hiếm gặp với tỷ lệ chỉ khoảng 5% tổng số các nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên. Một nghiên cứu tại BV Mayo Clinic từ 1976-2011 trên 421 bệnh nhân (BN) bị rò cổ bên, tỷ lệ rò có nguồn gốc từ các cung mang I, II, III, IV lần lượt là 19.7%, 75%, 4.5% và 0.8% [1]. Ngược lại, ở một số nước châu Á như Nhật Bản, Trung Quốc, Việt Nam..., bệnh lại có tần suất và tỷ lệ khá cao [2],[3],[4],[5],[6]. Ở Việt Nam, tỷ lệ RXL trong nhóm bệnh lý nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên lên tới 51.92 - 73.68% [6],[7]. Biểu hiện hay gặp của bệnh là các đợt sưng tấy, áp xe vùng cổ bên, đặc biệt hay gặp ở bên trái, và thường hay có nhiều đợt *tái phát, tái diễn* sau 1 thời gian ổn định. Để chẩn đoán xác định rò xoang lê, bên cạnh các triệu chứng lâm sàng nêu trên, cần dựa vào tiêu chuẩn vàng là nội soi tìm thấy lỗ rò ở vùng đáy xoang lê.

Điều trị rò xoang lê bao gồm các phương pháp điều trị triệu chứng (còn gọi là điều trị *không triệt để*) như điều trị nội khoa, chích rạch dẫn lưu ổ áp xe và các phương pháp điều trị *triệt để* như phẫu thuật (PT) lấy bỏ đường rò và gây xơ hóa lỗ rò. Phương pháp PT lấy bỏ đường rò theo đường ngoài được thực hiện từ vài thập kỷ nay trên thế giới cũng như ở Việt nam. Mặc dù đã có nhiều cải tiến, song vẫn còn tồn tại những nhược điểm như thời gian PT kéo dài, hay gặp các biến chứng do phải can thiệp vào các cấu trúc quan trọng của vùng cổ và đặc biệt là tỷ lệ tái phát còn tương đối cao [6]. Phương pháp chỉ thực hiện đóng miệng lỗ rò, cụ thể là chỉ gây xơ hóa đầu trong lỗ rò được Narcy thực hiện lần đầu tiên vào những năm 80 của thế kỷ trước [8], bước đầu cho thấy những ưu điểm vượt trội so với phương pháp PT đường ngoài như giảm thời gian PT, giảm tỷ lệ biến chứng cũng như giảm tỷ lệ tái phát.

Tại Việt nam, BN bị RXL thường đến khám ở nhiều chuyên khoa khác nhau như Nội tiết, Nhi khoa, Ngoại khoa, U bướu, Tai Mũi Họng... do biểu hiện các triệu chứng lâm sàng tương đối phong phú và không đặc hiệu. Chính vì vậy bệnh thường bị chẩn đoán muộn hoặc nhầm lẫn với các bệnh khác như viêm tấy hoặc áp xe tuyến giáp, áp xe hạch, u vùng cổ bội nhiễm... từ đó làm cho việc điều trị thường bị kéo dài, dẫn đến thời gian mang bệnh tăng lên đáng kể, có khi lên tới hàng chục năm [6]. Việc chẩn đoán xác định RXL sớm ngay từ khi có những biểu hiện đầu tiên của bệnh vẫn còn là một thách thức, kể cả đối với các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, nhất là ở tuyến cơ sở.

Trong những năm gần đây, điều trị rò xoang lê đều được thực hiện theo phương pháp PT đường ngoài để lấy bỏ đường rò nhưng kết quả còn nhiều hạn chế, với tỷ lệ tái phát còn cao. Tỷ lệ tái phát sau PT lấy bỏ toàn bộ đường rò là từ 16.7% - 25.17% [6],[9], còn sau điều trị nội khoa hoặc chích rạch áp xe đơn thuần thì lên tới 89% [10]. Chính vì thế, rất cần có các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, nội soi của rò xoang lê, nhất là những trường hợp *tái phát, tái diễn* bệnh nhằm rút kinh nghiệm cho chẩn đoán, đồng thời ứng dụng phương pháp gây xơ hóa miệng lỗ rò xoang lê (qua nội soi) trong điều trị là rất cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn.

Xuất phát từ tính cấp thiết và ý nghĩa của các vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Nghiên cứu lâm sàng, nội soi rò xoang lê tái phát và đánh giá hiệu quả phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê*” với hai mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi của rò xoang lê tái phát.**
- 2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê.**

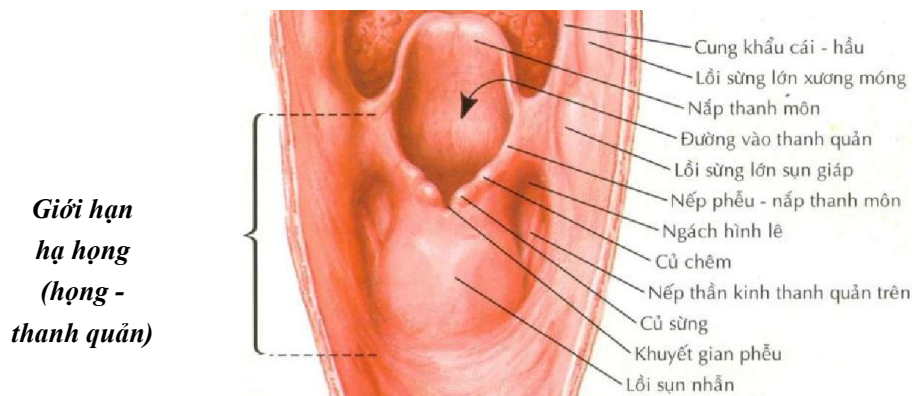
CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU VÙNG CỔ CỔ LIÊN QUAN

1.1.1. Hạ họng - xoang lê

Hạ họng là phần thấp nhất của họng, nơi giao nhau giữa đường tiêu hóa với đường hô hấp. Hạ họng có kích thước dài 5 cm, rộng 4 cm ở trên, 1,5 cm ở dưới, giới hạn trước là thanh quản, phía sau là cột sống, đi từ bờ trên xương móng đến bờ trên sụn nhẫn, miệng thực quản. Cấu tạo giải phẫu của hạ họng có thể được chia thành 2 vùng: hai bên là *máng họng thanh quản - xoang lê*, được nối với nhau bởi *vùng sau nhẫn phễu* - miệng thực quản [11],[12].



Hình 1.1. Hạ họng - xoang lê nhìn từ phía sau [13]

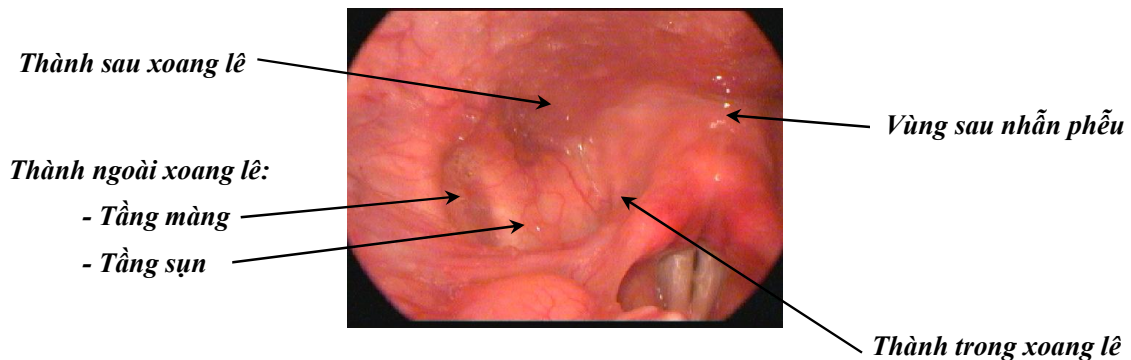
1.1.1.1. Máng họng thanh quản - xoang lê

Máng họng thanh quản - xoang lê có giới hạn từ phần trên của hạ họng ngang mức bờ trên xương móng xuống đến miệng thực quản, phía trong tiếp giáp với nếp phễu - nắp thanh môn, sụn nhẫn, phía ngoài là màng giáp móng và cánh sụn giáp. Có thể hình tượng xoang lê như một hình tháp tam giác có:

- Đỉnh ở phía dưới bị cắt cụt,
- Đáy hướng lên trên và mở rộng,
- Có 3 thành là thành ngoài, thành trong và thành sau.

Giới hạn của xoang lê:

- + Phía trên là bờ dưới của nếp họng - sụn nắp thanh môn, mốc phân biệt giữa họng miệng và hạ họng, đi từ sừng lớn xương móng đến bờ ngoài sụn nắp.
- + Phía dưới liên tiếp với miệng thực quản, là bờ dưới của nếp nhẫn họng.



Hình 1.2. Các thành của xoang lê

+ Thành ngoài: cấu tạo chia thành 2 tầng. Tầng trên hay *tầng màng* tương ứng màng giáp móng ở ngoài. Tầng dưới, chiếm 2/3 dưới, hay *tầng sụn* được cánh sụn giáp bao bọc. Phần sụn này chỉ mở ra khi phát âm, hẹp dần từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong để nối tiếp với miệng thực quản.

Bó mạch thanh quản trên (có ĐM và nhánh trong của TK thanh quản trên) đi xuyên qua màng giáp móng và đội niêm mạc thành ngoài xoang lê lên tạo thành nếp thanh quản của Hyrtl [12].

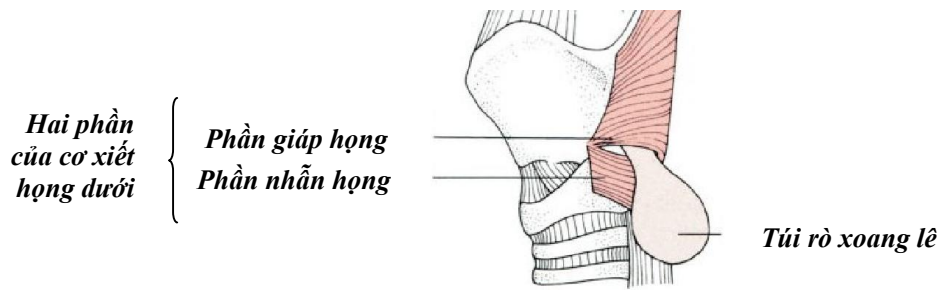
+ Thành trong: hẹp hơn thành ngoài. giới hạn phía trên là nếp phễu - nắp thanh môn, phía dưới là miệng thực quản, phía trong là sụn nhẫn và sụn phễu.

+ Thành sau: được bao bọc bởi cơ giáp họng và cơ nhẫn họng. Tiếp theo là khoang sau họng, khoang nguy hiểm, cơ trước sống và đốt sống cổ 4, 5, 6.

1.1.1.2. Vùng sau nhẫn phễu và miệng thực quản.

Vùng sau nhẫn phễu liên quan phía trước với mặt sau thanh quản, bao gồm mặt sau sụn phễu, cơ phễu chéo, cơ phễu ngang và mặt sau sụn nhẫn.

Miệng thực quản tương ứng với bờ dưới sụn nhẫn và có cơ nhẫn họng (một phần của cơ xiết họng dưới) bao quanh. Túi rò xoang lê hay đi ra ở vị trí giữa hai phần của cơ xiết họng dưới [14].



Hình 1.3. Túi rò xoang lê giữa 2 phần cơ xiết hống dưới [14].

1.1.2. Tuyến giáp

Tuyến giáp có màu nâu đỏ, hình chữ H nằm ở vùng cổ trước từ vòng sụn khí quản thứ 5 lên hai bên cánh sụn giáp, gồm hai thùy phải và trái, nối với nhau bởi eo giáp [11],[12].

Tuyến giáp được bao bọc trong 2 lớp: *lớp vỏ giáp* (ở bên trong, còn gọi là bao thật) được tạo thành do sự cô đặc mô liên kết của tuyến giống như bao Glisson của gan, *lớp bao giáp* (ở bên ngoài, còn gọi là bao giả) được tạo nên bởi các cân cơ trong đó có bao tạng thuộc lớp giữa của cân cổ sâu.

Do có 2 lớp vỏ bao bảo vệ và hệ thống mạch máu phong phú, cộng với môi trường có nồng độ iod cao, tuyến giáp rất ít khi bị viêm tấy nhiễm trùng hoặc áp xe, hóa mũ [15]. Tuy nhiên trong bệnh học rò xoang lê, do đường rò thường chạy vào tuyến giáp nên viêm nhiễm rất hay xảy ra [16]. Vì thế thường bị chẩn đoán nhầm lẫn với viêm hoặc áp xe tuyến giáp cấp mũ.

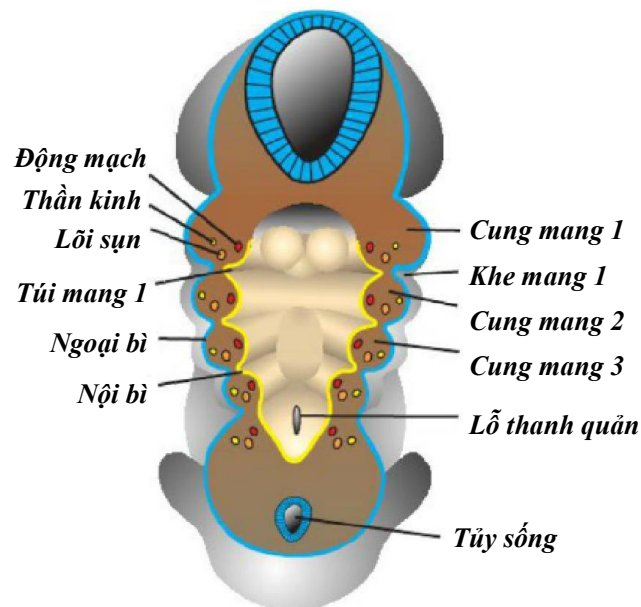
1.2. PHÔI THAI HỌC VÙNG MANG

1.2.1. Sự xuất hiện của vùng mang.

Khi phôi phát triển đến tuần thứ tư, xuất hiện 1 cấu trúc giữa đầu và thân phôi với hình thái rất giống nhau giữa loài người với loài cá. Cấu trúc này được gọi là *vùng mang* vì nó sẽ phát triển thành lá mang ở loài cá hoặc thành nhiều cơ quan quan trọng của đầu mặt cổ ở loài người. Vùng mang bao gồm 3 thành phần là các cung mang, các túi mang nội bì và các khe mang ngoại bì.

*** Sự hình thành các cung mang.**

Vào tuần thứ tư, ở hai thành bên và bờ trước của họng phôi, trung mô tập trung một cách dày đặc tạo thành các cung mang. Cung mang V sẽ biến đi rất sớm, cung mang VI lại rất thô sơ nên thực tế mặt ngoài phôi người trong khoảng tuần thứ 4-6 chỉ có 4 cung mang xuất hiện rõ rệt ở mỗi bên.



Hình 1.4. Thiết đồ cắt ngang qua vùng mang [17].

*** Sự hình thành các khe mang.**

Khe mang, còn gọi là khe họng hay *túi mang ngoại bì*, là phần ngoại bì lõm xuống chen vào giữa các cung mang ở mặt ngoài của phôi để tạo thành các khe rãnh ở trên đó. Phôi người chỉ có 4 khe mang được đánh số thứ tự theo hướng đầu - đuôi phôi [18],[19],[20].

*** Sự hình thành các túi mang.**

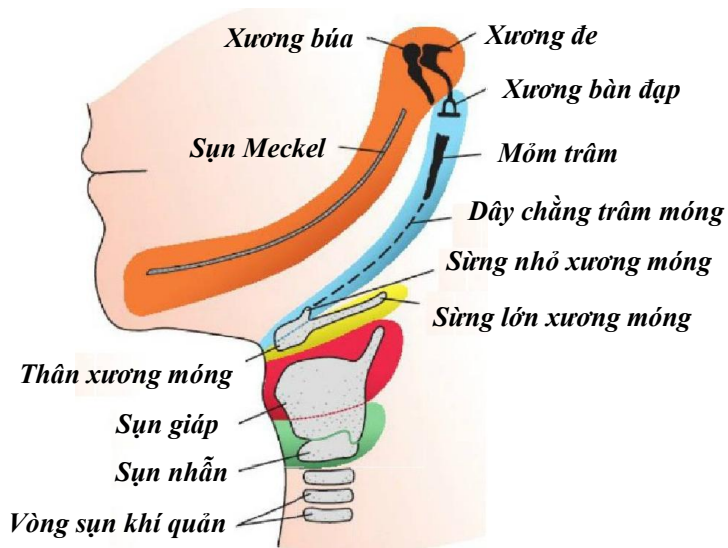
Túi mang hay còn gọi là túi họng là phần nội bì ở thành bên ruột họng lõm xuống chen vào giữa các cung mang ở mặt trong của phôi để tạo thành các khe rãnh hay còn gọi là túi mang nội bì, ngăn cách các cung mang.

1.2.2. Quá trình phát triển - tiêu biến của vùng mang.

1.2.2.1. Các cơ quan phát sinh từ các cung mang.

* *Cung mang thứ nhất (cung hàm).*

- Thành phần sụn tạo ra *xương búa*, *xương đe* và *dây chằng bướm hàm*.
- Thành phần cơ: sinh ra các cơ nhai, bụng trước cơ hai bụng, cơ hàm móng, cơ căng màng nhĩ, cơ căng màn hầu và cơ căng vòm họng hàm nhĩ.
- TK: chi phối bởi dây TK sinh ba (dây V).
- Cung ĐM: tạo thành ĐM hàm trong.



Hình 1.5. Sự phát triển các thành phần sụn của các cung mang [17].

* *Cung mang thứ hai (cung móng).*

- Thành phần sụn (*sụn Reichert*) phát triển thành xương bàn đạp, mỏ trâm, dây chằng trâm móng, sừng nhỏ và phần đầu của thân xương móng.
- Thành phần cơ: bao gồm cơ của xương bàn đạp, cơ trâm móng, bụng sau cơ hai bụng và các cơ bám da mặt, cơ trán, cằm.
- TK: do dây TK mặt (dây VII) chi phối.
- Cung động mạch: tạo ra ĐM cho xương móng và xương bàn đạp
- * *Cung mang thứ ba.*
- Sụn: tạo ra phần còn lại của xương móng (đoạn đuôi và sừng lớn).

- Thành phần cơ: tạo ra cơ trâm họng, một phần cơ xiết họng, cơ vòm miệng lưỡi và một phần cơ lưỡi.
- TK: do dây TK lưỡi họng (dây IX) chi phối.
- Cung ĐM: được gọi là *cung cảnh* vì nó sẽ tạo ra đoạn gần của ĐM cảnh trong và góp phần tạo ra ĐM cảnh gốc.

Bảng 1.1. Tóm tắt sự phát triển hình thành cơ quan của các cung mang

Cung mang	Sụn	Cơ	Thần kinh	Cung động mạch
Cung mang I	Sụn Meckel Xương hàm dưới Xương búa Xương đe	Cơ cắn	Dây V	Động mạch hàm trong
Cung mang II	Sụn Reichert Xương bàn đạp Sừng bé xương móng	Các cơ mặt Cơ trâm móng	Dây VII	Động mạch cơ bàn đạp
Cung mang III	Thân và sừng lớn xương móng	Cơ màn hầu Cơ trâm họng	Dây IX	Động mạch cảnh trong
Cung mang IV	Sụn giáp	Các cơ họng Cơ nhãn giáp Cơ nhãn họng	Dây X (Dây thanh quản trên)	Động mạch dưới đòn phải Quai động mạch chủ
Cung mang VI	Sụn nhãn Sụn phễu	Các cơ thanh quản	Dây X (Dây thanh quản quặt ngược)	Động mạch phổi

* *Cung mang thứ tư và thứ sáu.*

- Sụn: các sụn của hai cung này không cốt hóa mà sát nhập với nhau để tạo ra các sụn thanh quản (sụn giáp, sụn nhãn, sụn sừng và sụn phễu).
- Thành phần cơ: tạo thành các cơ nhãn giáp, cơ nâng màn hầu, cơ xiết họng (chi phối bởi dây TK thanh quản trên) và các cơ nội tại của thanh quản

(chi phối bởi dây TK thanh quản dưới hay dây quặt ngược).

- Phân bố TK: gồm 2 nhánh của dây X là TK thanh quản trên (của cung mang IV) và TK thanh quản quặt ngược (của cung mang VI).

- Cung động mạch:

+ Cung ĐM chủ IV: tạo ra quai ĐM chủ ở bên trái và đoạn gần của ĐM dưới đòn phải.

+ Cung ĐM chủ VI: đoạn gần tạo ra ĐM phổi ở mỗi bên, đoạn xa tạo thành ống ĐM, về sau teo đi thành dây chằng ĐM.

Bảng 1.2. Tóm tắt sự phát triển, tạo cơ quan của các khe mang và túi mang

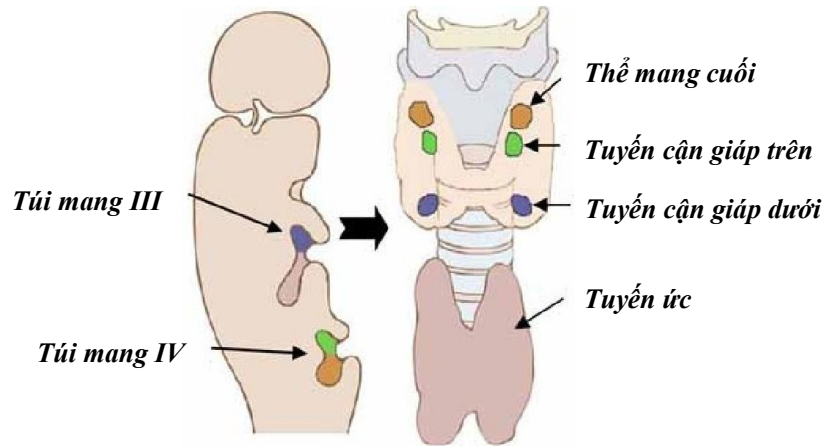
Các khe mang	Thứ tự	Các túi mang
Ống tai ngoài	I	- Hòm nhĩ, - Vòi Eustache, hạnh nhân vòi.
Xoang cổ	II	- Hạnh nhân khẩu cái
	III	- Tuyến ức - Tuyến cận giáp dưới
	IV	- Tuyến cận giáp trên - Thể mang cuối

1.2.2.2. Các cơ quan phát sinh từ các túi mang nội bì.

Túi mang nội bì I sẽ phát triển để trở thành hòm nhĩ nguyên phát hay tai giữa tương lai và vòi nhĩ (vòi *Eustachia*) nối thông tai giữa với họng mũi.

Túi mang nội bì II sẽ bị lấp đi gần như toàn bộ do sự tăng sinh của các tế bào biểu mô nội bì. Về sau trung mô đến xâm nhập vào đám tế bào tăng sinh ấy để tạo ra *mâm amidan khẩu cái*.

Túi mang nội bì III gồm có ngách lưng biệt hóa thành mầm tuyến cận giáp dưới và ngách bụng biệt hóa thành tuyến ức [21],[22].

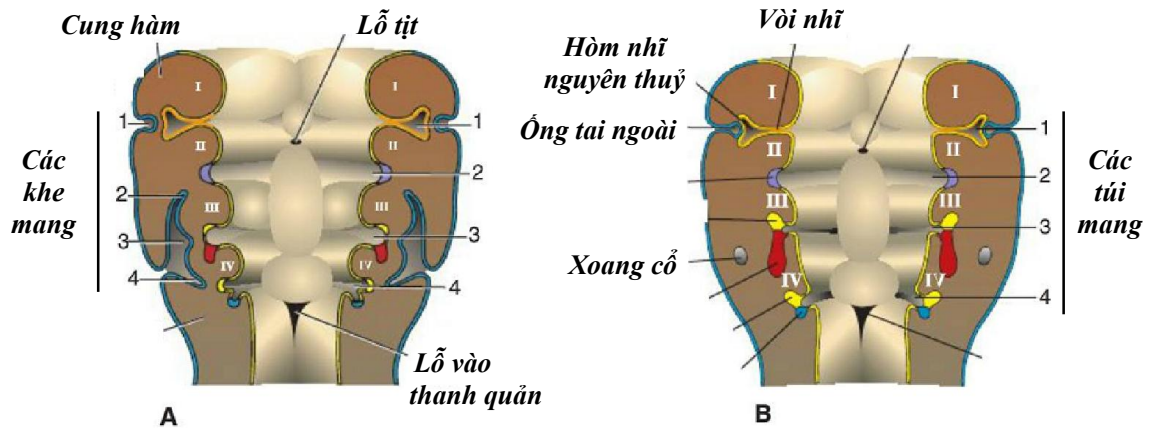


Hình 1.6. Sự phát triển và biến đổi của các túi mang III và IV [23].

Túi mang nội bì IV cũng có nhánh lưng biệt hóa thành tuyến cận giáp trên, còn nhánh bụng phát triển thành *thể mang cuối* (*ultimobranchial body*), sát nhập dần vào tuyến giáp, sau biệt hóa thành những tế bào cận nang, còn gọi là tế bào C tiết ra calcitonin, thấy ở thành túi tuyến giáp.

1.2.2.3. Phát triển của các khe mang.

Khe mang 1 là khe mang duy nhất còn tồn tại đến lúc trưởng thành sẽ phát triển thành ống tai ngoài. Các khe mang thứ 2, 3 và 4 bị cung mang II phát triển rất mạnh trùm lên nên tạo thành một khoang gọi là *xoang cổ*. Về sau xoang cổ biến đi hoàn toàn, lúc đó vùng mang cũng biến mất.



Hình 1.7. Sự phát triển và biến đổi của các khe mang [17].

1.2.3. Nguồn gốc phôi thai học của xoang lê và đường rò xoang lê.

Các bất thường bẩm sinh của vùng đầu mặt cổ hầu hết có nguồn gốc từ quá trình chuyển đổi bộ máy mang thành các cấu trúc ở người trưởng thành, thể hiện bằng các dấu tích còn sót lại của vùng mang mà bình thường sẽ phải tiêu biến đi trong quá trình phát triển của phôi thai [22],[24].

Rò xoang lê là rò của túi mang nội bì số III và số IV [21],[24]. Ống rò túi mang III được xem là vết tích còn sót lại của ống họng mang III (ống hung - họng), trong khi ống rò túi mang IV lại là vết tích thuộc ống họng mang IV. Tuy vậy phần lớn các tác giả vẫn xếp chung dị tật túi mang III và IV vào một nhóm vì sự phân định hiện vẫn chưa rõ ràng và bởi sự tương đồng của chúng về mặt giải phẫu cũng như nguồn gốc phôi thai [25].

Năm 1980, Liston dựa vào phôi thai học hiện đại đã đưa ra sơ đồ về đường đi của ống rò túi mang IV [26]. Trên cơ sở đó kết hợp với nghiên cứu về đường đi của túi mang III, đến năm 2004, Rea và cộng sự đã tổng hợp thành một sơ đồ với lộ trình của rò túi mang III và IV được đa số các tác giả chấp nhận [27],[28],[29],[30]: đường rò bắt đầu ở vùng đáy xoang lê, sau khi đi ra ở phía dưới cơ nhãn giáp, ống rò tiếp tục đi xuống dưới, bên ngoài khí quản và dây TK quặt ngược. Ở bên trái, đường rò tiếp tục đi xuống phía ngực, từ mặt sau nó luôn xuống phía dưới bờ dưới rồi quặt lên ở mặt trước quai ĐM chủ. Ở bên phải, nó từ mặt sau, luôn xuống bờ dưới rồi quặt lên ở mặt trước ĐM dưới đòn phải, có nguồn gốc từ cung ĐM chủ IV phải [26]. Còn ống rò túi mang III xuất phát từ phần cao xoang lê, xuyên qua màng giáp-móng, vòng phía sau ĐM cảnh để xuống phần thấp của cổ. Đường rò nằm phía trên dây TK thanh quản trên và dây TK XII (Hình 1.13).

Ngoài ra, vẫn chưa có lời giải thích thỏa đáng về vấn đề vì sao bệnh lý rò xoang lê chủ yếu gặp ở bên trái. Đa số các tác giả cho rằng có 2 lý do:

- Một là do *thể mang cuối*, tổ chức phát sinh từ ngách bụng của túi mang

nội bì thứ tư, ở bên phải của động vật có vú rất kém phát triển, thậm chí là không có. Do đó sự di chuyển của thể mang cuối về phía tuyến giáp để hình thành tế bào cận nang chủ yếu chỉ xảy ra ở bên trái và nếu con đường di chuyển này không bị tiêu biến đi thì đường rò sẽ hình thành.

- Hai là do sự phát triển không đối xứng của cung mang IV trong thời kỳ phôi thai, nhất là cung ĐM. Ở bên trái hình thành cung ĐM chủ (khá to), còn ở bên phải hình thành đoạn gần của ĐM dưới đòn (bé hơn). Chính do sự bất đối xứng của hai ĐM này mà túi mang IV cũng phát triển không cân đối, nên trên thực tế xoang lê trái thường rộng và sâu hơn bên phải. Ngoài ra, do cung ĐM chủ V và ống ĐM ở bên phải biến mất tương đối sớm, làm cho dây TK thanh quản dưới bên phải phải di chuyển vị trí quặt ngược lên cao hơn (từ dưới cung VI lên dưới cung IV) dẫn tới việc tổ chức trung mô phải tích cực tăng sinh để thay thế chúng, đã gây chèn ép rất mạnh vào ống họng mang IV bên phải, khiến cho ống này ít khi còn sót lại mà thường biến mất hoàn toàn [24],[31].

1.3. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC RÒ XOANG LÊ.

1.3.1. Đặc điểm dịch tế học.

Trong các bệnh lý nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên (bao gồm rò khe mang I, rò khe mang II và rò túi mang III, IV) thì rò túi mang III, IV chính là rò xoang lê và rất hiếm gặp ở các nước Âu Mỹ với tỷ lệ chỉ khoảng 5%, còn phần lớn là rò khe mang II [1].

Đa số các bài báo về rò xoang lê chỉ là thông báo một vài ca lâm sàng [32] hoặc tổng kết khoảng trên dưới 10 BN trong một thời gian theo dõi kéo dài vài năm. Chính vì vậy mà Nicoucar và Giger chỉ thống kê được 177 bài báo (tiếng Anh) về rò xoang lê đã công bố trên thế giới trong vòng 38 năm (1968 - 2006) với tổng số là 526 BN [33].

Các báo cáo gần đây của các tác giả ở một số nước châu Á như Nhật

Bản, Trung Quốc, Hàn Quốc, Việt Nam... cho thấy tỷ lệ cao hơn hẳn:

- Xiao đã tổng kết 165 BN rò xoang lê điều trị ở 1 trung tâm trong thời gian từ 1999-2013 [4].

- Trong nghiên cứu 76 BN có bệnh lý nang và rò mang vùng cổ bên của Lê Minh Kỳ, rò xoang lê chiếm tỷ lệ tới 73,7% với 56 BN [6].

- Thống kê của chúng tôi chỉ trong 4 năm (2009 - 2012), đã có 250 trường hợp đã được chẩn đoán rò xoang lê vào điều trị tại BV Tai Mũi Họng TW với tổng số 325 lượt [34].

1.3.2. Đặc điểm lâm sàng.

Rò xoang lê thường diễn biến qua ba giai đoạn: *Khởi phát - Ổn định - Tái phát, tái diễn*, trong đó hai giai đoạn sau có thể lặp đi lặp lại nhiều lần.

1.3.2.1. Khởi phát.

Bệnh nhân bị bệnh lần đầu thường dưới hai hình thức

* *Dạng viêm nhiễm cấp tính.*

Đây là dạng hay gặp nhất, chủ yếu là ở trẻ em dưới 10 tuổi, triệu chứng của bệnh tương đối phong phú [28], có thể xuất hiện một cách tự phát hoặc sau các triệu chứng của một nhiễm khuẩn đường hô hấp trên như hắt hơi, chảy mũi, đau họng... và thường vào mùa thu đông là mùa hay có viêm nhiễm đường hô hấp [2].

- Đau cổ tăng dần cùng với một khối viêm xuất hiện vùng cổ bên, đại đa số là ở bên trái, dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, ngang mức với thủy tuyến giáp. Khối sưng lúc đầu có dạng viêm tấy lan rộng, có thể ở toàn bộ cổ, lan xuống ngực hoặc lên vùng góc hàm dưới dạng đóng bánh vùng cổ, về sau sẽ khu trú dần vào một bên. Quay cổ hạn chế do ảnh hưởng của khối viêm, BN thường ngoẹo đầu sang một bên [35],[33].

- Sốt: là triệu chứng hay gặp, sốt ở các mức độ khác nhau, một số trường hợp có thể sốt cao, rét run.

- Nuốt khó, nuốt đau.
- Khó thở nếu khối sưng to, nhất là ở trẻ em.
- Có thể có tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc với biểu hiện môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh...
- Khạc mủ do ổ áp xe vỡ vào trong họng tại vị trí xoang lê hoặc chảy dịch mủ ở cổ do ổ áp xe vỡ ra ngoài. Mủ thường có mùi thối khắm giống như mủ của áp xe vùng cổ do hóc xương.
- Hầu như không gặp lỗ rò tiên phát ngoài cổ trong rò xoang lê. Điều này được lý giải là vì đây là bệnh của túi mang nội bì chứ không phải bệnh của khe mang ngoại bì như trong rò khe mang II.

** Dạng nang túi mang (branchial pouch cyst) vùng cổ.*

Hiếm gặp hơn, đối tượng thường là trẻ sơ sinh hoặc nữ nhi với triệu chứng thở rít, thở khò khè hoặc khó thở do khối nang chèn ép vào đường thở. Một số trường hợp có thể biểu hiện là khối u nang vùng cổ bên, thường nằm ở bờ trước cơ ức đòn chũm, mật độ mềm, ấn không đau [33],[36],[37].

1.3.2.2. Giai đoạn ổn định.

Trong giai đoạn ổn định, BN hầu như không có triệu chứng: vùng cổ hoàn toàn bình thường, nhất là những trường hợp chưa phải chích rạch dẫn lưu. Nếu đã có sẹo hoặc lỗ rò thì vùng cổ chỉ là một khối xơ sẹo, không có biểu hiện viêm tấy, không chảy dịch hay chảy mủ. Giai đoạn ổn định có thể chỉ trong một thời gian rất ngắn khoảng một vài tuần, nhưng cũng có khi tới vài năm, thậm chí là hàng chục năm. Hãn hữu có một số ít trường hợp bệnh có thể tự khỏi, lỗ rò xoang lê tự đóng kín mà không cần can thiệp gì [2],[38].

1.3.2.3. Tái phát, tái diễn.

Về cơ bản, các triệu chứng của đợt tái phát, tái diễn gần giống với đợt khởi phát nhưng triệu chứng ít rầm rộ hơn [34]. Một số BN có biểu hiện là lỗ rò ở vùng cổ nhưng là lỗ rò thứ phát sau khi ổ áp xe tự vỡ hoặc do được chích

rạch từ các lần viêm nhiễm trước đó. Lỗ rò có biểu hiện chảy dịch (viêm) gần như liên tục, nhiều khi còn thấy rõ là sữa, thức ăn chảy ra ngoài [39] và chính nhờ sự thông thương này mà thức ăn không bị ứ đọng nên không gây viêm tấy áp xe vùng cổ. Nếu lỗ rò này bị bịt lại sẽ xuất hiện hiện tượng viêm nhiễm giống giai đoạn khởi phát.

Các đợt tái phát, tái diễn sẽ xuất hiện nhiều lần, nhất là nếu không được PT. Tuy nhiên thời gian tái phát, tái diễn rất khác nhau, có thể chỉ một vài tuần cho đến vài ba năm hoặc thậm chí hàng chục năm [2],[6],[33],[34].

1.3.3. Đặc điểm nội soi

Nội soi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán với mục tiêu là phát hiện lỗ rò ở đáy hoặc thành bên của xoang lê. Có hai loại nội soi chính được sử dụng là nội soi *ống mềm* và nội soi bằng *ống soi thực quản cứng* để từ đó xác định các hình thái của lỗ rò xoang lê.

1.3.3.1. Các phương pháp nội soi.

* *Nội soi ống mềm.*

+ Chỉ định: đối với các trường hợp nghi ngờ có rò xoang lê ở BN có các đặc điểm sau:

- Có thể phối hợp với bác sĩ (BS) trong khi soi (người lớn hoặc trẻ lớn).
- Có bệnh lý đốt sống cổ, gù vẹo cột sống... không thể nằm ngửa để soi

ống soi thực quản cứng được.

- Có bệnh lý về hàm mặt, khớp cắn... làm BN không há miệng to được.

+ Không chỉ định thực hiện ở các đối tượng BN:

- Là trẻ nhỏ nên chưa biết phối hợp khi soi (thường là < 10 tuổi).

- Có bệnh lý mũi xoang (polyp, u hốc mũi, tịt cửa mũi sau...) nên không đưa ống soi qua mũi được.

- Các trường hợp có gây mê toàn thân.

- Đang trong giai đoạn viêm tấy, áp xe vùng cổ làm vùng hạ họng, xoang lê bị phù nề nhiều (chống chỉ định tương đối).

+ Ưu điểm của nội soi ống mềm là:

- Thủ thuật nhẹ nhàng, ít gây kích thích, đau đớn, các biến chứng (như tổn thương họng, hạ họng, kích thích gây co thắt thanh môn...) cũng ít gặp hơn so với soi bằng ống soi thực quản cứng.

- Có thể áp dụng cho các BN bị các dị tật về giải phẫu vùng hàm miệng gây há miệng hạn chế hoặc dị tật đốt sống cổ nên không nằm được ở tư thế ngửa cổ tối đa.

+ Nhược điểm của nội soi ống mềm:

- Chỉ áp dụng được với BN có sự hợp tác tốt (người lớn hoặc trẻ lớn, ít có phản xạ vùng họng miệng...) và không bị bệnh lý mũi xoang nặng (u hoặc polyp che kín toàn bộ hốc mũi, bệnh lý làm niêm mạc mũi dễ tổn thương gây chảy máu...). Không áp dụng được cho các BN không phối hợp làm nghiệm pháp Valsava trong khi soi cũng như ở BN gây mê.

- Dễ bỏ sót tổn thương do tỷ lệ âm tính giả cao hơn phương pháp soi bằng ống thực quản cứng.

- Giá thành của bộ nội soi ống mềm tương đối cao nên không phải cơ sở y tế nào cũng có thể trang bị được.

* *Nội soi bằng ống soi thực quản cứng* (gây tê hoặc mê).

+ Chỉ định: đối với các trường hợp nghi ngờ có rò xoang lê ở BN có các đặc điểm sau:

- không phối hợp được với BS trong khi soi như trẻ nhỏ, người già, rối loạn về mặt nhận thức...

- Có bệnh lý mũi xoang (polyp, u hốc mũi, tịt cửa mũi sau...) nên không đưa ống soi qua mũi được.

+ Chống chỉ định:

- Có bệnh lý đốt sống cổ, gù vẹo cột sống... nên không thể soi ở tư thế nằm ngửa cổ tối đa.

- Có dị tật hay bệnh lý về hàm mặt, khớp cắn... làm BN không há miệng to được.

- Đang trong giai đoạn viêm tấy, áp xe vùng cổ làm vùng hạ họng, xoang lê bị phù nề nhiều (chống chỉ định tương đối).

Dù là nội soi theo phương pháp nào cũng có thể có sai số, hay gặp là không phát hiện ra được lỗ rò (âm tính giả) hơn là chẩn đoán nhầm có lỗ rò (dương tính giả). Lý do không phát hiện được lỗ rò là vì BN phản xạ, do dịch xuất tiết hoặc nếp niêm mạc che lấp lỗ rò, do cấu tạo giải phẫu nhiều trường hợp xoang lê hẹp và sâu hoặc do BN được soi trong giai đoạn vẫn còn hiện tượng viêm nhiễm phù nề...

Tỷ lệ âm tính giả trong soi gây tê cao hơn trong soi gây mê, tỷ lệ này khi soi ống mềm là khoảng 5% [40], do đó nếu soi ống mềm cho kết quả âm tính thì cần kiểm tra lại bằng ống soi thực quản cứng, nếu soi gây tê không thấy lỗ rò cần chuyển sang soi gây mê hoặc nếu đang viêm nhiễm phù nề thì cần điều trị cho đến khi bệnh tương đối ổn định.

1.3.3.2. Các hình thái của lỗ rò xoang lê.

* *Bên bị bệnh:*

Rò xoang lê đa số gặp ở bên trái (93-97%), ít gặp ở bên phải và rất hiếm gặp bị ở cả hai bên [31]. Nicocar thống kê trên số lượng lớn (526 BN) thấy tỷ lệ gặp ở bên trái là 93.5%, bên phải là 6% và hai bên là 0.5% [33].

* *Vị trí của lỗ rò trong xoang lê:*

Khoảng 90% lỗ rò ở đáy xoang lê, còn lại là ở thành bên. Tuy nhiên, dù lỗ rò ở đáy hay thành bên xoang lê thì tất cả đều là rò của túi mang IV do nó nằm thấp hơn nếp thanh quản của Hyrtl [6].

1.3.4. Chẩn đoán.

1.3.4.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào các yếu tố sau

* *Yếu tố dịch tễ học và tiền sử.*

- + Bệnh hay gặp ở trẻ em < 10 tuổi.
- + Tiền sử đã có một hoặc nhiều đợt viêm tấy hoặc áp xe vùng cổ bên.
- + Thường bị bệnh ở bên trái (> 90%)

* *Triệu chứng lâm sàng.*

+ Sốt: là triệu chứng hay gặp, sốt ở các mức độ khác nhau, một số trường hợp có thể sốt cao, rét run.

+ Đau cổ tăng dần cùng với một khối viêm xuất hiện vùng cổ bên (trái), dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, ngang mức với thủy tuyến giáp. Kèm theo có nuốt khó, nuốt đau, quay cổ hạn chế do ảnh hưởng của khối viêm, BN thường ngoẹo đầu sang một bên.

+ Khó thở nếu khối sưng to, nhất là ở trẻ em.

+ Có thể có tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc với biểu hiện môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh...

+ Khạc mủ do ổ áp xe vỡ vào trong họng tại vị trí xoang lê hoặc chảy dịch mủ ở cổ do ổ áp xe vỡ ra ngoài. Mủ thường có mùi thối khẳn giống như mủ của áp xe vùng cổ do hóc xương.

+ Hầu như không gặp lỗ rò tiên phát ngoài cổ trong rò xoang lê vì đây là bệnh của túi mang nội bì chứ không phải bệnh của khe mang ngoài bì (như trong rò khe mang I, II).

+ Khối sưng vùng cổ: lúc đầu có dạng viêm tấy lan rộng, có thể ở toàn bộ cổ, lan xuống ngực hoặc lên vùng góc hàm dưới dạng đóng bánh vùng cổ, về sau sẽ khu trú dần vào một bên.

+ Ngoài giai đoạn nhiễm trùng đường rò: có lỗ rò hoặc sẹo xơ ở vùng cổ bên dọc cơ ức đòn chũm nhưng là lỗ rò thứ phát do khối áp xe tự vỡ hoặc sau chích rạch dẫn lưu mủ. Nhiều trường hợp vùng cổ hoàn toàn bình thường.

* *Nội soi*: nội soi ống mềm hoặc bằng ống soi thực quản cứng để phát hiện lỗ rò ở vùng đáy xoang lê. Đây là **tiêu chuẩn vàng** cho chẩn đoán.

* *Chụp vùng hạ họng xoang lê có uống thuốc cản quang*:

+ Mục đích là tìm đường rò khi có thuốc cản quang đi vào và thể hiện trên phim.

+ Do độ nhạy không cao, nhiều trường hợp âm tính giả (thuốc không đi vào đường rò) và do tác động có hại của tia X nên hiện nay ít áp dụng biện pháp này để chẩn đoán.

* *Chụp CT scan hoặc MRI*:

+ Chủ yếu để đánh giá mức độ lan tỏa của ổ áp xe,

+ Ít có giá trị chẩn đoán xác định rò xoang lê vì độ nhạy và độ đặc hiệu không cao.

1.3.4.2. Chẩn đoán phân biệt.

Cần chẩn đoán phân biệt rò xoang lê với các bệnh sau đây [21],[41].

* *Nang ống rò giáp lưỡi*.

- Dễ nhầm với rò xoang lê, nhất là trường hợp bị ở bên trái và bội nhiễm.

- Mức độ nhiễm trùng thường nhẹ hơn.

- Soi xoang lê không phát hiện được lỗ rò (có giá trị quyết định).

* *Nang, xoang, rò khe mang II*.

- BN có lỗ rò cổ bên nguyên phát từ lúc mới sinh ra.

- Vị trí hay gặp là bờ trước cơ ức đòn chũm, nhất là 1/3 dưới.

- Ấn vào dọc theo bờ cơ ức đòn chũm ra dịch loãng hoặc chất bã đậu hôi.

- Soi xoang lê không có lỗ rò (do đường rò đi vào hốc amidan khẩu cái).

* *Dị vật hạ họng xoang lê gây nhiễm trùng vùng cổ*.

- Có thể do dị vật sắc nhọn như xương cá chọc thủng hạ họng ở vị trí xoang lê tạo thành “lỗ rò” và gây viêm nhiễm nên bệnh cảnh giống với rò xoang lê.

- Khai thác tiền sử có hóc dị vật.
- Chụp phim XQ vùng cổ hoặc phim CT Scan có thể phát hiện hình ảnh dị vật cản quang.
- Soi hạ họng, xoang lê, thực quản kiểm tra: có thể phát hiện ra dị vật.
- PT mở cạnh cổ để dẫn lưu mủ tìm thấy dị vật.
- * *Sỏi tuyến dưới hàm gây viêm tấy vùng cổ.*
- Dễ nhầm lẫn nếu ổ viêm ở phần cổ thấp và bị tái phát nhiều lần.
- Triệu chứng lúc khởi phát: viêm tấy ở vùng cao (góc hàm), sau đó mới lan xuống dưới.
- Soi xoang lê kiểm tra: không thấy lỗ rò.

1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ RÒ XOANG LÊ.

Điều trị rò xoang lê được chia thành ba nhóm chính, bao gồm *điều trị nội khoa, dẫn lưu ổ áp xe* và *điều trị phẫu thuật*.

1.4.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa là bước điều trị cơ bản trong quy trình điều trị rò xoang lê ở giai đoạn cấp tính (khởi phát hoặc đợt tái diễn, tái phát) khi có các triệu chứng viêm tấy, áp xe của vùng cổ.

Thuốc điều trị chủ yếu là kháng sinh để giải quyết tình trạng nhiễm khuẩn nên tốt nhất cần dựa vào kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Tuy nhiên trên thực tế lâm sàng, xét nghiệm (XN) này thường chưa có ngay trong những ngày đầu bị bệnh. Do đó cần lựa chọn loại kháng sinh có phổ rộng, hiệu quả với những loại vi khuẩn hay gây bệnh ở họng miệng và đường hô hấp trên cũng như phải bền vững với những loại vi khuẩn sinh *beta lactamase*. Các kháng sinh được lựa chọn ở Việt nam thường là nhóm β *lactam* phối hợp với Metronidazole. Nếu BN bị dị ứng với β *lactam* thì có thể thay bằng một kháng sinh khác như nhóm *Quinolon*...

Kinh nghiệm sử dụng kháng sinh được tác giả Paes và cộng sự [41] đúc kết trong bảng 1.3.

Bảng 1.3. Kinh nghiệm sử dụng kháng sinh đối với từng loại vi khuẩn [41]

Vi khuẩn	%	Loại thuốc KS
Hiệu khí Gram dương		
	39	
<i>Tụ cầu vàng</i>		Nafcillin, Cefazolin, Vancomycin
<i>Liên cầu</i>		Penicillin hoặc Ceftriaxone ± Gentamicin
Hiệu khí Gram âm		
	25	
<i>Haemophilus influenzae</i>		Ceftriaxone
<i>Escherichia coli</i>		Piperacillin/Tazobactam, Cephalosporins thế hệ mới
<i>Klebsiela spp.</i>		
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		Aztreonam, Carbapenems
<i>Acinetobacter spp.</i>		
<i>Salmonella spp.</i>		Fluoroquinolone or ceftriaxone
<i>Eikenella corrodens</i>		Penicillin, ampicillin/sulbactam
<i>Pasteurella multocida</i>		Penicillin, ampicillin/sulbactam
Kỵ khí		
	12	
<i>Bacteroides spp.</i>		Metronidazole, Carbapenems Piperacillin/Tazobactam
<i>Peptostreptococcus spp.</i>		Penicillin
<i>Actinomyces spp.</i>		Penicillin
<i>Fusobacterium spp.</i>		Ampicillin/Sulbactam
Vi khuẩn khác		
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	15	Trimethoprim/Sulfamethoxazole
<i>Filamentous fungi</i>		Amphotericin B, Voriconazole,
<i>Nocardia spp.</i>	< 1	Trimethoprim/Sulfamethoxazole
<i>Mycobacteria (bao gồm cả M. tuberculosis).</i>	9	Kết hợp nhiều loại thuốc ngay từ đầu
Nhiễm nhiều loại vi khuẩn	30	Tùy thuộc vào kết quả nhuộm Gram và độ nhạy cảm với kháng sinh.
Nuôi cấy âm tính	< 1	Điều trị theo kinh nghiệm

Ngoài việc dùng thuốc, có thể cần hút đờm rãi, đặt xông mũi dạ dày, kết hợp băng ép vùng cổ để tránh thức ăn liên tục đi vào gây viêm nhiễm vùng cổ kéo dài (hình 8), hoặc sau các điều trị bằng PT hay thủ thuật gây xơ hóa...

1.4.2. Dẫn lưu ổ áp xe

Có hai hình thức là *chích rạch ổ áp xe* và *chọc hút bằng kim to*.

1.4.2.1. Chích rạch ổ áp xe.

+ *Chuẩn bị BN.*

- BN cần được hồi sức chu đáo trước mổ vì thường trong tình trạng ăn uống kém nhiều ngày, kết hợp tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc kèm theo.

- Nếu có khó thở phải mở khí quản trước.

- Vô cảm: Người lớn và trẻ lớn có thể chỉ cần tê mê kết hợp gây tê tại chỗ. Trẻ nhỏ cần gây mê toàn thân qua ống nội khí quản.

- Tư thế: BN nằm ngửa, có thể kê gối vai nhưng không nên để cổ ngửa quá nhiều vì sẽ gây khó thở do khối áp xe chèn ép.

+ *Các bước tiến hành.*

- Sát trùng trường mổ bằng Betadin, Povidin... trải toan vô trùng. Tiêm thâm dung dịch medicain tại vị trí dự kiến rạch da để hạn chế chảy máu.

- Rạch da: tuân theo 2 nguyên tắc: là đường ngắn nhất để tiếp cận với ổ áp xe và đủ rộng để dễ dàng thay băng, có chú ý tới yếu tố thẩm mỹ. Do vậy đường rạch da thường là đường ngang cổ tại vị trí căng phồng nhất của ổ áp xe, khác với PT mở cạnh cổ trong các nhiễm trùng cổ sâu (thường đi dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm). Chỉ khi nào ổ áp xe ở tương đối sâu như vào sát rãnh khí thực quản hoặc khoang trước cột sống thì mới sử dụng đường rạch da dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm (từ bờ trên sụn giáp hoặc thân xương móng xuống đến trên khớp ức đòn khoảng 1 cm).

- Khi vào đến ổ áp xe sẽ thấy mũ có mùi thối khẳn trào ra, cần lấy mũ để soi tươi, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Bơm rửa ổ áp xe nhiều lần bằng dung dịch oxy già và betadin cho đến khi không còn mũ. Đặt mèches có tẩm betadin và mỡ kháng sinh.

- Để hở hốc mổ để thay băng hàng ngày từ 1-2 lần, băng ép bên ngoài.

1.4.2.2. Chọc hút mũ bằng kim to.

Một số tác giả cho rằng có thể tránh được việc chích rạch dẫn lưu gây sẹo xấu vùng cổ bằng cách dùng kim to để chọc hút mũ tại ổ áp xe, tuy nhiên sẽ phải chọc hút nhiều lần cũng như cần thực hiện trong điều kiện đảm bảo vô trùng [42],[43],[44],[45]. Chỉ định áp dụng với các ổ áp xe ở tương đối nông dưới da nhưng nhiều khi vẫn phải chuyển sang chích rạch dẫn lưu mũ.

1.4.3. Điều trị phẫu thuật.

PT là phương pháp điều trị triệt để (*definitive treatment*) nhằm loại bỏ nguyên nhân gây bệnh giúp cho BN khỏi bệnh hoàn toàn. Dựa vào quan điểm điều trị, có thể chia thành hai phương pháp chính:

1.4.3.1. Phương pháp loại bỏ toàn bộ đường rò.

Với quan điểm cho rằng bệnh hay tái phát là do đường rò còn sót lại, chỉ có một cách để điều trị triệt để là PT. Vì thế, các phẫu thuật viên chú trọng đến mục tiêu của PT là phải tìm được toàn bộ đường rò để loại bỏ nó. Đây là phương pháp được đa số các tác giả trên thế giới cũng như ở Việt nam áp dụng trong điều trị các bệnh lý rò vùng đầu mặt cổ nói chung và đối với rò xoang lê nói riêng [6],[46],[47],[48],[49],[50]...

** Chuẩn bị BN.*

- Điều trị nội khoa, có thể kết hợp chích rạch dẫn lưu cho đến khi bệnh tương đối ổn định (BN hết sốt, vùng cổ không sưng nề...).

- Vô cảm: gây mê toàn thân qua ống nội khí quản.

- Tư thế: BN nằm ngửa, có kê gối vai để cổ ngửa tối đa.

- Sát trùng trường mổ bằng các dung dịch sát khuẩn như Betadin, Povidin... trải toan vô trùng, bộc lộ từ xương đòn cho đến cằm.

** Các bước tiến hành.*

Tuỳ theo bệnh tích đường rò (có lỗ rò ra da hay không) mà áp dụng cách thức PT khác nhau [6],[48].

+ Với trường hợp có lỗ rò ngoài da.

- Tiêm thẩm dung dịch medicain xung quanh miệng lỗ rò.

- Rạch da theo đường ngang cổ, ôm lấy lỗ rò ngoài da. Đường rạch đi qua da, tổ chức dưới da và cơ bám da cổ. Ưu điểm của đường rạch này là có tính thẩm mỹ cao. Một số tác giả sử dụng đường rạch da dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, từ bờ trên sụn giáp hoặc thân xương móng đến ngang tầm sụn nhẫn, vì cho rằng việc tiếp cận và lấy bỏ đường rò dễ dàng hơn [25],[51].

- Tiếp theo tìm bờ trước cơ ức đòn chũm, tách và kéo cơ này ra ngoài để đi sâu vào máng cánh. Đường rò đi sâu vào vùng này được phẫu tích cho đến khoảng cạnh sụn giáp.

- Tách và kéo bó mạch cánh ra ngoài đi vào khoảng cạnh sụn giáp.

- Cắt và bóc tách một phần cơ xiết họng dưới; dài khoảng 1,5cm dọc theo bờ sau cánh sụn giáp để có thể tiếp cận dễ dàng đáy xoang lê [25].

- Bóc tách toàn bộ nang và rò, bám theo đường rò tiến dần lên phía trên cho đến tận lỗ đổ vào xoang lê. Buộc và thắt ống rò bằng chỉ Vicryl 2.0, cắt đường rò sát chân tại đáy xoang lê, khâu vùi túi mỏm cắt vào trong.

+ Với trường hợp không có lỗ rò ngoài da.

- Trong trường hợp không có lỗ rò ra da, cần phối hợp với nội soi trong mổ để xác định lỗ trong của ống rò,

- Các bước khác cũng tương tự như khi có lỗ rò ngoài da, khác biệt là đường rạch da sẽ theo đường ngang cổ ở vị trí ngang tầm bờ dưới sụn giáp và việc PT cần được thực hiện từ trên xuống dưới, bắt đầu từ đáy xoang lê rồi đuổi theo ống rò cho đến tận hết ở nang ống rò nếu có thể được [6].

- Có thể dùng xông Fogarty đưa vào lòng ống rò để xác định rõ hơn trong lúc PT. Sau khi tiếp cận được vào vùng đáy xoang lê sẽ buộc và thắt lỗ trong của ống rò.

** Điều trị và săn sóc sau mổ.*

- Kháng sinh toàn thân trong 7 ngày, thường dùng là *cephalosporin* với liều 50mg/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chậm chia làm 2 lần.

- Thay băng hàng ngày.

- Rút dẫn lưu kín sau 48 giờ, rút xông mũi dạ dày sau 3 ngày.

* *Tai biến, biến chứng.*

- Chảy máu

- Liệt TK: dây thanh quản quặt ngược hoặc dây thanh quản trên

- Thủng niêm mạc hạ họng

- Tụ máu

- Nhiễm khuẩn vết mổ

* *Các biện pháp hỗ trợ.*

Ngoài PT cắt bỏ toàn bộ đường rò, còn có nhiều biện pháp hỗ trợ khác nhằm tăng tính hiệu quả, giảm thiểu biến chứng, tránh tái phát... được các tác giả áp dụng như:

- Dùng xông Forgaty luồn vào bên trong lỗ rò để nong đường rò, sau đó cố định lại để tìm được đường rò bên ngoài một cách dễ dàng [49],[52],[53].

- Dùng kim luồn (*Venflon catheter*) đưa vào lỗ rò ngoài cổ để xác định lỗ rò bên trong xoang lê khi PT [39].

- Bơm chất chỉ thị màu (như xanh Metylen) vào đường rò để tìm đường rò dễ dàng hơn, có thể bơm ngược dòng hoặc xuôi dòng [46],[48],[54],[55].

- Sử dụng ống soi phế quản cỡ nhỏ (đường kính ngoài 2mm) đưa vào lỗ rò để định vị đường rò bằng ánh sáng phát ra [56].

- Sử dụng thiết bị dò tìm dây quặt ngược trong PT để tránh gây liệt dây thanh [57],[58].

- Sử dụng vật cơ ức giáp [59], vật cơ ức móng [60] hoặc vật dưới cằm dạng đảo có cuống [61] để che phủ vùng hạ họng - đáy xoang lê.

- Cắt bỏ 1 phần vùng đáy xoang lê để loại trừ toàn bộ lỗ rò bên trong ở

đáy xoang lê [62].

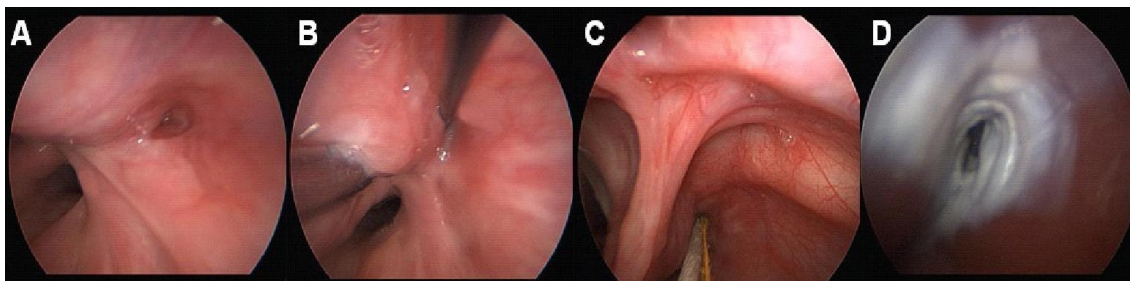
- PT rộng rãi như cắt bán phần hoặc cắt 1 thùy tuyến giáp, nạo vét hạch cổ chọn lọc hoặc chức năng... bên có đường rò [46],[25],[33],[55],[61],[63],[64],[65],[66],[67],[68],[69].

1.4.3.2. Phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê.

Các tác giả chủ trương điều trị theo phương pháp này có quan điểm cho rằng nguyên nhân gây tái phát là do lỗ rò bên trong vẫn còn tồn tại (hoặc không được đóng kín một cách chắc chắn ở các lần PT trước đó) nên thức ăn, dịch tiết và vi khuẩn vùng họng miệng tiếp tục đi qua lỗ rò chui sâu vào bên trong đường rò, từ đó gây nên triệu chứng của các đợt viêm nhiễm khởi phát hoặc tái phát [70]. Các phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê gồm có

** Gây xơ hoá miệng lỗ rò.*

Phương pháp gây xơ hóa lỗ rò xoang lê đã được báo cáo lần đầu tiên bởi các tác giả người Pháp là Narcy và cộng sự từ năm 1988, trong đó các tác giả mô tả hai trường hợp trẻ 8 và 11 tuổi bị rò xoang lê đã được gây xơ hóa bằng đông điện sau khi PT hai lần đều thất bại [8]. Đến thời điểm báo cáo, các BN đã được theo dõi từ 4-5 năm (không tái phát), như vậy phương pháp này đã được thực hiện từ khoảng năm 1983.



Hình 1.8. Các bước gây xơ hóa bằng TCA [31].

*A: Đặt ống soi tìm lỗ rò. B. Thăm dò tìm đáy kết hợp nong đường rò.
C: Đặt gạc có tẩm TCA vào đáy đường rò. D: Đường rò đã được gây xơ hóa.*

Đến năm 1993, tác giả Kwang Hyun Kim người Hàn Quốc đã thực hiện

cho một BN nam 23 tuổi với tiền sử bị bệnh 11 năm và đã có 7 lần PT bị thất bại. Hóa chất được sử dụng là TCA (*trichloroacetic acid*) 10% [70]. Sau đó các tác giả khác như Sun, Jordan, Verret... [71],[72],[73] cũng thực hiện phương pháp này nhưng sử dụng dòng điện đơn cực.

Nguyên lý của phương pháp này là làm tổn thương lớp niêm mạc bề mặt phủ mặt trong đường rò ở vị trí vùng đáy xoang lê bằng các biện pháp khác nhau. Khi lớp niêm mạc đó phục hồi sẽ làm xơ hóa và đóng kín lỗ rò. Các loại hoá chất có thể sử dụng ngoài TCA còn có nitorat bạc (AgNO_3), chất OK 432 (Picibanil)... Ngoài ra có thể dùng dòng điện đơn cực, Laser hoặc keo sinh học để thực hiện việc gây xơ hoá [33],[70],[72],[74],[75].

Các tác giả thấy rằng các loại hóa chất như TCA, AgNO_3 , OK 432 tuy ít làm tổn thương niêm mạc hơn so với dao điện, LASER... nhưng lại khó khu trú vị trí cần gây xơ hóa vì chúng là các chất lỏng nên dễ tràn ra các vị trí không mong muốn, nhất là miệng thực quản, từ đó có thể gây biến chứng xơ sẹo của thực quản. Mặt khác, nếu dùng lượng quá ít thì lại có thể không đủ để làm tổn thương toàn bộ niêm mạc của ống rò, dẫn đến khả năng xơ dính khi phục hồi cũng kém hơn [70],[71],[72],[73],[74],[75].

Quy trình thực hiện gây xơ hóa bằng dòng điện [70],[71],[73],[76]:

- BN nằm ngửa, có kê vai, gây mê nội khí quản.
- Đặt ống soi treo thanh quản bộc lộ xoang lê bên bị rò để xác định lỗ rò.
- Dùng dòng điện đơn cực để gây xơ hóa từ đáy lỗ rò ra đến ngoài. Cần đặt ở mức nhiệt thấp và làm nhiều lần cho đến khi quan sát thấy các mô xung quanh lỗ rò bị co lại và chuyển sang màu trắng nhợt thì dừng lại.

- Rút một phần que đốt ra ngoài và tiếp tục thực hiện đốt vùng miệng lỗ rò. Có tác giả thực hiện việc luồn ống thông Fogarty (ống thông rất nhỏ có bóng ở đầu giống như ống nội khí quản) vào đường rò và bơm bóng phồng lên để làm giãn rộng đường rò, sau đó mới thực hiện việc gây xơ hóa [76].

- Đặt xông mũi dạ dày trong 5 - 7 ngày để nuôi dưỡng, tránh việc thức ăn đi vào làm ảnh hưởng vị trí gây xơ hóa nếu nuôi dưỡng đường miệng.

- Băng ép vùng cổ, có độn gạc bông tại vị trí cánh sụn giáp.

- Kết thúc thủ thuật, cho BN thoát mê, rút ống nội khí quản và chuyển ra phòng hậu phẫu.

Các quy trình khác thực hiện tương tự, nhưng thay vì sử dụng đông điện đơn cực sẽ dùng Laser hoặc các hoá chất như đã nêu ở trên.

* *PT đóng lỗ rò xoang lê.*

- ***PT đường ngoài.***

+ Chuẩn bị BN: giống với PT cắt bỏ toàn bộ đường rò.

> Giải quyết ổ viêm tấy, áp xe vùng cổ bằng điều trị nội khoa, có thể kết hợp chích rạch dẫn lưu, chờ cho bệnh ổn định được 4-6 tuần.

> Vô cảm: gây mê toàn thân đặt ống nội khí quản.

> Tư thế: BN nằm ngửa, đầu nghiêng về bên lành, có kê gối vai để cổ ngửa tối đa.

> Sát trùng trường mổ bằng các dung dịch sát khuẩn như Betadin, Povidin... trải toan vô trùng, bộc lộ từ xương đòn cho đến cằm.

+ Các bước tiến hành:

> Rạch da theo đường ngang tại vị trí tương ứng với màng giáp nhẫn, hơi lệch về bên bị bệnh, mục đích là để có thể tiếp cận vùng đáy xoang lê theo con đường ngắn nhất. Nếu vùng cổ đã có sẹo cũ (do chích rạch dẫn lưu áp xe hoặc mổ cũ...) thì loại bỏ sẹo bằng cách rạch da theo chu vi của sẹo.

> Đường rạch đi qua lớp cơ bám da cổ đến lớp nông của cân cổ sâu. Bóc tách vạt da lên trên và xuống dưới theo bình diện cơ bám da cổ, phía trên lên đến bờ trên sụn giáp, phía dưới xuống quá đường rạch da khoảng 2-3 cm.

> Tìm bờ trước cơ ức đòn chũm, tách và kéo cơ này ra ngoài để tiếp cận

máng cánh. Xác định bụng trên cơ vai móng để đi vào khoảng cạnh sụn giáp, đồng thời kéo bó mạch cánh ra ngoài.

> Cắt và bóc tách một phần cơ xiết họng dưới dài khoảng 3 cm dọc theo bờ sau cánh sụn giáp ở vị trí nửa dưới của cánh sụn, tương ứng vị trí của đáy xoang lê. Dùng móc nâng cánh sụn giáp để bóc tách và bộc lộ rộng rãi vùng đáy xoang lê.

> Phối hợp với nội soi ống cứng soi xác định lỗ rò xoang lê (vị trí đáy hoặc thành bên). Tiến hành thắt đáy xoang lê, khâu bằng chỉ Prolene 5.0 kiểu mũi số 8, có kiểm tra trên màn hình trước và sau khi khâu thắt đường rò để đảm bảo đóng kín lỗ rò của xoang lê.

> Rửa hốc mổ bằng dung dịch betadin. Kiểm tra và cầm máu các điểm chảy. Đặt dẫn lưu kín. Khâu đóng hốc mổ 3 lớp. Băng thường.

Như vậy khác biệt cơ bản so với PT lấy bỏ toàn bộ đường rò xoang lê là phẫu thuật viên tiếp cận trực tiếp vào đáy xoang lê, bộc lộ rộng rãi cánh sụn giáp để xác định đáy xoang lê cùng đường rò và thắt lại bằng chỉ không tiêu (Prolene 5.0). Kết hợp nạo vét làm sạch ổ viêm (nếu có).

- PT nội soi.

+ Các tác giả người Nhật Bản là Matsuzaki và cộng sự [77] tiến hành khâu đóng lỗ rò đáy xoang lê qua nội soi dưới gây mê theo các bước sau:

> Đặt ống soi treo thanh quản vào vị trí đáy xoang lê có lỗ rò, dùng pince và kéo vi phẫu cắt bỏ một phần mặt trong lỗ rò để làm tươi mép đường rò.

> Khâu đóng miệng lỗ rò bằng chỉ tự tiêu vicryl 5.0.

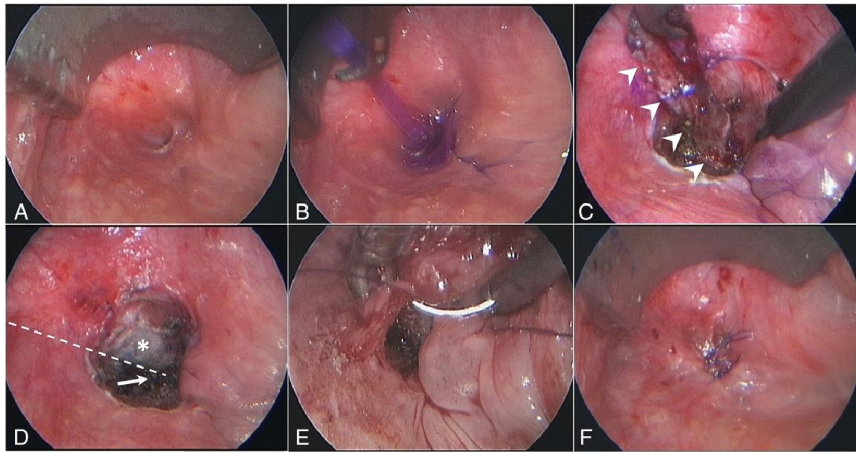
BN được cho ăn uống sau PT 1 ngày và kiểm tra lại sau 2 tháng.

+ Kamide [58] và Koyama [78] thực hiện PT lấy bỏ một phần đường rò bằng cách sử dụng ống nội soi thanh quản có gắn camera qua đường miệng

(*transoral videolaryngoscopic surgery*). Các bước tiến hành như sau:

> BN ở tư thế nằm ngửa, được gây mê toàn thân qua ống nội khí quản.

> Dùng ống soi thanh quản Weerda 8588 BV (loại ống soi có thể bộc lộ rộng phẫu trường) đặt vào bên xoang lê có lỗ rò. Phẫu thuật viên sử dụng các dụng cụ của bộ PT nội soi ổ bụng bằng cả hai tay. Trong lúc này người phụ cầm ống nội soi cứng có gắn camera nối với màn hình đặt trước mặt phẫu thuật viên (hình 1.9).



Hình 1.9. PT cắt bỏ đường rò qua nội soi đường miệng [58].

> Xác định lỗ rò xoang lê qua camera (hình 1.9 A).

> Luồn ống thông mềm số 8 vào lòng lỗ rò để xác định độ sâu của đường rò, bơm chất nhuộm màu xanh (hình 1.9 B).

> Dùng dao kim điện rạch một đường hình tròn xung quanh lỗ rò. Đường rạch này càng sát lỗ rò càng tốt để tiết kiệm niêm mạc cho bước khâu đóng. Phẫu tích đường rò tách rời khỏi lớp dưới niêm mạc mà không làm cháy thành đường rò (hình 1.9 C).

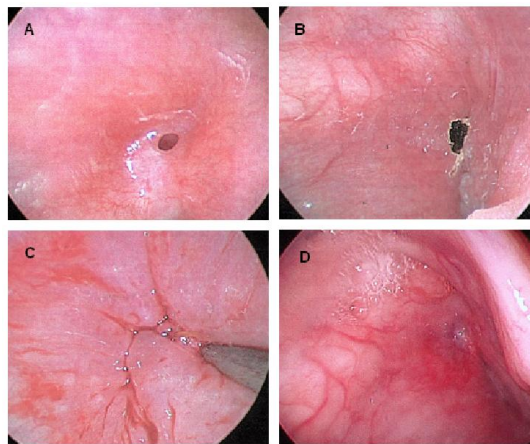
> Tiếp tục đuổi theo đường rò vào tới lớp cơ xiết họng dưới ở phía sau cánh sụn giáp để cắt bỏ đường rò.

- > Khâu đóng lớp niêm mạc xoang lê bằng chỉ PDS 5.0 (hình 1.9 E, F).
- > Đặt xông mũi - dạ dày để nuôi dưỡng sau mổ trong 3 ngày.
- > Soi kiểm tra lại hạ họng xoang lê, nếu vết khâu ở đáy xoang lê đóng kín, không bị hở thì rút xông cho BN ăn uống đường miệng.

> Soi đánh giá lại BN sau mổ 3 tháng.

** Kết hợp gây xơ hóa và khâu đóng lỗ rò qua nội soi.*

Josephson và Black tiến hành kết hợp vừa gây xơ hóa, vừa khâu đóng lỗ rò bằng chỉ chromic [9].



A: Xác định vị trí lỗ rò.

B: Gây xơ hóa bằng Laser CO₂

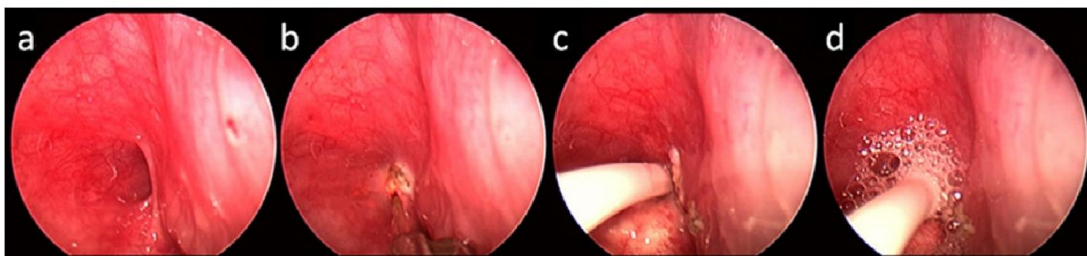
C: Khâu đóng lỗ rò bằng chỉ chromic.

D: Kiểm tra lại sau 6 tháng.

Hình 1.10. Kết hợp gây xơ hóa và khâu lỗ rò qua nội soi [9].

** Kết hợp gây xơ hóa và bơm keo sinh học.*

Gần đây, Huang và cộng sự [75] báo cáo kết quả gây xơ hóa cho 5 trẻ bị rò xoang lê bằng Laser kết hợp với keo sinh học (hình 1.11).



Hình 1.11. Kết hợp gây xơ hóa bằng laser và bơm keo sinh học [75].

1.5. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU VỀ RÒ XOANG LÊ VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ.

1.5.1. Trên thế giới.

Nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên nói chung và rò xoang lê nói riêng đã được mô tả và nghiên cứu khá sớm, từ khoảng cuối thế kỷ thứ 18.

Năm 1785, các mô tả của Hunczovsky về các nang ở vùng cổ bên được cho là những báo cáo sớm nhất nói về các bất thường của hệ thống mang [64]. Ông cũng là người đầu tiên mô tả các đường rò cổ bên vào *năm 1789* [79].

Năm 1827, Von Baer đưa ra khái niệm về các cung mang ở người [64].

Năm 1832, Ascherson nghiên cứu về mối liên quan của các đường rò cổ bên với nguyên nhân là do dị tật vùng mang trong thời kỳ phôi thai [79].

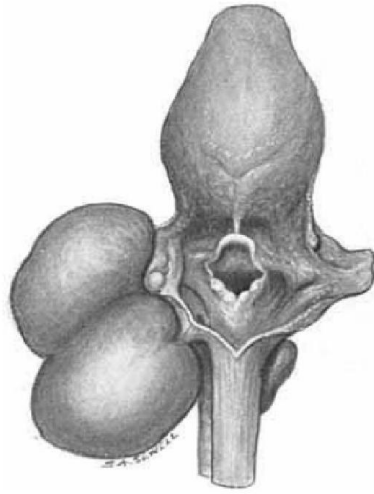
Năm 1864, Heusinger đã đưa ra thuật ngữ rò khe mang.

Năm 1878, Kocher đã nhận xét thấy rằng viêm tuyến giáp cấp mũ chỉ là biểu hiện thứ phát, còn nguyên nhân nhiễm trùng nguyên phát cần được chú ý tìm ở nơi khác, chủ yếu tập trung phổ biến nhất là ở đường hô hấp trên [80].

Năm 1933, Raven có lẽ là tác giả đầu tiên tìm thấy lỗ rò và đường rò xoang lê ở một trẻ 3 tuần tuổi có khối vùng cổ trái bẩm sinh, được xác định là nguyên nhân gây hóc khi ăn dẫn tới tử vong. Khi mổ tử thi ông phát hiện 1 lỗ tròn nhỏ ở đáy xoang lê bên trái, tiếp tục phẫu tích một cách tỷ mỉ cho thấy 1 đường rò nhỏ đi từ nang vùng cổ vào đáy xoang lê (hình 1.12) [81].

Năm 1957 Davies đã mô tả đường đi của ống rò khe túi mang IV trên lý thuyết. Cũng trong năm này, Hiroto và Shigyo đã mô tả các triệu chứng của rò xoang lê trong bài báo xuất bản bằng tiếng Nhật [82].

Năm 1970 Szego và Levy báo cáo một BN nữ 24 tuổi bị sung tấy áp xe cổ trái 3 lần không rõ nguyên nhân kể từ năm 5 tuổi [80].



Hình 1.12. Hình vẽ mô tả về rò xoang lê của Raven [81]

Năm 1972 Sandborn và Shafer mô tả một khối ở vùng cổ có xuất phát từ xoang lê bên trái đi đến cực trên của thùy trái tuyến giáp [83].

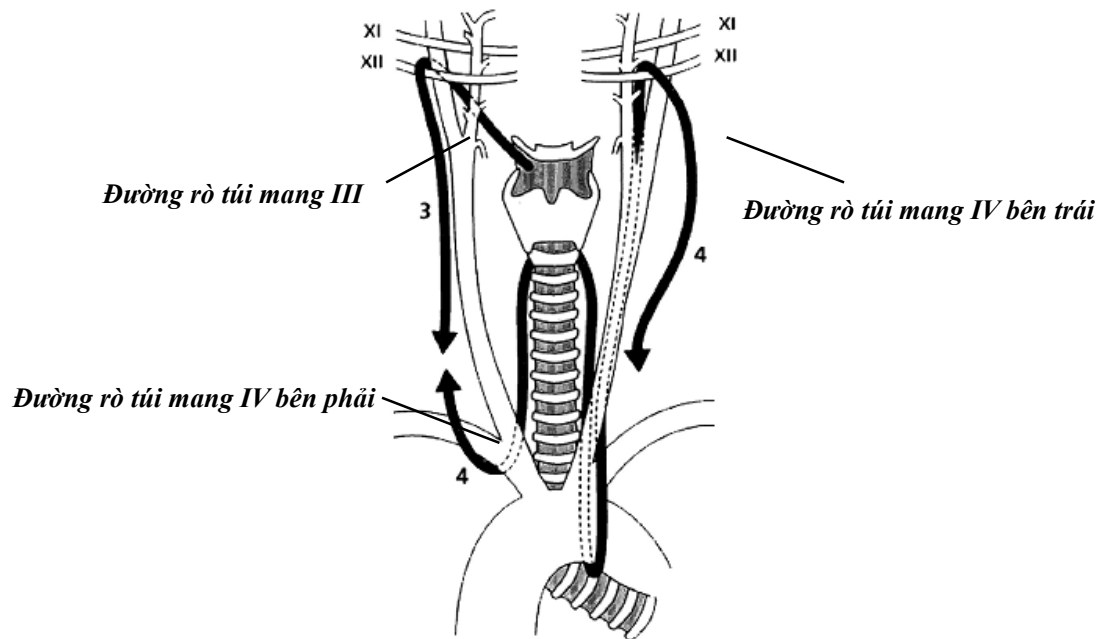
Năm 1973 Tucker mô tả một trường hợp lâm sàng của bệnh lý rò xoang lê trên một BN bị áp xe nhiều lần ở vùng cổ bên trái [84].

Năm 1979 Takai và cộng sự có báo cáo trên tạp chí nổi tiếng Lancet về 7 trường hợp viêm tuyến giáp cấp mủ. Tất cả đều bị ở bên trái và được xác định là do rò xoang lê qua chụp phim vùng cổ có uống thuốc cản quang [35].

Đến **năm 1980**, Liston [26] dựa vào phôi thai học hiện đại đã đưa ra sơ đồ về đường đi của ống rò túi mang IV được đa số các tác giả chấp nhận [28], [30],[85]... Trên cơ sở đó, kết hợp với nghiên cứu về đường đi của rò túi mang III, Rea và cộng sự [27] đã tổng hợp thành một sơ đồ với lộ trình của rò túi mang III và IV: đường rò bắt đầu ở vùng đáy xoang lê, sau khi đi ra ở phía dưới cơ nhẫn giáp, ống rò tiếp tục đi xuống dưới, bên ngoài khí quản và dây TK quặt ngược. Ở bên trái, đường rò tiếp tục đi xuống phía ngực, từ mặt sau nó luồn xuống phía dưới bờ dưới rồi quặt lên ở mặt trước quai ĐM chủ. Ở bên phải, nó từ mặt sau, luồn xuống bờ dưới rồi quặt lên ở mặt trước ĐM dưới đòn phải, có nguồn gốc từ cung ĐM chủ IV phải. Còn ống rò túi mang III

xuất phát từ phần cao xoang lê, xuyên qua màng giáp-móng, vòng phía sau ĐM cảnh để xuống phần thấp của cổ. Đường rò nằm phía trên dây TK thanh quản trên và dây TK XII.

Tuy nhiên, điều đáng ngạc nhiên là cho đến nay, vẫn chưa có bất cứ phẫu thuật viên nào tìm thấy được đường rò theo mô tả như trên trong khi phẫu thuật, nhất là rò của túi mang IV. Và theo hiểu biết của chúng tôi, cũng chưa có tác giả nào báo cáo tìm thấy đường rò theo lý thuyết như vậy khi phẫu tích trên xác. Trên thực tế, các báo cáo cho thấy đường rò thường xuất phát từ đáy hoặc thành bên xoang lê, chui ra ngoài tại vị trí màng nhĩ giáp để đi một đoạn ngắn vào cực trên tuyến giáp mà thôi [26],[27],[24]...



Hình 1.13. Lý thuyết đường rò của túi mang III và IV theo Rea [27]

Năm 1988, Narcy và cộng sự lần đầu tiên báo cáo phương pháp gây xơ hóa lỗ rò bằng đông điện áp dụng cho 2 bệnh nhi bị rò xoang lê sau khi PT hai lần đều thất bại [8]. Sau đó là các báo cáo của các tác giả khác sử dụng các phương tiện khác nhau như các loại hóa chất (TCA 10%, AgNO₃, OK 432, Picibanil...), Laser, keo sinh học, keo fibrin [33],[70],[71],[72],[73],[74],[75].

Các nghiên cứu, báo cáo về rò xoang lê từ những năm 1990 trở về đây chủ yếu vẫn tập trung vào mô tả triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán phân biệt và biện pháp điều trị. Cho đến nay, vẫn còn những tranh cãi về vấn đề phương pháp điều trị nào là tối ưu giữa hai quan điểm chính:

- Quan điểm thứ nhất: cần phẫu thuật rộng rãi để lấy bỏ toàn bộ đường rò, vì các tác giả cho rằng đường rò còn sót lại chưa lấy hết là nguyên nhân gây ra tái phát.

- Quan điểm thứ hai: chỉ cần bịt được lỗ rò ở đáy xoang lê là đủ, dù là dùng biện pháp nào (phẫu thuật, gây xơ hóa bằng đông điện, hóa chất, laser...)

Do bệnh khá hiếm gặp ở các nước Âu Mỹ nên các báo cáo, nghiên cứu về rò xoang lê thường chỉ là các báo cáo ca lâm sàng hoặc loạt ca lâm sàng (*cases report*), với số lượng thường chỉ khoảng 6-8 BN nên việc đánh giá kết quả của phương pháp đóng miệng lỗ rò bằng biện pháp gây xơ hóa còn chưa đầy đủ và có tính thuyết phục cao. Chính vì vậy, rất cần có một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên trên một số lượng lớn BN chỉ ở *một* trung tâm để giảm thiểu các nguy cơ sai số [86].

1.5.2. Tại Việt Nam

Tại Việt nam, các nghiên cứu về nang và rò bẩm sinh vùng cổ nói chung và rò xoang lê nói riêng được bắt đầu từ những năm 80 của thế kỷ trước.

Năm 1983, Đặng Quang Tuấn và cộng sự có bài tổng kết về “*Các hình thái lâm sàng u nang và rò bẩm sinh vùng cổ*” trên 137 BN tại BV Tai Mũi Họng TW trong giai đoạn 1976-1981, tuy nhiên các tác giả hầu như không phân định rò xoang lê vào nhóm bệnh lý riêng biệt [87].

Tiếp theo đó tác giả Vũ Sản đã thực hiện luận văn tốt nghiệp BS nội trú với đề tài “Nang và rò bẩm sinh cổ bên: Một số nhận xét về lâm sàng và điều trị qua 52 trường hợp tại Viện Tai Mũi Họng TW trong thời gian từ 1980 -

1988”. Nghiên cứu cho thấy *tỷ lệ rò xoang lê* trong nhóm nang và rò mang vùng cổ bên ở Việt nam *cao hơn hẳn so với thế giới*, lên tới 51.92% [7]. Các báo cáo sau đó cũng cho thấy tần suất và tỷ lệ khá lớn của bệnh: Nguyễn Hoài An, Nguyễn Hoàng Sơn có báo cáo 50 BN vào năm 1999 [88], Lê Minh Kỳ nghiên cứu 76 trường hợp nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên thì có tới 73.68% là rò xoang lê [6]. Tổng kết của chúng tôi từ 2009 - 2012 có tới 250 BN rò xoang lê vào điều trị tại BV Tai Mũi Họng TW cho thấy con số khá lớn về bệnh lý này tại Việt nam [34].

Mặc dù RXL đã được quan tâm nghiên cứu từ hơn 15 năm nay nhưng việc chẩn đoán xác định bệnh lý RLX sớm ngay từ khi có những biểu hiện đầu tiên của bệnh vẫn còn là một thách thức, kể cả đối với các bác sĩ chuyên khoa TMH, nhất là ở tuyến cơ sở. Lý do là vì bệnh có biểu hiện lâm sàng khá phong phú, đa dạng và không đặc hiệu nên BN thường đến khám ở nhiều chuyên khoa khác nhau như Nội tiết, Nhi khoa, Ngoại khoa, U bướu, Tai Mũi Họng... Đây chính là nguyên nhân làm cho bệnh thường bị chẩn đoán muộn hoặc nhầm lẫn với các bệnh khác như viêm tấy/áp xe tuyến giáp, áp xe hạch, u vùng cổ bội nhiễm... từ đó làm cho việc điều trị thường bị kéo dài, dẫn đến thời gian mang bệnh tăng lên đáng kể, có khi lên tới hàng chục năm [6],[34]. Chính vì vậy mà rất cần có những nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm lâm sàng, nội soi của RXL, đặc biệt là các trường hợp tái phát, tái diễn nhằm rút kinh nghiệm cho chẩn đoán cũng như đưa ra các khuyến cáo phù hợp.

Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng cho thấy nếu áp dụng phương pháp điều trị bằng biện pháp mổ mở đường ngoài thì *tỷ lệ tái phát* của bệnh vẫn còn tương đối cao, như theo báo cáo của Nguyễn Hoài An, tỷ lệ tái phát khi điều trị theo phương pháp cắt bỏ toàn bộ đường rò xoang lê lên tới 17,07% chỉ sau 1 năm theo dõi [88]. Tác giả Lê Minh Kỳ nhận định phương pháp điều trị *duy nhất* đối với các nang và rò mang nói chung, rò xoang lê nói riêng là

phẫu thuật với mục đích của PT là *tìm và lấy bỏ toàn bộ đường rò*. Tuy nhiên tỷ lệ tái phát của rò xoang lê theo nghiên cứu này vẫn lên tới 16.06% [6]. Chính vì vậy tác giả đã “*Tìm hiểu một số yếu tố làm phẫu thuật rò xoang lê thất bại*” qua 15 ca tái phát và cho rằng, tái phát là do chưa loại bỏ được hoàn toàn ống rò [89]. Để tránh tái phát, các tác giả đã đề xuất nhiều biện pháp khác nhau trong quá trình phẫu thuật như mở khớp giáp nhĩ để tiếp cận và cắt bỏ toàn bộ ống rò dễ dàng hơn [89], bơm xanh methylen xuôi dòng trước khi thực hiện phẫu thuật để xác định đường rò chính xác hơn... Tuy nhiên tỷ lệ tái phát vẫn chưa giảm đi một cách đáng kể có ý nghĩa thống kê [54].

Quan điểm xuyên suốt từ vài thập kỷ nay về việc điều trị rò xoang lê chỉ bao gồm phẫu thuật đường ngoài, thể hiện trong các tài liệu chính thống. Theo tài liệu hướng dẫn chính thức của Bộ Y tế về điều trị rò xoang lê, phẫu thuật là biện pháp điều trị duy nhất nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò [48]. Quan điểm này khá chính xác đối với các loại rò khác như rò luân nhĩ, rò khe mang I, rò giáp lưỡi... Tuy nhiên, khi đi sâu vào tìm hiểu bệnh lý rò xoang lê qua các tài liệu trong và ngoài nước, kết hợp với kinh nghiệm thực tiễn trên lâm sàng, chúng tôi nhận thấy bệnh có 5 đặc điểm sau đây:

một là biểu hiện của các đợt khởi phát hay tái phát đều rất rầm rộ giống như của một dị vật đường ăn gây nhiễm khuẩn do có thủng của ống tiêu hóa (khác với biểu hiện tái phát một cách âm thầm của rò khe mang II hay rò giáp lưỡi, do sự chế tiết của lớp biểu mô lót bên trong đường rò),

hai là các vi sinh vật (vi khuẩn hoặc nấm) tìm thấy trong ổ áp xe RXL đều là những vi sinh vật có nguồn gốc từ vùng họng miệng,

ba là luôn còn lỗ rò ở vùng đáy xoang lê trong các trường hợp tái phát,

bốn là chưa có tác giả nào công bố tìm thấy đường rò theo như lý thuyết mà Liston và Rea đã mô tả, mà thường chỉ thấy nó chạy xuống một đoạn ngắn

rồi chui vào tuyến giáp,

và *năm* là các biện pháp chỉ can thiệp làm miệng lỗ rò bịt kín lại (hoàn toàn không cần lấy bỏ toàn bộ đường rò) lại cho kết quả rất khả quan.

Như vậy, cơ sở để chúng tôi thực hiện đề tài này tại Việt nam là do:

- Tỷ lệ và số lượng BN rò xoang lê gặp tại Việt nam lớn hơn hẳn so với các nước Âu Mỹ.

- Việc chẩn đoán xác định còn gặp nhiều khó khăn, dẫn tới thời gian mang bệnh bị kéo dài.

- Quan điểm điều trị theo các tài liệu hướng dẫn chính thống của Bộ Y tế vẫn là cần lấy bỏ toàn bộ đường rò và tái phát bệnh là do còn sót lại đường rò, do đó phẫu thuật là biện pháp điều trị duy nhất.

- Điều trị PT theo đường ngoài còn tồn tại nhiều nhược điểm (thời gian kéo dài, dễ gặp tai biến và tỷ lệ tái phát cao), bên cạnh đó phương pháp đóng miệng lỗ rò, cụ thể là gây xơ hóa đã có lịch sử hơn 30 năm nay với nhiều ưu điểm vượt trội nhưng chưa từng được đưa vào ứng dụng tại Việt nam.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Là 90 BN được chẩn đoán rò xoang lê và điều trị theo phương pháp đóng miệng lỗ rò (bằng cách gây xơ hóa đầu trong lỗ rò bằng dao điện) tại BV Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 2/2014 đến tháng 6/2017.

Tất cả các đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu này đều không có sự phân biệt về tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ văn hoá cũng như nơi cư trú.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Được chẩn đoán xác định rò xoang lê dựa vào lâm sàng và nội soi xác định có lỗ rò ở vùng đáy xoang lê (bao gồm cả BN đã được can thiệp PT trước đây hoặc chưa được can thiệp PT).

- Được điều trị theo phương pháp đóng miệng lỗ rò, cụ thể là gây xơ hóa đầu trong lỗ rò bằng đông điện đơn cực dưới nội soi.

- Được theo dõi và đánh giá định kỳ sau phẫu thuật.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- BN rò xoang lê nhưng không được điều trị theo phương pháp gây xơ hóa lỗ rò.

- Có chống chỉ định về gây mê do bị bệnh toàn thân nặng như các bệnh tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu nặng, suy thận... .

- Có chống chỉ định về phẫu thuật như bệnh lý đốt sống cổ, gù vẹo cột sống hay dị tật về hàm mặt, khớp cắn... làm BN không nằm ngửa cổ tối đa hay há miệng to được.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Phương pháp chọn mẫu.

Chọn mẫu nghiên cứu có chủ đích (*Purposive Sampling*), n = 90 BN

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- Địa điểm nghiên cứu: BV Tai Mũi Họng Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2014 đến tháng 6/2017.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Phương tiện, trang thiết bị phục vụ nghiên cứu.

- * Bộ nội soi phóng đại ống cứng của *Karl Storz*, bao gồm:
 - Ống nội soi 0⁰ và 70⁰, đường kính 2.7mm và 4mm.
 - Nguồn sáng *Halogen* hoặc *Xenon* 150W, dây dẫn sáng sợi thủy tinh quang học, camera *Endovision* và màn hình.
- * Bộ nội soi phóng đại ống mềm của hãng *Olympus* có thể điều khiển chuyển động 2 chiều với 2 kênh hút và đầu thăm dò, sinh thiết.
 - Nguồn sáng lạnh, dây dẫn sáng, camera, màn hình và máy in màu.
- * Bộ dụng cụ soi thực quản: ống soi thực quản cứng kiểu *Chevalier-Jackson*, đủ các kích cỡ theo lứa tuổi BN, có nguồn sáng lạnh và dây dẫn sáng.
- * Bộ soi treo thanh quản của *Karl Storz*, bao gồm ống soi thanh quản, giá treo, ống hút và pince vi phẫu, nguồn sáng *Halogen* (600A - 150W), dây dẫn sáng. Ống nội soi 0⁰, đường kính 4mm, dài 30cm, màn hình.
- * Dao điện cao tần *Geister Esu-X 350* dùng trong phẫu thuật với đầu dao điện đơn cực dạng kim có chiều dài 30 cm.
- * Bộ dụng cụ phẫu thuật chích rạch áp xe vùng đầu mặt cổ.



Hình 2.1. Máy nội soi ống cứng và ống mềm



Hình 2.2. Bộ dụng cụ soi treo và gây xơ hóa

2.2.3. Các nội dung và thông số nghiên cứu.

2.2.3.1. Các thông số nghiên cứu cho mục tiêu 1 (Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi của rò xoang lê tái phát): Tất cả 90 BN đều được khai thác về đặc điểm lâm sàng, nội soi, sau đó sẽ so sánh giữa 2 nhóm bị bệnh lần đầu (khởi phát) và nhóm bị bệnh tái phát (hay tái diễn) để tìm sự khác biệt, từ đó nêu bật được đặc điểm của nhóm tái phát, tái diễn.

Bảng 2.1. Các thông số nghiên cứu cho mục tiêu 1.

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Tuổi vào viện	Định lượng	Trung bình Chia 6 nhóm tuổi: ≤ 10 , 11-20, 21-30, 31-40, 41-50 và > 50 tuổi
Giới	Nhị phân	Nam/nữ
Tuổi khởi phát	Định lượng	Trung bình Chia 6 nhóm tuổi: ≤ 10 , 11-20, 21-30, 31-40, 41-50 và > 50 tuổi Phân tích kỹ nhóm ≤ 10 tuổi
Thời gian mang bệnh	Định lượng	Trung bình Chia 6 nhóm thời gian: < 1 , 1-5, 6-10, 11-15, 16-20 và > 20 năm
Tháng có đợt bệnh	Định lượng	Các tháng từ 1 đến 12
Chẩn đoán của tuyến trước	Định tính	Các chẩn đoán của tuyến trước
Yếu tố gia đình và bệnh lý rò khác kèm theo	Định tính	Có/không
Lý do vào viện: Sung đau cổ bên, có lỗ rò vùng cổ	Định tính	Có/không
Thân nhiệt khi vào viện	Định lượng	Chia 4 nhóm ($\leq 37^\circ$, $> 37^\circ - 38^\circ$, $> 38^\circ - 39^\circ$, $> 39^\circ$)

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Triệu chứng cơ năng	Định tính	Đau vùng cổ; khạc mủ; tự vỡ mủ; khó thở; rò dịch ở cổ (Có/không)
Triệu chứng thực thể	Định tính	Sung tấy vùng cổ; áp xe vùng cổ; khối xơ sẹo; lỗ rò ngoài da; phù nề vùng xoang lê, sụn phổi
Số lần viêm nhiễm trước khi vào viện	Định lượng (không liên tục)	0 lần, 1-5 lần, 6-10 lần, > 10 lần
Số lần tái phát sau các điều trị triệt để	Định lượng (không liên tục)	1 lần, 2 lần, > 2 lần
Tính chất mủ trong ổ áp xe vùng cổ	Định tính	Mủ thối - không thối - không rõ (chưa có mủ)
Số lần tự vỡ mủ	Định lượng (không liên tục)	0 lần, 1 lần, nhiều lần
Số lần đã chích rạch áp xe	Định lượng (không liên tục)	0 lần, 1 lần, nhiều lần
Vị trí khối viêm, ổ áp xe vùng cổ	Định tính	- cổ bên, trước cơ ức đòn chũm; - cổ bên, sau cơ ức đòn chũm; - cổ trước, cổ thấp
Triệu chứng vùng cổ ngoài giai đoạn viêm	Định tính	Bình thường; sẹo xơ xấu; lỗ rò chảy dịch (Có/không)
Số lần được nội soi đến khi chẩn đoán xác định	Định lượng (không liên tục)	1 lần, 2 lần, 3 lần
Bên bị bệnh và vị trí lỗ rò	Định tính	Bên phải, bên trái, hai bên Ở đáy/ thành bên xoang lê
Đặc điểm lỗ rò	Định tính	- Lỗ rò đơn thuần; - Lỗ rò có mủ/thức ăn; - Lỗ rò xơ sẹo/ có tổ chức viêm/ chỉ khâu

2.2.3.2. Các thông số nghiên cứu cho mục tiêu 2 (Đánh giá hiệu quả của phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê): theo bảng 2.2.

Bảng 2.2. Các thông số nghiên cứu cho mục tiêu 2.

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Số lần thực hiện PT đóng miệng lỗ rò bằng gậy xơ hóa	Định lượng (không liên tục)	1 lần, 2 lần, > 2 lần
Thời gian thực hiện PT	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, trung vị
Triệu chứng khó chịu sau mổ, biến chứng	Định tính	Nôn/buồn nôn, khàn tiếng Có/không
Sẹo vùng cổ	Định tính	Nguồn gốc: Có từ trước, có do đợt điều trị này, không có sẹo
Số ngày nằm viện	Định lượng (không liên tục)	Trung bình 3 nhóm: < 7, 7-14, > 14 ngày
Số lần nằm viện	Định lượng (không liên tục)	1 lần, 2 lần, 3 lần, 4 lần
Thời gian theo dõi qua nội soi	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, trung vị
Thời gian theo dõi trên lâm sàng	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, trung vị
Tỷ lệ thất bại, tỷ lệ tái phát	%	Số BN thất bại, tái phát/ tổng số BN đã can thiệp
Đánh giá một số yếu tố (có thể) ảnh hưởng đến kết quả PT	Định tính	- Thời gian ổn định trước PT - Giải quyết ổ viêm nhiễm - Điều trị nội khoa trước PT - Cấu trúc giải phẫu xoang lê - Số ngày đặt xông mũi dạ dày và băng ép vùng cổ
Phân tích đặc điểm các BN bị thất bại, tái phát	Định tính	Phân tích từng trường hợp tái phát để xác định nguyên nhân
Đánh giá kết quả chung phương pháp gậy xơ hóa lỗ rò	Định tính	4 mức độ: Rất tốt, tốt; trung bình và kém (bảng 2.3)

2.2.3.3. Tiêu chí đánh giá các mức độ thành công của phương pháp đóng miệng lỗ rò (bằng biện pháp gây xơ hóa).

Kết quả chung của phương pháp đóng miệng lỗ rò (bằng biện pháp gây xơ hóa) được đánh giá dựa vào 4 tiêu chí sau:

- Số lần can thiệp vào miệng lỗ rò: một lần hay nhiều lần?
- Biểu hiện tái phát trên lâm sàng sau khi can thiệp: có hay không?
- Nội soi kiểm tra sau can thiệp: lỗ rò đã được đóng kín hay chưa?
- Hiệu quả về thẩm mỹ: có sẹo vùng cổ do phải can thiệp chích rạch dẫn lưu ổ áp xe hay mổ cũ hay không?

Căn cứ vào 4 tiêu chí này, chúng tôi tự xây dựng bảng đánh giá các mức độ thành công của phương pháp gây xơ hóa lỗ rò (bảng 2.3).

Bảng 2.3. Các mức độ thành công của PP gây xơ hóa đóng miệng lỗ rò

Mức độ thành công	Tiêu chí đánh giá
Rất tốt	- Chỉ cần phẫu thuật gây xơ hóa 1 lần, - Không có biểu hiện tái phát trên lâm sàng sau khi gây xơ hóa - Nội soi xoang lê kiểm tra sau phẫu thuật lỗ rò đã đóng kín, - Không có sẹo vùng cổ.
Tốt	- Chỉ cần phẫu thuật gây xơ hóa 1 lần, - Không có biểu hiện tái phát trên lâm sàng sau khi gây xơ hóa - Nội soi xoang lê kiểm tra sau phẫu thuật lỗ rò đã đóng kín, - Có sẹo chích rạch vùng cổ.
Trung bình	- Phải can thiệp gây xơ hóa lỗ rò từ 2 lần trở lên, - Chưa có biểu hiện tái phát sau lần can thiệp cuối, - Nội soi xoang lê kiểm tra sau PT lần cuối lỗ rò đã đóng kín, - Bất kỳ tình trạng nào của sẹo.
Kém	- Đã có biểu hiện tái phát sau khi can thiệp đóng lỗ rò, - Nội soi kiểm tra sau can thiệp vẫn còn lỗ rò mà chưa được xử lý tiếp theo, - Bất kỳ tình trạng nào của sẹo.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.2.4.1. Lựa chọn BN và làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.

* *Lựa chọn BN*: theo các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Ở giai đoạn này, BN có thể vẫn chưa có kết quả nội soi xoang lê tìm lỗ rò nên cần lưu ý về mặt lâm sàng với các triệu chứng điển hình của rò xoang lê như sung tấy/áp xe cổ bên (đặc biệt bên trái), tái phát nhiều lần...

* *Làm các XN, thăm dò chức năng*: đánh giá tình trạng tại chỗ và toàn thân.

- XN huyết học: công thức máu, đông máu cơ bản, nhóm máu.

- XN sinh hóa: ure, creatinin, GOT, GPT...

- XN HIV, HbsAg.

- XN nước tiểu 10 chỉ số.

- Chụp XQ tim phổi.

- Ghi điện tim.

- Nếu có tình trạng viêm nhiễm tại chỗ (viêm tấy, áp xe vùng cổ bên...), cần làm thêm siêu âm và/hoặc chụp CT Scan vùng cổ.

2.2.4.2. Điều trị tình trạng viêm nhiễm (sung tấy, áp xe vùng cổ) nếu có.

* **Điều trị nội khoa.**

- *Chỉ định*: đối với các trường hợp rò xoang lê có triệu chứng viêm tấy và/hoặc áp xe vùng cổ bên.

- *Chống chỉ định*: không có

- *Các thuốc điều trị*:

+ Kháng sinh nhóm β lactam: *cephalosporin* thế hệ II trở lên, liều thông thường 50-100mg/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chậm chia làm 2 lần.

Nếu BN bị dị ứng với β lactam thì có thể thay bằng một kháng sinh khác như nhóm Quinolon.

+ Metronidazole: điều trị các nhiễm khuẩn kỵ khí, liều thông thường là 7.5mg/kg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ.

+ Methylprednisolon (solumedrol): 1-2 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Alphachymotrypsin: giảm phù nề, uống 2-6 viên/ngày tùy lứa tuổi.

+ Acetylcysteine 200mg: 2-3 gói/ngày tùy lứa tuổi.

+ Paracetamol: 60mg/kg/24 giờ, uống cách nhau tối thiểu 4 giờ.

*** Chích rạch dẫn lưu ổ áp xe:**

- Chỉ định: đã hình thành ổ áp xe vùng cổ, điều trị nội khoa không cải thiện, nhất là với các trường hợp ổ áp xe to gây chèn ép tại chỗ, có nguy cơ gây khó thở.

- Chống chỉ định: Ổ áp xe còn chưa khu trú (vẫn còn hiện tượng viêm tấy lan tỏa).

- Chuẩn bị BN.

+ BN cần được hồi sức chu đáo trước mổ vì thường trong tình trạng ăn uống kém nhiều ngày, kết hợp tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc kèm theo.

+ Vô cảm: Người lớn và trẻ lớn chỉ cần tiền mê kết hợp gây tê tại chỗ. Trẻ nhỏ cần gây mê toàn thân qua ống nội khí quản.

+ Tư thế: BN nằm ngửa, có kê gối vai nhưng không để cổ ngửa quá nhiều (sẽ gây khó thở do khối áp xe chèn ép).

- Các bước tiến hành.

+ Sát trùng trường mổ bằng các dung dịch sát khuẩn như Betadin, Povidin... trải toan vô trùng. Tiêm thấm dung dịch medicain tại vị trí dự kiến rạch da để hạn chế chảy máu.

+ Rạch da: rạch da theo đường ngang cổ tại vị trí căng phồng nhất của ổ áp xe, đi qua da, tổ chức dưới da và cơ bám da cổ. Nếu ổ áp xe ở sâu (sát rãnh

khí thực quản hoặc khoang trước cột sống) thì rạch da theo đường dọc ở bờ trước cơ ức đòn chũm (từ bờ trên sụn giáp hoặc thân xương móng xuống đến trên khớp ức đòn khoảng 1 cm).

+ Khi vào đến ổ áp xe sẽ thấy mũ có mùi thối khẳn trào ra. Lấy mũ để soi tươi, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

+ Bơm rửa ổ áp xe nhiều lần bằng dung dịch oxy già và betadin cho đến khi ấn không còn thấy mũ trào ra. Đặt mèches có tẩm betadin và mỡ kháng sinh.

+ Để hở hốc mổ, thay băng 1-2 lần/ngày, băng ép bên ngoài.

2.2.4.3. Soi kiểm tra tìm lỗ rò vùng đáy xoang lê.

A. Chẩn đoán trước khi phẫu thuật: có thể sử dụng ống nội soi mềm hoặc ống soi thực quản để chẩn đoán với gây tê tại chỗ

A1. Nội soi ống mềm.

* *Chỉ định:* người lớn hoặc trẻ lớn (thường ≥ 10 tuổi) có thể phối hợp với BS trong khi soi để chẩn đoán xác định hoặc theo dõi sau phẫu thuật rò xoang lê.

* *Chống chỉ định:*

- Trẻ nhỏ chưa biết phối hợp khi soi (thường là < 10 tuổi).
- Có bệnh lý mũi xoang (polyp, u hốc mũi, tịt cửa mũi sau...).
- Đang trong giai đoạn viêm tấy, áp xe (chống chỉ định tương đối).

Ngoài ra, không thực hiện nội soi ống mềm đối với các trường hợp phải gây mê toàn thân vì cần có sự hợp tác của BN trong khi soi.

* *Vô cảm:* Đặt thuốc co mạch và thuốc tê tại hốc mũi, xịt tê hạ họng bằng Lidocain 10% hoặc Xylocain 6%.

* *Kỹ thuật:*

- BN ngồi quay lưng về phía màn hình nội soi.
- BS đứng đối diện BN, quan sát đồng thời BN và màn hình.
- Đưa ống soi đi qua mũi BN xuống họng, hạ họng vào đến xoang lê 2

bên, hướng dẫn BN phối hợp làm nghiệm pháp Valsava (bịt chặt mũi, phồng mồm thổi mạnh trong lúc miệng vẫn ngậm kín làm tăng áp lực khoang miệng để vùng đáy xoang lê được mở rộng) qua đó tìm lỗ rò ở đáy xoang lê.

A2. Nội soi bằng ống soi thực quản cứng (gây tê hoặc gây mê).

* *Chỉ định:* đối với các trường hợp nghi ngờ có rò xoang lê nhưng BN

- không phối hợp được với BS trong khi soi (trẻ em < 10 tuổi, BN già lẫn, BN có rối loạn về mặt nhận thức...)

- đã được nội soi ống mềm không thấy lỗ rò nhưng lâm sàng vẫn nghi ngờ.

* *Chống chỉ định:*

- Đang trong giai đoạn viêm tấy, áp xe (chống chỉ định tương đối).

* *Chuẩn bị:*

- BN cần được làm xét nghiệm cơ bản như một phẫu thuật thường quy.

- Giải thích rõ với BN và người nhà các tai biến có thể xảy ra trong và sau khi soi, ký cam đoan đồng ý thực hiện thủ thuật.

- Tư thế BN: nằm ngửa, duỗi thẳng chân tay có đệm gối dưới vai để đầu ngửa tối đa. Với trẻ nhỏ cần quấn chặt bằng vải toan.

- Vô cảm:

+ Gây tê: Bơm và xịt tê tại chỗ bằng Lidocain 10%, hoặc Xylocain 6%.

+ Gây mê toàn thân qua ống nội khí quản: thường là kết hợp trong chích rạch dẫn lưu ổ áp xe hoặc phối hợp trong các điều trị triệt để.

* *Kỹ thuật:*

- Người phụ đứng bên cạnh giữ đầu BN thẳng.

- BS đứng về phía đầu BN, cầm ống soi thực quản của Chevalier Jackson (hoặc có thể thay bằng ống soi thanh quản) đưa vào miệng BN đi theo đáy lưỡi xuống hạ họng đến xoang lê 2 bên, dùng đầu ống soi làm căng đáy xoang lê để xác định lỗ rò ở vùng đáy hoặc thành ngoài xoang lê.



Hình 2.3. Nội soi bằng ống soi thực quản cứng

B. Chẩn đoán trong khi phẫu thuật: sử dụng ống soi thực quản hoặc thanh quản để xác định lỗ rò, sau khi đã gây mê giãn cơ toàn thân để chuẩn bị phẫu thuật gây xơ hóa. Đây chính là bước đầu tiên trong quy trình thực hiện PT gây xơ hóa lỗ rò và cũng là biện pháp để xác chẩn đoán.

2.2.4.4. Thực hiện phẫu thuật theo phương pháp đóng miệng lỗ rò bằng cách gây xơ hóa miệng lỗ rò dưới nội soi.

** Chỉ định.*

- Các BN đã được chẩn đoán xác định rò xoang lê.
- Không có tình trạng viêm nhiễm cấp tính vùng cổ chưa kiểm soát được.

** Chống chỉ định:*

- Đang trong giai đoạn viêm nhiễm cấp tính (tương đối).

** Chuẩn bị BN:*

- Hoàn thành bệnh án, ký cam đoan đồng ý phẫu thuật theo quy định của Bộ Y tế.

- Giải thích cho BN và gia đình về mục đích, lợi ích, khó khăn cũng như các nguy cơ của phẫu thuật, gây mê.

** Các bước tiến hành.*

- Vô cảm: gây mê toàn thân với ống nội khí quản đặt qua đường miệng,

cổ định lệch sang một bên (đối diện với bên có lỗ rò).

- Tư thế BN nằm ngửa, có kê gối dưới vai để đầu ngửa tối đa.



Hình 2.4. Gây xơ hóa dưới nội soi

- Đặt ống soi thanh quản bọc lộ xoang lê: đưa ống soi thanh quản đi vào lần lượt qua các mốc lưỡi gà, sụn nắp thanh thiệt, sụn phễu và xoang lê. Sau khi xác định đúng xoang lê sẽ tiếp cận vào vùng đáy xoang lê để tìm lỗ rò.

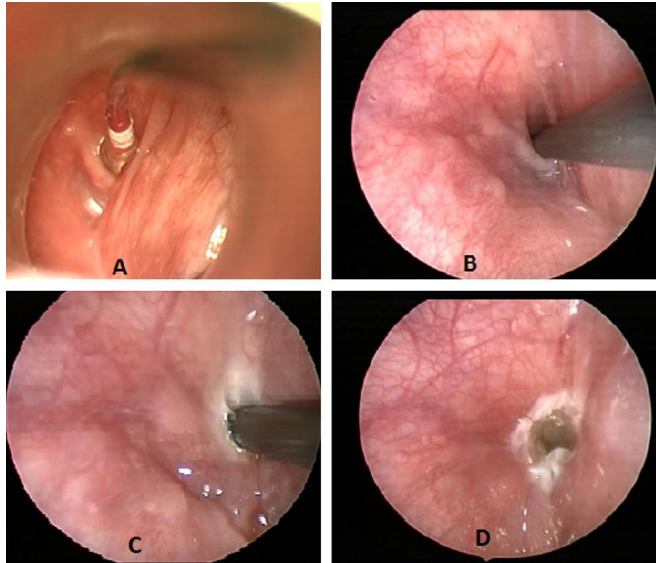
- Cố định ống soi thanh quản bằng càng soi treo.

- Dùng ống nội soi cứng góc nhìn 0°, đường kính 4mm (kết nối với camera để quan sát được trên màn hình) đưa vào quan sát lỗ rò ở vùng đáy hoặc thành bên xoang lê. Kết hợp với ống hút để hút sạch dịch xuất tiết.

- Phẫu thuật viên cầm ống nội soi ở tay trái, tay phải cầm dao điện đơn cực (*monopolar*) với lưỡi dao dạng kim dài 30 cm đưa vào sao cho đầu mũi đốt chạm đến đáy lỗ rò (khoảng 5-10mm tính từ miệng lỗ rò).

- Dao điện đơn cực được đặt ở cường độ thấp (5mA), phẫu thuật viên bấm nút đông điện và quan sát trên màn hình. Người phụ cầm ống hút hút khói trong ống soi thanh quản. Khi thấy các mô xung quanh đường rò bị co lại

và chuyển sang màu trắng nhợt thì rút dần dao điện ra. Cần đảm bảo toàn bộ các thành của đường rò đều được gây xơ hóa.



A: Đặt ống soi thanh quản, xác định lỗ rò.

B: Đặt dao kim điện đơn cực vào sát đáy đường rò.

C: Gây xơ hóa đường rò.

D: Đường rò đã được gây xơ hóa.

Hình 2.5. Các bước gây xơ hóa bằng đông điện [76].

- Thực hiện kiểm tra đối với xoang lê bên kia. Nếu có lỗ rò sẽ thực hiện gây xơ hóa theo các bước tương tự.

- Tháo càng cố định, rút ống soi treo thanh quản.

- Nếu có ổ áp xe hoặc khối viêm tồn dư thì chích rạch dẫn lưu theo các bước ở mục 2.2.4.2 nói trên.

- Đặt và cố định xông mũi dạ dày. Băng ép vùng cổ có chèn gạc bên xoang lê tổn thương để các thành xoang lê ép sát vào nhau. Kết thúc phẫu thuật, cho BN thoát mê, rút ống nội khí quản và chuyển ra phòng hậu phẫu.

2.2.4.5. Theo dõi và điều trị sau khi phẫu thuật.

* *Theo dõi ngay sau khi phẫu thuật:* Chủ yếu là theo dõi các biến chứng của gây mê và phẫu thuật như khó thở, chảy máu, các phản ứng dị ứng, rối loạn thân nhiệt...

** Điều trị, chăm sóc sau khi phẫu thuật:*

- Kháng sinh toàn thân trong 5-7 ngày, thường dùng là cephalosporin với liều 50mg/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chậm chia làm 2 lần.
- Thuốc giảm đau, chống viêm, giảm phù nề, chống trào ngược.
- Thay băng hàng ngày (nếu có kết hợp chích rạch ổ áp xe kèm theo).
- Chế độ ăn qua xông mũi dạ dày: Dùng bơm tiêm 50ml bơm thức ăn đã xay nhuyễn qua xông 4-6 bữa/ngày.
- Khám kiểm tra lại bằng ống nội soi cứng (0 độ và 70 độ) sau mổ 1 ngày, 3 ngày và trước khi ra viện để đánh giá tình trạng tại chỗ của xoang lê, sụn phễu, mức độ phù nề, phát hiện các biến chứng như liệt dây thanh, nhiễm trùng, chảy máu...
- Trung bình sau khoảng 6-8 ngày sẽ rút xông mũi dạ dày, tháo băng ép vùng cổ, cắt chỉ (nếu có) và cho BN ra viện.

2.2.4.6. Theo dõi đánh giá sau khi ra viện:

** Thời gian:*

- Thời điểm 1, 3, 6, 12, 18 tháng sau khi phẫu thuật gây xơ hóa.
- Hoặc bất cứ thời điểm nào xuất hiện triệu chứng tái phát của bệnh (sưng tấy, áp xe vùng cổ bên hoặc có khối sưng vùng cổ nhưng không đau, hoặc có lỗ rò vùng cổ...)
- Thời điểm trước khi kết thúc nghiên cứu (T6/2017).

** Nội dung theo dõi trên lâm sàng.*

- Triệu chứng cơ năng: đau vùng cổ, kèm sốt hay không, nuốt vướng, khàn tiếng...
- Thực thể: Các biểu hiện ở vùng cổ như

- + Viêm tấy, áp xe vùng cổ (tái phát).
- + Có khối vùng cổ bên tại vị trí tổn thương cũ.
- + Có lỗ rò vùng cổ.

** Theo dõi qua siêu âm, chụp CT Scan.*

Được chỉ định khi nghi ngờ có hiện tượng tái phát trên lâm sàng.

** Theo dõi qua nội soi TMH thông thường.*

- Sử dụng ống soi cứng loại 0^0 và 70^0 .
- Quan sát đánh giá về tai mũi họng nói chung, lưu ý vùng hạ họng, xoang lê, sụn phễu, dây thanh, nếp phễu thanh thiệt.
- Xác định di chứng liệt TK thanh quản quặt ngược, các triệu chứng của tái phát: phù nề sụn phễu - nếp phễu thanh thiệt, xoang lê có mũ...

** Theo dõi qua nội soi tìm lỗ rò xoang lê.*

- Thực hiện theo các bước như ở mục 2.2.4.3 ở trên.
- Xác định lỗ rò đã được bịt kín hoàn toàn qua phẫu thuật đóng lỗ rò/gây xơ hóa hay vẫn còn lỗ rò.

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu và không chế sai số.

Các thông tin được thu thập qua việc *hỏi bệnh - thăm khám lâm sàng - nội soi xoang lê - phẫu thuật - theo dõi sau mổ* và ghi chép thành số liệu vào một mẫu bệnh án thống nhất. Việc tuyển chọn BN và thực hiện phẫu thuật theo phương pháp gây xơ hóa lỗ rò được thiết kế theo quy trình.

Các biện pháp không chế sai số:

- Tác giả trực tiếp thu thập số liệu vào nghiên cứu.
- Dùng biểu mẫu rõ ràng, hợp lý để thu thập thông tin

- Làm sạch số liệu trước khi xử lý

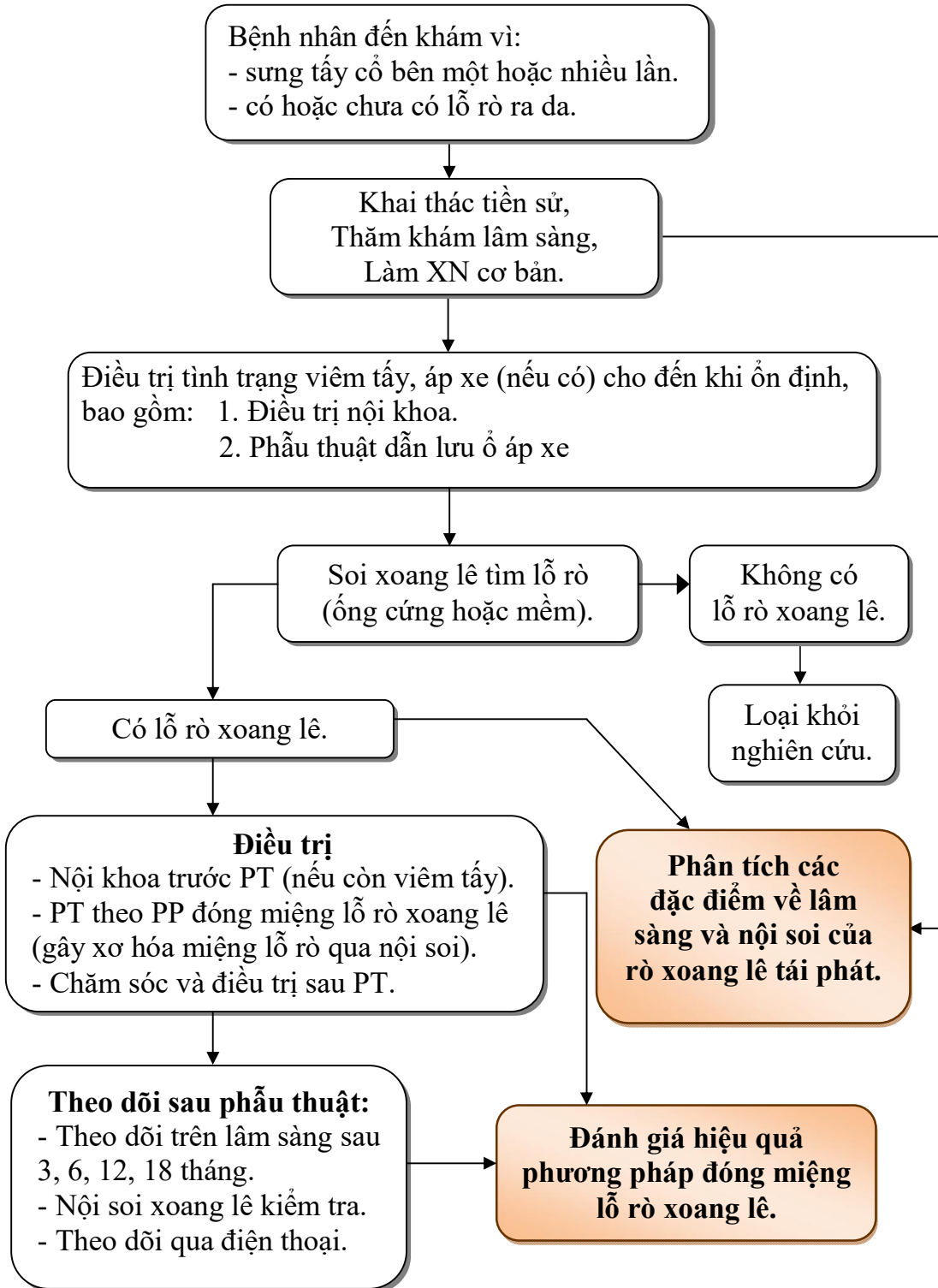
2.2.6. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0.
- Sử dụng các thuật toán kiểm định khi bình phương (χ^2) để phân tích sự khác biệt.

2.3. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội xem xét, phân tích, góp ý và thông qua.
- Quy trình kỹ thuật đã được Hội đồng Khoa học kỹ thuật của BV Tai Mũi Họng TW thông qua.
- Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Khoa Phẫu thuật Chỉnh hình, Ban Giám Đốc BV Tai Mũi Họng TW.
- Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, không nhằm bất kỳ mục đích nào khác.
- Tất cả các BN được lựa chọn tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ lưỡng về chỉ định, chống chỉ định, lợi ích, cũng như những nguy cơ về tai biến có thể gặp và có thể rút ra khỏi nghiên cứu bất kì lúc nào theo nguyện vọng của bản thân mà không bị phân biệt đối xử trong các điều trị tiếp theo.

2.4. SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại BV Tai Mũi Họng TW từ tháng 2/2014 đến tháng 6/2017 trên **90 BN** được chẩn đoán xác định rò xoang lê (trong đó có 28 BN bị bệnh lần đầu và 62 BN bị các đợt tái phát, tái diễn của bệnh).

3.1. MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI CỦA RXL TÁI PHÁT

3.1.1. Một số đặc điểm chung

3.1.1.1. Đặc điểm về tuổi (vào viện) và giới

Bảng 3.1. Phân bố tuổi (vào viện) và giới

Nhóm tuổi	≤ 10	11-20	21-30	31-40	41-50	> 50	Tổng số
Số BN (n)	44	23	13	7	0	3	90
Tỷ lệ (%)	48.89	25.56	14.44	7.78	0.0	3.33	100
Tuổi TB	14.30 ± 12.57 (nhỏ nhất: 16 tháng, lớn nhất: 68 tuổi)						
Giới	Nam		n = 45			50%	
	Nữ		n = 45			50%	
	Tỷ lệ nam/nữ = 1/1						

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của BN trong nhóm nghiên cứu là 14.30 ± 12.57, trong đó BN ít tuổi nhất là 16 tháng tuổi, nhiều tuổi nhất là 68 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là ≤ 20 tuổi, chiếm tỉ lệ 74.45%.

- BN trên 40 tuổi vào viện chỉ có hơn 3%.

Sự khác biệt về tuổi vào viện rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

- Tỷ lệ giữa nam và nữ là như nhau.

3.1.1.2. Tuổi khởi phát bệnh

Bảng 3.2. Tuổi khởi phát bệnh

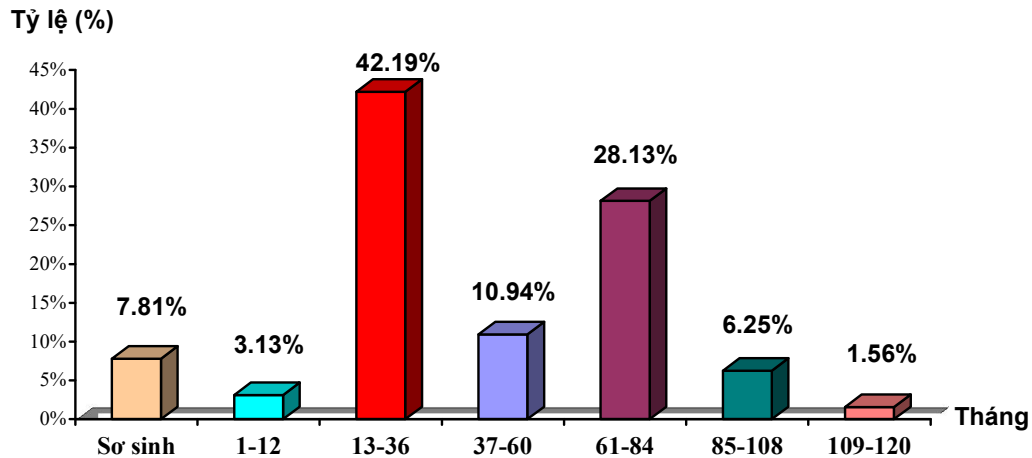
Nhóm tuổi	≤ 10	11-20	21-30	31-40	41-50	> 50	Tổng số
Số BN (n)	64	18	5	2	0	1	90
Tỷ lệ (%)	71.11	20.00	5.56	2.22	0.00	1.11	100
Trung Bình	8.44 ± 9.33 (thấp nhất: 1 ngày tuổi, cao nhất: 67 tuổi)						

Nhận xét:

- Đa số bệnh khởi phát trong độ tuổi ≤ 10 tuổi, chiếm tỉ lệ tới 71.11%.
- Tỷ lệ khởi phát giảm dần khi số tuổi tăng lên, > 40 tuổi chỉ có 1.11%.

Sự khác biệt về lứa tuổi khởi phát rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

Để tìm hiểu rõ hơn về tuổi khởi phát thường gặp, chúng tôi phân tích 64 trường hợp khởi phát ở nhóm tuổi ≤ 10 tuổi (tính theo tháng là từ sơ sinh hay 0 tháng đến 120 tháng). Kết quả thể hiện trong biểu đồ 3.1.



Biểu đồ 3.1. Tuổi khởi phát nhóm 0-120 tháng (0-10 tuổi).

Nhận xét:

- Nhóm tuổi khởi phát hay gặp là từ 13-36 tháng (1-3 tuổi) và 61-84 tháng (5-7 tuổi). Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

3.1.1.3. Thời gian mang bệnh.

Chúng tôi tìm hiểu về 2 khoảng thời gian mang bệnh, tính từ lúc bệnh khởi phát, là thời gian *đến khi được chẩn đoán xác định* bệnh và thời gian *đến khi được điều trị phẫu thuật* lần này.

Bảng 3.3. Thời gian mang bệnh.

Thời gian mang bệnh	Đến khi được chẩn đoán xác định		Đến khi được điều trị phẫu thuật lần này	
	n	%	n	%
< 1 năm (< 1 tháng)	44 (26)	48.89 (28.89)	44 (18)	48.89 (20.0)
1-5 năm	19	21.11	19	21.11
6-10 năm	11	12.22	10	11.11
11-15 năm	4	4.44	3	3.33
16-20 năm	5	5.56	6	6.67
> 20 năm	7	7.78	8	8.89
Tổng số	90	100	90	100
Trung bình	5.25 ± 9.12 năm (1 tháng – 46 năm)		5.93 ± 9.35 (1 tháng – 46 năm)	

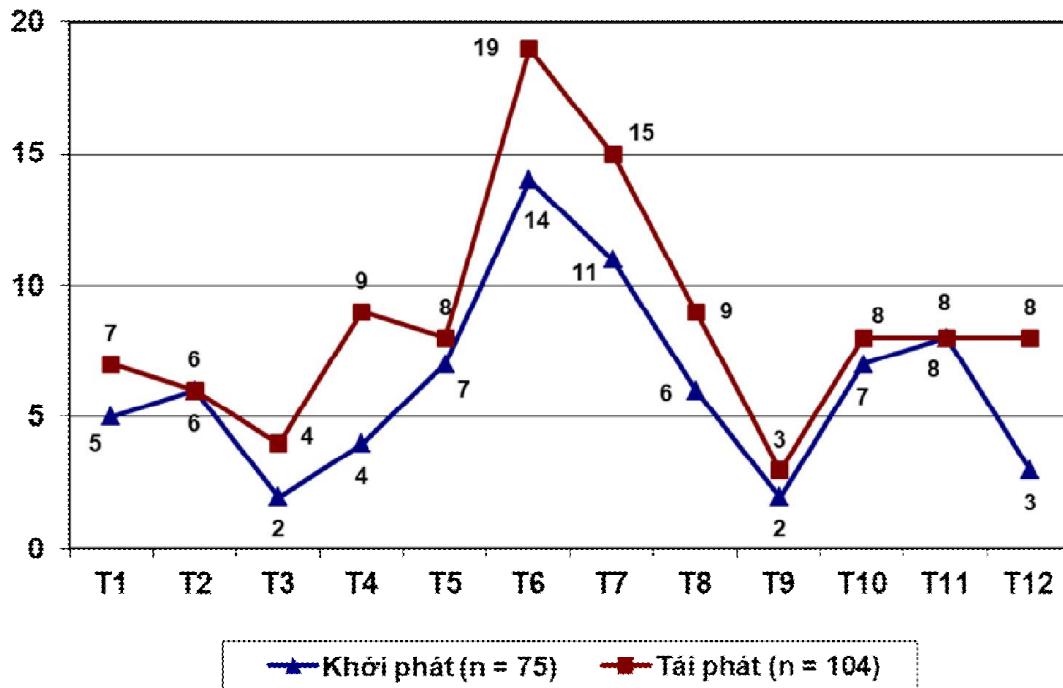
Nhận xét:

- Đa số thời gian mang bệnh < 1 năm, với tỷ lệ ở mỗi nhóm là gần 50%. Đặc biệt với thời gian mang bệnh trong vòng 1 tháng, có 26 BN và 18 BN ở lần lượt từng nhóm.

- Vẫn còn một số lượng khá lớn BN có thời gian mang bệnh kéo dài > 10 năm (khoảng 20%), thậm chí > 20 năm.

3.1.1.4. Tháng có đợt bệnh.

Do nhiều BN có thời gian mang bệnh kéo dài nên khi tìm hiểu về tháng và mùa có đợt bệnh của cả BN bị lần đầu lẫn bị trong đợt tái diễn, chúng tôi chỉ thống kê được thời gian chính xác ở 75 lượt bị lần đầu và 104 lượt tái diễn. Kết quả phân bố cụ thể được thể hiện trong biểu đồ 3.2.



Biểu đồ 3.2. Tháng có đợt bệnh trong năm

Nhận xét:

Ở cả hai nhóm, bệnh có xu hướng bị nhiều vào các tháng 6-7 và 10-11. Sự khác biệt về tháng bị bệnh có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm, với $p < 0.05$.

Ngoài ra sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa hai nhóm với nhau ($p > 0.05$).

3.1.1.5. Chẩn đoán của tuyến trước

Bảng 3.4. Chẩn đoán của tuyến trước.

Chẩn đoán của tuyến trước	n	%
Rò xoang lê	28	31.11
Viêm/áp xe tuyến giáp	39	43.33
Chẩn đoán khác (lao hạch, u bã đậu, nang giáp lưỡi bội nhiễm...)	13	14.45
BN không qua tuyến dưới	10	11.11
Tổng số	90	100

Nhận xét:

- Trừ 10 BN (11.11%) không qua khám tại tuyến dưới, chỉ có 31.11% BN được chẩn đoán chính xác là rò xoang lê. Còn lại có tới 43.33% bị chẩn đoán nhầm là viêm hoặc áp xe tuyến giáp.

- Có tới 14.45% số BN bị chẩn đoán nhầm với các bệnh khác hẳn như u nang giáp lưỡi bội nhiễm, u bã đậu, và thậm chí là lao hạch.

3.1.1.6. Yếu tố gia đình và các bệnh lý rò khác kèm theo.

Khai thác tiền sử gia đình, chúng tôi không gặp BN nào có người thân (bố, mẹ, anh chị em ruột hoặc con đẻ) bị rò xoang lê. Trong số các BN, cũng không gặp BN nào có các nang hoặc đường rò đi cùng (như rò luân nhĩ, rò giáp lưỡi hay các rò khe mang khác).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng.

3.1.2.1. Lý do vào viện.

Bảng 3.5. Lý do vào viện.

Lý do vào viện \ Nhóm bệnh	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)	
	n	%	n	%
Sung (đau) cổ bên đơn thuần	28	100	55	88.71
Sung đau cổ bên + có lỗ rò	0	0.0	5	8.06
Chỉ có lỗ rò vùng cổ	0	0.0	2	3.23
Tổng số	28	100	62	100

Nhận xét:

- Lý do vào viện chủ yếu là sung vùng cổ bên đơn thuần, với tỷ lệ 100% ở nhóm bị lần đầu và 88.71% ở nhóm tái diễn.

- Không gặp triệu chứng có lỗ rò vùng cổ ở nhóm bị bệnh lần đầu.

3.1.2.2. Thân nhiệt khi vào viện.

Bảng 3.6. Thân nhiệt khi vào viện.

Thân nhiệt \ Nhóm bệnh	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
$\leq 37^{\circ}$	1	3.57	36	58.06	< 0.0001
$> 37^{\circ} - 38^{\circ}$	3	10.71	9	14.52	> 0.05
$> 38^{\circ} - 39^{\circ}$	10	35.71	13	20.97	> 0.05
$> 39^{\circ}$	14	50.00	4	6.45	< 0.0001
Tổng số	28	100	62	100	-

Nhận xét:

- Trong nhóm BN bị bệnh lần đầu, thân nhiệt hay gặp là > 38 độ với tỷ lệ 85.71% (24/28 BN). Ngược lại trong BN bị bệnh ở đợt tái diễn, đa số hay gặp lại có thân nhiệt < 38 độ, với tỷ lệ 72.58% (45/62 BN). Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê.

3.1.2.3. Triệu chứng cơ năng.

Các triệu chứng cơ năng bao gồm *đau vùng cổ, khạc mủ, tụt võ mủ, khó thở, rò dịch vùng cổ* được khai thác ở tất cả các BN khi có biểu hiện bệnh lần đầu (n = 90) cũng như trong nhóm các BN có đợt tái diễn lần này (n = 62) để so sánh và được thống kê trong bảng 3.7.

Bảng 3.7. Triệu chứng cơ năng.

Nhóm bệnh Triệu chứng	Bị lần đầu (n = 90)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
Đau vùng cổ	88	97.78	60	96.77	> 0.05
Khạc mủ	6	6.67	0	0.00	< 0.05
Tụt võ mủ	5	5.56	20	32.26	< 0.001
Khó thở	1	1.11	0	0.00	> 0.05
Rò dịch vùng cổ	0	0.00	3	4.84	< 0.05

Nhận xét:

- Trong cả hai nhóm, triệu chứng đau vùng cổ và khó thở khác nhau không có ý nghĩa. Tuy nhiên các triệu chứng *khạc mủ, tụt võ mủ* và *rò dịch vùng cổ* ở hai nhóm lại khác nhau có ý nghĩa thống kê ở các mức độ.

- Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau vùng cổ, gặp tới $> 95\%$

3.1.2.4. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.8. Triệu chứng thực thể.

Nhóm bệnh Triệu chứng	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
Sung vùng cổ	28	100	60	96.77	> 0.05
Áp xe vùng cổ	19	67.86	44	70.97	> 0.05
Khối xơ sẹo	0	0	43	69.35	< 0.001
Lỗ rò ngoài da	0	0	7	11.29	< 0.01
Phù nề vùng xoang lê, sụn phễu	3	10.71	8	12.90	> 0.05

Nhận xét:

- Các triệu chứng biểu hiện viêm nhiễm chủ yếu là sung tấy (> 96%) và áp xe vùng cổ (67-71%). Có > 10 % số BN biểu hiện là phù nề vùng sụn phễu, xoang lê. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa về triệu chứng biểu hiện *khối xơ sẹo* và *lỗ rò ngoài da* giữa hai nhóm.



Hình 3.1. Áp xe vùng cổ do rò xoang lê (SBA 15006722).



Hình 3.2. Lỗ rò thứ phát ngoài da chảy dịch lẫn thức ăn (SBA 15010068).

3.1.2.5. Số lần viêm nhiễm trước khi vào viện.

Bảng 3.9. Số lần viêm nhiễm trước khi vào viện.

Số lần viêm nhiễm trước khi vào viện	n	%	Trung bình
Chưa bị lần nào	28	31.11	-
1-5 lần	48	53.33	3.02 ± 4.01 (từ 1 đến 25 lần)
6-10 lần	9	10.00	
> 10 lần	5	5.56	
Tổng số	90	100	-

Nhận xét:

- Chỉ có khoảng 30% số BN vào viện là bị bệnh lần đầu, còn 70% là đợt tái diễn, trong đó chiếm đa số là đã bị từ 1-5 đợt viêm nhiễm.

- Có > 5% số BN đã bị viêm nhiễm > 10 lần, thậm chí là tới 25 lần.

Bảng 3.10. Số lần tái phát sau các điều trị triệt để

Số lần tái phát sau các điều trị triệt để	n	%	Trung bình
1 lần	15	65.22	1.45 ± 0.72 lần
2 lần	7	30.43	
3 lần	0	0.00	
4 lần	1	4.35	
Tổng số	23	100	-

Nhận xét:

- Trong 23 BN đã bị tái phát sau các lần điều trị triệt để (phẫu thuật lấy bỏ đường rò và/hoặc gây xơ hóa lỗ rò), đa số là bị tái phát từ 1-2 lần. Cá biệt có BN đã bị tái phát đến 4 lần.

3.1.2.6. Tính chất mũ trong ổ áp xe

Bảng 3.11. Tính chất mũ trong ổ áp xe vùng cổ.

Nhóm bệnh Tính chất mũ	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
Mũ thối	18	64.29	51	82.26	< 0.05
Không thối (mũ loãng, bã đậu)	1	3.57	6	9.68	> 0.05
Không có mũ	9	32.14	5	8.06	< 0.01
Tổng số	28	100	62	100	-

Nhận xét:

- Trong nhóm bị bệnh lần đầu, tỷ lệ BN không có mũ là 9 BN (32.14%), còn ở nhóm tái diễn, tỷ lệ này chỉ có khoảng 8%.

- Tỷ lệ mũ có mùi thối trong nhóm tái diễn khá cao (82.26%) là do được khai thác cả trong tiền sử các lần tái diễn trước đây.

3.1.2.7. Số lần tự vỡ mũ

Bảng 3.12. Số lần tự vỡ mũ.

Nhóm bệnh Số lần tự vỡ mũ	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
Chưa tự vỡ mũ lần nào	23	82.14	42	67.74	> 0.05
Đã tự vỡ mũ 1 lần	5	17.86	8	12.90	> 0.05
Đã tự vỡ mũ > 1 lần	0	0.00	12	19.36	< 0.05
Tổng số	28	100	62	100	-
Trung bình	1 lần		3.10 ± 3.22 lần		< 0.01

Nhận xét:

- Trong nhóm bị lần đầu, đa số BN (82%) chưa bị vỡ mũ lần nào, còn trong nhóm tái diễn, có tới gần 33% đã bị vỡ mũ 1 hoặc nhiều lần.

Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.1.2.8. Số lần được chích rạch ổ áp xe.

Bảng 3.13. Số lần được chích áp xe vùng cổ.

Số lần được chích áp xe	Nhóm bệnh		Đợt tái diễn		p
	Bị lần đầu (n = 28)		(n = 62)		
	n	%	n	%	
<i>Chưa chích lần nào</i>	12	42.86	6	9.68	< 0.001
<i>Chích 1 lần</i>	16	57.14	21	33.87	< 0.05
<i>Chích nhiều lần</i>	0	0.00	35	56.45	< 0.001
Tổng số	28	100	62	100	-
Trung bình	1 lần		2.34 ± 1.83 lần		< 0.001

Nhận xét:

- Trong nhóm bị lần đầu, chỉ có 57% số BN được chích rạch dẫn lưu ổ áp xe vùng cổ khi vào nhập viện.

- Còn trong nhóm tái phát, có tới > 90% số BN được chích rạch áp xe 1 hoặc nhiều lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ tới < 0.001 .

3.1.2.9. Vị trí khối viêm/áp xe ở cổ.

Bảng 3.14. Vị trí khối viêm/áp xe vùng cổ.

Vị trí	Nhóm bệnh		Đợt tái diễn		p
	Bị lần đầu (n = 28)		(n = 62)		
	n	%	n	%	
Cổ bên, trước cơ ức đòn chũm	26	92.86	59	95.16	> 0.05
Cổ bên, sau cơ ức đòn chũm	1	3.57	1	1.61	> 0.05
Cổ trước, cổ thấp	1	3.57	2	3.23	> 0.05
Tổng số	28	100	62	100	-

Nhận xét:

- Đa số BN có biểu hiện khối viêm/áp xe vùng cổ tại vị trí cổ bên, phía trước cơ ức đòn chũm, chiếm tỷ lệ khoảng 95%.

- Chỉ có khoảng 5% số BN có thể biểu hiện ở phía sau cơ ức đòn chũm hoặc cổ trước.

- Sự khác biệt về vị trí viêm nhiễm khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.001$.

3.1.2.10. Biểu hiện vùng cổ ngoài giai đoạn viêm nhiễm.**Bảng 3.15. Biểu hiện vùng cổ ngoài giai đoạn viêm nhiễm.**

Nhóm bệnh Biểu hiện vùng cổ	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
<i>Bình thường (không có sẹo hoặc sẹo nhỏ ổn định)</i>	28	100	49	79.03	< 0.01
<i>Có khối sẹo xơ xấu</i>	0	0.00	13	20.97	< 0.01
<i>Có lỗ rò chảy dịch</i>	0	0.00	2	3.23	> 0.05

Nhận xét:

- Đa số biểu hiện vùng cổ ở ngoài giai đoạn viêm nhiễm là bình thường. Chỉ gặp biểu hiện sẹo xơ xấu và lỗ rò chảy dịch ở nhóm tái diễn.

- Sự khác biệt giữa hai nhóm về các biểu hiện vùng cổ ngoài giai đoạn viêm nhiễm có ý nghĩa thống kê với các mức độ khác nhau.

3.1.3. Đặc điểm nội soi xác định lỗ rò

3.1.3.1. Số lần được nội soi đến khi chẩn đoán xác định.

Bảng 3.16. Số lần được nội soi đến khi chẩn đoán xác định.

Số lần được nội soi	n	%	Số lượt đã soi	Trung bình
1 lần	83	92.22	83	1.10 ± 0.37 lần
2 lần	5	5.56	10	
3 lần	2	2.22	6	
Tổng	90	10	99	-

Nhận xét:

- Đa số chỉ cần soi 1 lần là tìm thấy lỗ rò với tỷ lệ là 92.22%.
- Có 7 BN (7.78%) phải soi từ 2 đến 3 lần mới phát hiện được lỗ rò. Đây chính là tỷ lệ âm tính giả của biện pháp nội soi xoang lê tìm lỗ rò.



Hình 3.3. Lỗ rò xoang lê bị che lấp (SBA 15011615).

3.1.3.2. Vị trí lỗ rò

Bảng 3.17. Vị trí lỗ rò

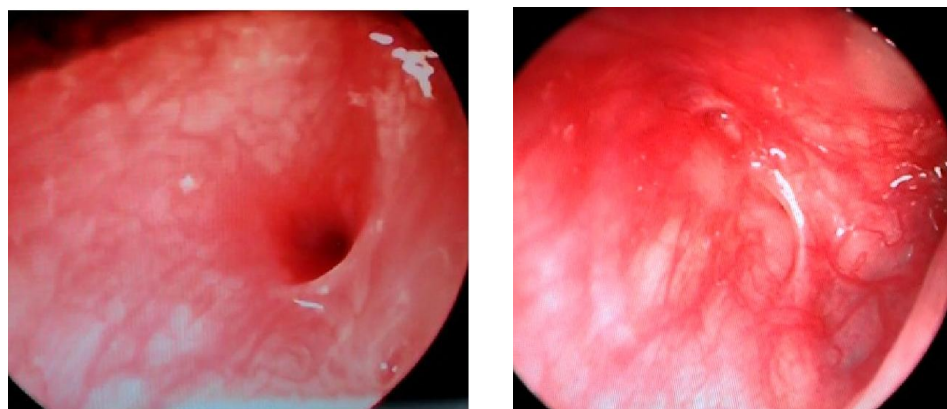
Vị trí lỗ rò	Đáy		Thành bên		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Bên trái	72	80.00	10	11.11	82	91.11
Bên phải	7	7.78	1	1.11	8	8.89
Tổng	79	87.78	11	12.22	90	100

Nhận xét:

- Đa số gặp lỗ rò ở bên trái với tỷ lệ 91.11%. Trong nghiên cứu này, không gặp BN nào có lỗ rò xoang lê ở cả 2 bên.

- Vị trí thoát ra của lỗ rò chủ yếu là ở đáy xoang lê với 79 BN (87.78%).

- Sự khác biệt về bên bệnh và vị trí thoát ra của lỗ rò khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.



Hình 3.4. Lỗ rò ở đáy và thành bên xoang lê

(SBA 15000523 và 14010985)

3.1.3.3. Đặc điểm lỗ rò.

Bảng 3.18. Đặc điểm lỗ rò

Đặc điểm lỗ rò \ Nhóm bệnh	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		P
	n	%	n	%	
Lỗ rò đơn thuần	25	89.29	48	77.42	> 0.05
Lỗ rò có mũ/thức ăn	3	10.71	5	8.06	> 0.05
Lỗ rò xơ sẹo/ có tổ chức viêm/ chỉ khâu	0	0.00	9	14.52	< 0.05
Tổng số	28	100	62	100	-

Nhận xét:

- Ở cả hai nhóm, đa số đặc điểm khi nội soi chỉ là *lỗ rò đơn thuần*. Một số trường hợp có thể có *mũ hoặc thức ăn trong lỗ rò*. Tuy nhiên sự khác biệt về 2 đặc điểm này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

- Đặc điểm *lỗ rò xơ sẹo/có tổ chức hạt viêm hay chỉ khâu cũ* chỉ gặp ở nhóm tái diễn với tỷ lệ 14.52%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ XOANG LÊ.

3.2.1. Số lần đã thực hiện đóng miệng lỗ rò (bằng gây xơ hóa)

Bảng 3.19. Số lần đã thực hiện gây xơ hóa để đóng miệng lỗ rò

Số lần đã thực hiện PT gây xơ hóa	n	%	Số lượt
1 lần	83	92.22	83
2 lần	7	7.78	14
Tổng	90	100	97

Nhận xét:

- Tỷ lệ thành công sau khi gây xơ hoá lần thứ nhất là 92.22%.
- Tỷ lệ thành công sau khi gây xơ hóa lần thứ hai là 100% với tổng số

lượt PT đã thực hiện là 97 lượt.

- Không có BN nào phải gây xơ hóa quá 2 lần.

3.2.2. Thời gian thực hiện phẫu thuật.

Bảng 3.20. Thời gian thực hiện phẫu thuật (97 lượt)

Thời gian thực hiện (phút)	n	%	Trung bình
≤ 15'	79	81.44	15.02 ± 6.14 phút (Từ 8 - 50 phút)
16 - 25'	14	14.43	
26 - 35'	2	2.06	
> 35'	2	2.06	
Tổng số	97	100	-

Nhân xét:

- Đa số BN có thời gian thực hiện gây xơ hóa ≤ 15 phút (81.44%).

3.2.3. Triệu chứng khó chịu sau mổ, biến chứng.

Triệu chứng đau sau mổ xuất hiện ở tất cả các BN giống như trong các phẫu thuật nói chung, các triệu chứng khó chịu khác cũng như các biến chứng sau mổ được chúng tôi thống kê và trình bày trong bảng 3.21 dưới đây.

Bảng 3.21. Triệu chứng sau mổ, biến chứng.

Triệu chứng khó chịu sau mổ, biến chứng	n	%
Nôn, buồn nôn	25	27.78
Khàn tiếng tạm thời (≤ 4 tuần)	6	6.67
- Do phù nề sụn phễu, xoang lê	5	5.56
- Do liệt dây thanh	1	1.11
Khác (loét tiền đình mũi, tổn thương màn hầu do đặt ống soi)	2	2.22

Nhân xét:

- Có khoảng 1/4 số BN có triệu chứng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật.

- Trong 6 BN bị khàn tiếng, chỉ có 1 BN do bị liệt dây thanh tạm thời nhưng thời gian kéo dài không quá 4 tuần, ngoài ra có 1 BN bị loét tiền đình mũi (do đặt xông mũi dạ dày) và 1 BN bị tổn thương trầy xước màn hầu do đặt ống soi.

3.2.4. Đánh giá sẹo vùng cổ**Bảng 3.22. Đánh giá sẹo vùng cổ**

Nguồn gốc sẹo vùng cổ	n	%
Có sẹo từ trước khi vào viện	43	47.78
Có sẹo do chích rạch áp xe lần này	36	40.00
Không có sẹo	11	12.22
Tổng số	90	100

Nhân xét:

- Tỷ lệ BN khi vào điều trị đã có sẹo từ trước (do chích rạch dẫn lưu áp xe hoặc phẫu thuật trước đây...) là 47.78%.

- Trong số 52.22% số BN chưa có sẹo khi nhập viện điều trị, có 12.22% không phải can thiệp bên ngoài nên không để lại sẹo vùng cổ sau khi điều trị.

3.2.5. Số ngày và số lần nằm viện.

Bảng 3.23. Số ngày nằm viện

Nhóm bệnh Số ngày nằm viện	Bị lần đầu (n = 28)		Đợt tái diễn (n = 62)		p
	n	%	n	%	
< 7 ngày	4	14.29	2	3.23	< 0.05
7-14 ngày	15	53.57	21	33.87	> 0.05
> 14 ngày	9	32.14	39	62.90	< 0.01
Tổng số	28	100	62	100	-
Trung bình	13.93 ± 8.8 ngày (Từ 6 - 41 ngày)		18.48 ± 9.92 ngày (Từ 6 - 58 ngày)		< 0.05

Nhận xét:

- BN ở nhóm bị bệnh lần đầu đa số nằm viện trong khoảng < 14 ngày, còn ở nhóm tái phát, đa số nằm viện kéo dài > 14 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

- Số ngày nằm viện trung bình của nhóm bị bệnh tái diễn cao hơn của nhóm bị bệnh lần đầu (18.48 ngày so với 13.93 ngày). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.24. Số lần nằm viện

Số lần nằm viện	n	%	Trung bình
1 lần	70	77.78	1.24 ± 0.50 lần
2 lần	19	21.11	
3 lần	0	0.00	
4 lần	1	1.11	
Tổng	90	100	-

Nhận xét:

- Đa số BN chỉ nằm viện 1 lần nhưng vẫn có tới gần 1/4 số BN phải nằm viện điều trị từ 2 lần trở lên, cá biệt có BN phải nằm viện tới 4 lần do hiện tượng tái phát.

3.2.6. Thời gian theo dõi.**Bảng 3.25. Thời gian theo dõi qua nội soi xoang lê**

Thời gian	n	%	Trung bình
< 2 tháng	7	7.78	3.28 ± 2.38 tháng (Từ 1 – 18 tháng)
2 - 4 tháng	64	71.11	
4 - 6 tháng	10	11.11	
> 6 tháng	9	10.00	
Tổng số	90	100	-

Nhận xét:

- Các BN được theo dõi qua nội soi xoang lê để xác định lỗ rò đã đóng kín hay chưa trong khoảng thời gian từ 1 đến 18 tháng sau khi được PT gây xơ hóa lần cuối cùng, trung bình là 3.28 ± 2.38 tháng.

Bảng 3.26. Thời gian theo dõi biểu hiện tái phát trên lâm sàng

Thời gian	n	%	Trung bình
< 24 tháng	41	45.56	25.58 ± 5.31 tháng (Từ 18 – 40 tháng)
25 - 36 tháng	47	52.22	
> 36 tháng	2	2.22	
Tổng số	90	100	-

Nhận xét:

- Các BN được theo dõi để xác định không có biểu hiện tái phát trên lâm sàng trong khoảng thời gian từ 18 đến 40 tháng sau khi được PT gây xơ hóa lần cuối cùng, trung bình là 25.58 tháng.

3.2.7. Đánh giá tỷ lệ thất bại, tái phát**Bảng 3.27. Đánh giá tỷ lệ thất bại, tái phát**

Nhóm BN và biểu hiện LS		n	%	Đánh giá
Soi kiểm tra lỗ rò đã đóng kín	Không có biểu hiện tái phát trên lâm sàng	83	92.22	Thành công
	Có biểu hiện tái phát trên lâm sàng	0	0.00	Tái phát
Soi kiểm tra lỗ rò chưa đóng kín	Chưa có biểu hiện tái phát trên lâm sàng	3	3.33	Thất bại
	Có biểu hiện tái phát trên lâm sàng	4	4.45	Thất bại
Tổng số		90	100	-

Nhận xét:

- Tất cả số BN đã soi kiểm tra mà lỗ rò đóng kín đều không có biểu hiện tái phát trên lâm sàng trong khoảng thời gian được theo dõi.

- Trong số 7 BN soi kiểm tra lỗ rò chưa kín, có 3 BN chưa có biểu hiện gì trên lâm sàng, chiếm tỷ lệ 3.33% tổng số BN và 42.86% số BN bị thất bại.

3.2.8. Đánh giá một số yếu tố (có thể) ảnh hưởng đến kết quả PT

3.2.8.1. Thời gian ổn định trước khi phẫu thuật

Bảng 3.28. Đánh giá về thời gian ổn định trước phẫu thuật

Thời gian ổn định trước khi phẫu thuật	Số BN được gây xơ hoá		Số BN bị thất bại, tái phát	
	n	%	n	%
< 1 tuần	49	54.44	4	8.16
1 tuần – 4 tuần	19	21.12	3	15.79
> 4 tuần	22	24.44	0	0.00
Tổng số	90	100	7	7.78

Nhận xét:

- Các BN được thực hiện gây xơ hoá lỗ rò ở các thời điểm khác nhau sau giai đoạn viêm nhiễm. Trong đó, nhóm < 1 tuần có tỷ lệ cao nhất là 54.44%.

- Số lượng BN bị thất bại, tái phát có tỷ lệ cao nhất nếu thời gian ổn định trước phẫu thuật từ 1 - 4 tuần, tuy nhiên sự khác biệt này *không có ý nghĩa thống kê* với $p > 0.05$.

3.2.8.2. Giải quyết ổ viêm trong khi gây xơ hoá

Bảng 3.29. Đánh giá việc giải quyết ổ viêm trong PT gây xơ hoá

Giải quyết ổ viêm trong khi gây xơ hoá	Số BN được gây xơ hoá		Số BN bị thất bại, tái phát	
	n	%	n	%
BN còn ổ viêm, chưa được giải quyết triệt để	2	2.22	2	100
BN còn ổ viêm, được giải quyết triệt để	3	3.33	0	0.0
BN không có ổ viêm	85	94.44	5	5.88
Tổng số	90	100	7	7.78

Nhận xét: Trong số 5 BN còn ổ viêm (tại thời điểm gây xơ hoá), có 2 BN không được giải quyết triệt để đều bị thất bại, còn 3 BN đã được giải quyết triệt để đều không bị thất bại, tái phát.

3.2.8.3. Điều trị nội khoa trước phẫu thuật

Bảng 3.30. Đánh giá việc điều trị nội khoa trước phẫu thuật

Điều trị nội khoa trước phẫu thuật	Số BN được gây xơ hoá		Số BN bị thất bại, tái phát	
	n	%	n	%
Có được điều trị	49	54.44	5	10.20
Không được điều trị	41	45.56	2	4.88
Tổng số	90	100	7	7.78

Nhận xét: Trong số 49 BN đã được điều trị nội khoa trước khi thực hiện phẫu thuật, vẫn có 5 BN bị thất bại hoặc tái phát, chiếm tỷ lệ 10.20%. Con số này ở nhóm không điều trị gì là 4.88% (2/41 BN). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

3.2.8.4. Nhận xét về cấu trúc giải phẫu trong phẫu thuật.

Bảng 3.31. Nhận xét về cấu trúc giải phẫu trong phẫu thuật.

Cấu trúc giải phẫu trong phẫu thuật	Số BN được gây xơ hoá		Số BN bị thất bại, tái phát	
	n	%	n	%
Xoang lê hẹp và sâu (khó bộc lộ đáy)	13	14.44	4	30.76
Xoang lê nông (dễ bộc lộ đáy)	77	85.56	3	3.90
Tổng số	90	100	7	7.78

Nhận xét: Số BN có cấu trúc giải phẫu của xoang lê hẹp và sâu (do đó khó bộc lộ đáy) chỉ là 13/90 BN (chiếm tỷ lệ 14.44%) nhưng tỷ lệ thất bại, tái phát ở nhóm này lên tới 30.76%. Trong khi đó, chỉ có 3.90% (3/77 BN) ở nhóm có xoang lê nông bị tái phát. Sự khác biệt giữa hai nhóm rất có ý nghĩa

thống kê, với $p < 0.001$.

3.2.8.5. Số ngày đặt xông mũi dạ dày.

Bảng 3.32. Đánh giá về số ngày đặt xông mũi dạ dày.

Số ngày đặt xông mũi dạ dày	Số BN được gây xơ hoá		Số BN bị thất bại, tái phát	
	n	%	n	%
3 - 5 ngày	15	16.67	0	0.00
6 - 8 ngày	72	80.00	6	8.33
> 8 ngày	3	3.33	1	33.33
Tổng số	90	100	7	7.78

Nhận xét:

- Đa số BN được đặt xông mũi dạ dày trong 6-8 ngày (72 BN, 80%). Một số BN chỉ được đặt 3-4 ngày do bị tuột xông nhưng từ chối cho đặt lại.

- Mặc dù tỷ lệ thất bại, tái phát tăng cao ở nhóm BN đặt xông mũi dạ dày kéo dài, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.2.8.6. Số ngày băng ép vùng cổ.

Bảng 3.33. Đánh giá về số ngày băng ép vùng cổ.

Số ngày băng ép vùng cổ	Số BN được gây xơ hoá		Số BN bị thất bại, tái phát	
	n	%	n	%
4 -5 ngày	11	12.22	0	0.00
6-8 ngày	76	84.44	6	7.89
> 8 ngày	3	3.33	1	33.33
Tổng số	90	100	7	7.78

Nhận xét: Tương tự như việc đặt xông mũi dạ dày, đa số BN được băng ép vùng cổ trong 6-8 ngày (76 BN, 84.44%) và tỷ lệ thất bại, tái phát càng cao ở nhóm được băng ép càng lâu. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, ($p > 0.05$).

3.2.9. Phân tích đặc điểm các trường hợp thất bại, tái phát.

Bảng 3.34. Phân tích đặc điểm 7 trường hợp thất bại, tái phát.

Đặc điểm	BN bị thất bại sau lần gây xơ hóa 1						
	1	2	3	4	5	6	7
Tuổi	5	6	57	18	52	33	30
Giới	Nữ	Nữ	Nam	Nam	Nữ	Nam	Nam
Thời gian ổn định (tuần)	< 1	< 1	< 1	3	3	< 1	< 1
Còn ổ viêm/áp xe rõ trong khi PT	+	+	-	-	-	-	-
Giải quyết ổ viêm triệt để	-	-	-	-	-	-	-
Thuốc trước PT	+	+	+	-	-	+	-
Xoang lê hẹp, sâu	-	-	+	+	-	+	+
Số ngày đặt xông mũi dạ dày	7	7	7	10	6	6	7
Số ngày băng ép vùng cổ	7	7	7	10	6	6	7
Bệnh toàn thân (đái tháo đường)	-	-	-	-	+	-	-
Số tháng từ khi PT gây xơ hóa đến khi tái phát	1	1	4	3	1	2	1

Nhận xét:

Qua bảng thống kê nói trên và thực tế lâm sàng khi gây xơ hoá, chúng tôi hướng tới các nguyên nhân gây ra thất bại, tái phát ở các BN như sau:

+ Do ổ viêm còn sót lại không được giải quyết triệt để tại thời điểm gây xơ hóa: có 2 BN (số 1, 2).

+ Do có bệnh lý toàn thân là đái tháo đường: có 1 BN (số 5)

+ Do cấu trúc xoang lê hẹp và sâu: Có 4 BN (số 3, 4, 6, 7)

3.2.10. Đánh giá kết quả chung phương pháp đóng miệng lỗ rò (bằng biện pháp gây xơ hóa).

Chúng tôi đánh giá kết quả chung của phương pháp đóng miệng lỗ rò (bằng biện pháp gây xơ hóa) theo các tiêu chí trong bảng 2.3 (trang 45) cho kết quả như sau:

Bảng 3.35. Đánh giá kết quả chung phương pháp gây xơ hóa lỗ rò

Mức độ đánh giá	n	%
Rất tốt	11	12.22
Tốt	72	80.00
Trung bình	7	7.78
Kém	0	0.00
Tổng số	90	100

Nhận xét:

- Tỷ lệ BN đạt mức độ tốt và rất tốt là 92.22%, trong đó rất tốt là những BN không bị sẹo vùng cổ.
- Có 7.78% số BN ở đạt mức trung bình vì phải gây xơ hóa 2 lần. Không có BN bị ở mức kém.

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1. MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI CỦA RÒ XOANG LÊ TÁI PHÁT

4.1.1. Một số đặc điểm chung

4.1.1.1. Đặc điểm về số lượng BN vào viện, tuổi và giới.

** Về số lượng BN vào viện:*

Nghiên cứu này bao gồm 90 BN được chẩn đoán rò xoang lê vào nhập viện và phẫu thuật gây xơ hóa tại BV Tai Mũi Họng TW trong khoảng thời gian từ tháng 2/2014 đến tháng 12/2015 (23 tháng), được theo dõi đến tháng 6/2017. Đây là 1 tỷ lệ khá cao nếu so sánh với các báo cáo của các tác giả Âu Mỹ. Một nghiên cứu tại Tây Ban Nha trên 183 BN nang và rò khe mang trong vòng 20 năm, từ 1970 đến 1990, nhưng không thấy có bất kỳ BN rò xoang lê nào [90]. Ngoài ra, rất nhiều các tác giả khác chỉ *báo cáo 1 trường hợp* (case report) như các báo cáo của Stenquist ở Hà Lan [91], của Burge ở Úc [36], của Rajbhandari ở Nepal [92], của Di Nardo ở Ý [93], của Dziegielewski ở Canada [65], của Ghaemi ở Iran [94], của Al-Shaiji ở Saudi Arabia [76], của Cieszyński ở Ba Lan [95], của Hunchaisri ở Thái Lan [96]... Chính vì vậy, trong bài báo xuất bản năm 2014, tác giả MacLean vẫn tin rằng số lượng các BN bị rò xoang lê là rất hiếm gặp, với khoảng hơn 200 BN đã được báo cáo từ trước tới nay [79]. Thống kê có lẽ đầy đủ nhất của Nicoucar tất cả các bài báo xuất bản bằng tiếng Anh trên thế giới về rò xoang lê trong gần 40 năm, từ năm 1968 đến 2006 cũng chỉ có 177 bài, với tổng số 526 BN [33].

Ngược lại với các tác giả Âu Mỹ, các báo cáo gần đây của các tác giả ở một số nước châu Á như Nhật Bản, Trung Quốc, Hàn Quốc, Việt Nam... cho thấy *số lượng* và *tỷ lệ* các BN rò xoang lê trong nhóm bệnh lý nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên cao hơn hẳn:

- Thống kê trong giai đoạn 1979 đến 1989, có 16 trường hợp rò xoang lê vào điều trị tại BV Chang Gung, Đài Loan [97].

- Trong nghiên cứu 76 BN có bệnh lý nang và rò mang vùng cổ bên của Lê Minh Kỳ giai đoạn 1996-2002, rò xoang lê chiếm tỷ lệ tới 73,68% với 56 BN [6].

- Tác giả Teo và cộng sự thống kê 28 trẻ em đã được phẫu thuật 30 bất thường vùng mang, thấy tỷ lệ bất thường từ cung mang I là 23.3%, từ cung mang II là 16.7%, từ cung mang III và IV (rò xoang lê) là 50%. Còn 10% không xác định được chính xác nguồn gốc từ cung mang nào [98].

- Xiao đã tổng kết 165 BN rò xoang lê điều trị tại 1 trung tâm ở Trung Quốc trong thời gian 14 năm từ 1999-2013 [4].

- Chúng tôi thống kê trong 4 năm (2009-2012) đã có 250 BN rò xoang lê vào điều trị tại BV Tai Mũi Họng TW với 325 lượt [34].

- Gần đây nhất (năm 2018), Wang và cộng sự báo cáo 112 BN rò xoang lê vào viện điều trị trong thời gian 2013-2016 ở Trung Quốc [5].

** Về tuổi vào viện:*

Trong nghiên cứu này, tuổi vào viện cũng chính là tuổi BN được thực hiện điều trị theo phương pháp gây xơ hóa lỗ rò xoang lê. BN ít tuổi nhất vào viện là 16 tháng tuổi, nhiều tuổi nhất là 68 tuổi, tuổi trung bình khi vào viện là 14.30 ± 12.57 tuổi. Các số liệu này cũng tương đồng khi so sánh với các tác giả khác: nghiên cứu của Võ Lâm Phước, tuổi trung bình là 13.25 ± 14.62 (18 tháng – 57 tuổi) [99]. Tuổi vào viện theo thống kê trên 526 BN của Nicoucar là từ 0 - 69 tuổi, trung bình là 14 tuổi [33]. Một số tác giả khác đưa ra kết quả cao hơn của chúng tôi, như nghiên cứu của Miyauchi cho thấy tuổi trung bình vào viện là 22.7 tuổi [100]. Còn tác giả Park Joo Hyun và cộng sự báo cáo đã gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng TCA cho một trẻ ít tuổi hơn so với BN trong nghiên cứu của chúng tôi, khi chỉ mới 13 tháng tuổi [101].

** Về giới:*

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ giữa hai giới nam và nữ là như nhau (đều là 45 BN). So sánh với kết quả của các tác giả khác trong và ngoài nước, chúng tôi thấy nếu số lượng BN trong lô nghiên cứu không đủ lớn thì thường có sự chênh lệch nhau giữa hai giới. Theo báo cáo của Võ Lâm Phước khi nghiên cứu trên 28 BN, tỷ lệ nữ là 78.6% [99]. Còn Lê Minh Kỳ đã gặp tỷ lệ nữ là 42.86% khi nghiên cứu 56 BN rò xoang lê [6].

Chen nghiên cứu 9 BN thì có tới 8 BN là nữ (tỷ lệ lên tới 89%) [102].

Leboulanger nghiên cứu 20 BN, có 15 nữ (tỷ lệ 75%) [103].

Nghiên cứu của Sun trên 23 trẻ em bị RXL thấy tỷ lệ nữ là 69.57% [71].

Kim nghiên cứu 18 BN, có 61.11% là nữ [70].

Các nghiên cứu, thống kê khác trên số lượng lớn BN thì tỷ lệ nam/nữ khác biệt không nhiều, như trong hai nghiên cứu của tác giả Sheng trên 48 BN và 73 BN rò xoang lê có tỷ lệ nữ lần lượt là 54.16% và 47.95% [104], [55] hay thống kê của Nicoucar trên 526 BN thấy có 268 nữ (50.95%) và 258 nam (49.05%) [33]. Như vậy có thể kết luận không có sự khác biệt về giới trong số các BN bị rò xoang lê.

4.1.1.2. Tuổi khởi phát bệnh.

Rò xoang lê được xác định là *bệnh lý bẩm sinh* do sự phát triển bất thường của vùng mang trong thời kỳ phôi thai, vì vậy bệnh có biểu hiện tương đối sớm trong giai đoạn đầu đời. Khởi phát của rò xoang lê thường xuất hiện dưới 2 hình thức là dạng viêm nhiễm cấp tính, hay gặp ở lứa tuổi 3-10 tuổi, và dạng nang túi mang (*branchial pouch cyst*) ở vùng cổ bên, hay gặp ở lứa tuổi sơ sinh hoặc nhũ nhi với triệu chứng thở rít, thở khò khè hoặc khó thở do khối nang chèn ép vào đường thở. Một số trường hợp có thể biểu hiện là khối u nang vùng cổ bên, thường nằm ở bờ trước cơ ức đòn chũm, mật độ mềm, ấn không đau [33],[36],[37].

Số liệu ở bảng 3.2 cho thấy có tới 71.11% số BN có biểu hiện bệnh ở nhóm tuổi ≤ 10 tuổi và trong nhóm này, bệnh hay xuất hiện nhất khi trẻ được 1-3 tuổi và 5-7 tuổi (biểu đồ 3.1). Ngoài ra, chúng tôi gặp BN có tuổi khởi phát thấp nhất là 1 ngày tuổi và cao nhất là 67 tuổi. So sánh với các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự. Một nghiên cứu ở Hàn Quốc giai đoạn 1999 - 2011 trên 163 BN có bất thường khe mang cho thấy tuổi khởi phát bệnh trung bình của rò xoang lê là 11.9 tuổi (dao động từ 7 ngày - 50.5 tuổi) [105]. Nghiên cứu trên số lượng lớn bao gồm 526 BN rò xoang lê của Nicoucar, tuổi khởi phát trung bình là 9 tuổi (dao động từ 0 – 68 tuổi) [33].

Một số tác giả báo cáo các trường hợp có khởi phát rất sớm như Soriano-Ramos báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê khi mới 10 tháng tuổi [32]. Adams nêu ra 1 trường hợp soi tìm thấy lỗ rò xoang lê ở trẻ mới 18 ngày tuổi [21]. Hirata và cộng sự đã gặp BN khởi phát khi mới có 2 ngày tuổi với biểu hiện là có khối vùng cổ trái [49] còn Dinardo báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê phát hiện ngay từ khi mới đẻ do có kết hợp với hội chứng DiGeorge (suy giáp bẩm sinh và thiếu hụt miễn dịch tế bào) và BN được phẫu thuật lấy đường rò khi mới chỉ 2 tuần tuổi [106]. Về tuổi khởi phát ở người cao tuổi, tác giả Hyunsook Kim báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê biểu hiện lần đầu ở BN nam 69 tuổi [107] và gần đây Heyes báo cáo 1 BN nữ bị rò xoang lê có biểu hiện khởi phát khi đã 79 tuổi [108].

Câu hỏi đặt ra là vì sao có một số BN lại có khởi phát bệnh khá muộn như vậy? Và vì sao lại ít gặp khởi phát viêm nhiễm cấp tính ở lứa tuổi < 1 tuổi, mặc dù về lý thuyết, lỗ rò đã tồn tại từ trước khi trẻ được sinh ra?

Theo các tác giả, có 4 lý do có thể là nguyên nhân gây ra viêm nhiễm của đường rò xoang lê: *một là* các viêm nhiễm của đường hô hấp trên như viêm hầu họng, viêm amidan, viêm thanh quản... có thể lan rộng tới đường

rò; *hai là* do các đồ ăn cứng, sắc nhọn (như mảnh xương...) gây tổn thương trực tiếp tới đường rò; *ba là* một áp lực quá mức ở vùng hầu họng gây ra tổn thương vỡ ở đường rò và *bốn là* các chấn thương từ bên ngoài vào vùng cổ gây đung dập đường rò [2],[109].

Chúng tôi đưa ra thêm một giả thiết khác về nguyên nhân gây viêm nhiễm đường rò xoang lê là do có một **“mảnh thức ăn bị kẹt trong đường rò”**. Giả thiết này sẽ giải thích được các đặc điểm của bệnh trên thực tế lâm sàng:

- Mặc dù lỗ rò xuất hiện từ tuổi sơ sinh như một túi thừa, thức ăn sẽ luôn đi vào khi trẻ ăn uống nhưng có thể đi ra dễ dàng, nhất là thức ăn lỏng. Vì thế ở những trẻ dưới 1 tuổi, là lứa tuổi chỉ bú sữa (mẹ) là chính, sẽ ít gặp hiện tượng viêm nhiễm.

- Chỉ khi nào thức ăn đi vào miệng lỗ rò rồi bị kẹt trong đó không thể ra được mới gây ra hiện tượng viêm nhiễm. Và như vậy, có 1 tỷ lệ nhất định BN lớn tuổi mới bị **“kẹt thức ăn trong đường rò xoang lê”**. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi cũng đã gặp một số BN tình cờ phát hiện có lỗ rò xoang lê khi thực hiện nội soi chẩn đoán bệnh lý khác ở vùng hạ họng – xoang lê nhưng tiền sử chưa từng có hiện tượng viêm nhiễm áp xe ở vùng cổ.

- Trong lứa tuổi ≤ 10 tuổi, hay gặp khởi phát ở nhóm tuổi 1- 3 tuổi và 5- 7 tuổi là do ở giai đoạn này, trẻ bắt đầu chuyển từ chế độ chỉ bú sữa mẹ sang chế độ ăn dặm, thức ăn bắt đầu đặc dần lên và ở lứa tuổi bắt đầu đi học, nhiều trẻ có thể nhai không kỹ mặc dù răng đã tương đối hoàn chỉnh.

- Miệng lỗ rò thường to hơn đường rò theo kiểu hình phễu, tức là càng vào bên trong, đường rò càng thu nhỏ lại. Nếu miệng lỗ rò càng to thì biểu hiện lâm sàng cũng như mức độ, tần suất bị bệnh càng cao, vì khả năng bị **“kẹt mảnh thức ăn”** với các kích cỡ khác nhau càng lớn.

Tuổi khởi phát và tuổi vào viện có sự chênh lệch rõ rệt là do thời gian mang bệnh kéo dài.

4.1.1.3. Thời gian mang bệnh.

Thời gian mang bệnh phản ánh mức độ khó khăn trong chẩn đoán và/hoặc điều trị của một bệnh. Thời gian mang bệnh càng kéo dài chứng tỏ việc chẩn đoán và điều trị bệnh càng phức tạp. Trong nghiên cứu này, thời gian mang bệnh tính từ lúc bệnh khởi phát đến khi được *chẩn đoán xác định* trung bình là hơn 5 năm, cho đến khi được điều trị *phẫu thuật lần này* là gần 6 năm (cả hai dao động trong khoảng từ 1 tháng đến 46 năm), và vẫn có tới gần 20% số BN có thời gian mang bệnh kéo dài > 10 năm. Như vậy có thể nói rò xoang lê là một trong những bệnh lý khó chẩn đoán và điều trị. Đây cũng là tình hình chung khi so sánh với các tác giả khác trên thế giới. Một nghiên cứu hồi cứu trên 44 BN rò xoang lê đã điều trị tại BV Đại học Quốc gia Seoul cho thấy thời gian mang bệnh từ khi khởi phát đến khi chẩn đoán xác định là từ 1 tháng đến 39 năm, trung bình là 91.1 tháng (tương đương với hơn 7,5 năm) [110]. Còn trong một nghiên cứu khác ở Nhật Bản trên 11 BN rò xoang lê, thời gian này kéo dài từ 1 đến 165 tháng (gần 14 năm) [62]. Parida nghiên cứu 16 BN, thấy thời gian mang bệnh tính từ khi có triệu chứng khởi phát đến khi được phẫu thuật triệt để (cắt bỏ đường rò hoặc gây xơ hóa) là từ 1 - 7 năm, trung bình là 2,95 năm (35 tháng) [68]. Tác giả Shimazaki đã báo cáo 1 BN nữ 39 tuổi có thời gian mang bệnh tới 36 năm, bị tái phát liên tục phải chích rạch áp xe trên 10 lần mới được chẩn đoán xác định [109]. Kỷ lục về thời gian mang bệnh theo hiểu biết của chúng tôi có lẽ là của một BN nam 63 tuổi trong báo cáo của Yamashita, với thời gian mang bệnh tới hơn 50 năm [111].

Tuy nhiên ở Việt nam gần đây bệnh có xu hướng được phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm, vì có khá nhiều BN trong nghiên cứu này có thời gian mang bệnh chỉ dưới 1 tháng, bao gồm 26 BN (28.89%) ở nhóm tính đến khi được chẩn đoán xác định và 18 BN (20%) ở nhóm tính đến khi được phẫu thuật lần này.

4.1.1.4. Tháng và mùa có đợt bệnh.

Thống kê về tháng và mùa có đợt bệnh trong năm ở tất cả các BN, chúng tôi chỉ xác định được thời gian chính xác ở 75 lượt khởi phát và 104 lượt tái phát (có nhiều BN không nhớ được thời điểm bị bệnh trong năm do bị đã quá lâu hoặc diễn biến quá nhiều lần). Biểu đồ 3.2 cho thấy bệnh có xu hướng bị nhiều vào các tháng 6,7 và tháng 10,11. Sự khác biệt về tháng bị bệnh rất có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm. Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm với nhau thì không có sự khác biệt rõ rệt. Thời gian bị bệnh nhiều vào các tháng 6,7 và 10,11, có lẽ là do đây là thời điểm bắt đầu mùa hè và mùa đông ở miền Bắc Việt Nam, khi thời tiết có sự thay đổi đột ngột, bệnh nhiễm trùng của đường hô hấp trên có xu hướng tăng lên, các vi khuẩn ở mũi họng dễ xâm nhập vào đường rò gây ra bệnh cảnh nhiễm trùng.

Tác giả Miyauchi cũng cho rằng bệnh hay bị vào mùa thu đông, sau 1 nhiễm trùng của đường hô hấp trên [2]. Còn Madana thì thấy rằng bệnh có liên quan đến các đợt viêm nhiễm mũi họng và đường hô hấp trên [46]. Nhiều tác giả khác cũng đưa ra nhận xét là vi khuẩn gây bệnh trong viêm tấy, áp xe rò xoang lê phần lớn là vi khuẩn của họng miệng như liên cầu, tụ cầu, phế cầu...[2],[32],[53],[64]. Seok và cộng sự nhận xét thấy có tới 2/3 số BN có vi khuẩn gây bệnh là vi khuẩn ở họng miệng, gợi ý nguyên nhân của các đợt viêm nhiễm là do thức ăn và chất xuất tiết của đường hô hấp và tiêu hóa trên [105]. Vì vậy để điều trị bệnh, có tác giả như Stenquist đã phải thực hiện cắt amidan cho một trẻ nữ 13 tuổi vì bị rò xoang lê tái phát nhiều lần để giảm viêm nhiễm ở mũi họng [91]. Tương tự như vậy, Blackwell cũng báo cáo 1 trường hợp BN nam 16 tuổi, trong thời gian 8 năm bị bệnh đã trải qua 15 lần phẫu thuật để chẩn đoán và điều trị rò xoang lê, trong đó đã có 1 lần được cắt amidan để loại trừ ổ viêm nhiễm [66]. Một số tác giả còn thấy có nấm *actinomyces* (nấm tia), là loại nấm thường chỉ có ở răng miệng, xuất hiện

trong ổ áp xe rò xoang lê [107],[112].

4.1.1.5. Chẩn đoán của tuyến trước.

Trong số các BN đã qua khám tại các cơ sở y tế tuyến dưới mà chủ yếu là tuyến tinh hoặc thành phố, chỉ có hơn 30% số BN được chẩn đoán chính xác là rò xoang lê. Còn lại có tới 52 BN (57.78%) bị chẩn đoán nhầm là bệnh lý khác như viêm hoặc áp xe tuyến giáp... Trong số đó có 14.45% số BN bị chẩn đoán nhầm với các bệnh khác hẳn như u nang giáp lưỡi bội nhiễm, viêm/áp xe hạch cổ, u bã đậu, thậm chí là rò tuyến giáp do lao hạch... Tương tự như vậy, Koo cũng báo cáo 1 trẻ 9 tuổi bị rò xoang lê đã bị chẩn đoán nhầm là lao hạch trước khi có chẩn đoán xác định qua nội soi [112].

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nhất của cơ thể với 3 đặc điểm là có 2 lớp vỏ bao bảo vệ, có hệ thống mạch máu phong phú và môi trường có nồng độ iod cao nên tuyến giáp rất ít khi bị viêm tấy nhiễm trùng hoặc áp xe, hóa mủ [15]. Womack thậm chí đã thực hiện thử nghiệm tiêm liên cầu và tụ cầu được nuôi cấy thuần khiết vào ĐM giáp trên của chó nhưng vẫn không gây được nhiễm trùng cho tuyến giáp [113]. Nghiên cứu của Miyauchi trên 139 BN được chẩn đoán viêm tuyến giáp cấp mủ thì có tới 135 BN (97.12%) có rò xoang lê. Chỉ có 4 BN có bệnh lý khác, bao gồm 3 BN có u tuyến giáp bội nhiễm (2 sau chọc hút kim nhỏ, 1 sau nhiễm trùng huyết) và 1 BN bị ung thư thực quản lan rộng có lỗ thủng xâm lấn vào tuyến giáp [114]. Vì vậy mà Broadney đã khuyến nghị cần nghĩ tới nguyên nhân rò xoang lê đối với các BN bị viêm tuyến giáp cấp, nhất là ở bên trái [115].

Từ những năm 80 của thế kỷ trước, một số tác giả người Nhật Bản như Furukawa và Miyauchi đã đưa ra nhận định lỗ rò xoang lê là nguồn gốc gây ra các đợt viêm hoặc áp xe của tuyến giáp [82],[100]. Hồi cứu lại trong y văn các báo cáo về viêm tuyến giáp cấp mủ, áp xe tuyến giáp... cũng rất hiếm gặp. Theo Yu và De Sousa, trong giai đoạn 1900 - 1980, chỉ có 224 trường

hợp đã được báo cáo, còn từ năm 1980 đến 1997, có 191 trường hợp được báo cáo và đa phần trong số này là trẻ em [116],[117].

4.1.1.6. Yếu tố gia đình và các bệnh lý rò khác kèm theo.

Rò xoang lê không phải là bệnh có tính chất di truyền. Bằng chứng là trong nghiên cứu này, cũng như các nghiên cứu khác trong và ngoài nước đã công bố, không có BN nào có người thân có cùng quan hệ huyết thống (như bố, mẹ, anh chị em ruột hoặc con đẻ...) cũng bị rò xoang lê.

Các bệnh lý rò hoặc dị tật bẩm sinh khác như rò giáp lưỡi, rò luân nhĩ... kèm theo cũng rất hiếm gặp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp BN nào có rò luân nhĩ, nang rò giáp lưỡi hay các rò khe mang khác đi cùng.

Theo nghiên cứu của Vũ Sản trên 52 BN nang rò cổ bên bẩm sinh thì chỉ có 1 trường hợp BN có chị gái bị rò vùng cổ tương tự (nhưng không phải là rò xoang lê) và 1 BN có dị tật điếc câm bẩm sinh kèm theo [7]. Lê Minh Kỳ cũng không gặp BN nào có rò luân nhĩ hay dị dạng khác trong số 56 BN rò xoang lê được nghiên cứu [6].

Năm 1979, khi bệnh lý về rò xoang lê chưa được biết đến nhiều, Anand và cộng sự báo cáo 7 trường hợp rò khe mang ở cổ bên trong một gia đình với 4 thế hệ, nhưng phần lớn là rò khe mang II [118]. Còn Garrel đã báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê đã được phẫu thuật rò giáp lưỡi trước đó [119]. Điều đó cho thấy BN có thể có bệnh lý rò giáp lưỡi kèm theo với rò xoang lê. Tuy nhiên cũng chưa loại trừ khả năng BN bị chẩn đoán nhầm trong giai đoạn đầu của bệnh, giống như báo cáo của Chen với 2 BN có biểu hiện ở cổ trước nên đã bị chẩn đoán nhầm là rò giáp lưỡi bội nhiễm, trong đó có 1 BN đã được phẫu thuật theo phương pháp Sistrunk [102]. Ngoài ra, rò xoang lê còn có thể gặp ở BN có suy giáp bẩm sinh và thiếu hụt miễn dịch tế bào (hội chứng DiGeorge) [106].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1. Lý do vào viện.

Trong nghiên cứu này, triệu chứng chính làm BN phải vào viện chủ yếu là sung đau cổ bên, với tỷ lệ 100% ở nhóm bị lần đầu và 96.77% ở nhóm tái diễn. Chỉ có một số ít BN phải vào viện là vì có lỗ rò chảy dịch ở vùng cổ bên và tất cả số này đều ở nhóm tái diễn.

Các tác giả Việt nam như Lê Minh Kỳ, Đoàn Tiên Thành, Hà Danh Đạo... đều gặp 100% khởi phát là viêm tấy vùng cổ bên [6],[40],[54].

Theo báo cáo của tác giả Cha và cộng sự nghiên cứu 44 BN rò xoang lê, thấy lý do vào viện chủ yếu là sung đau cổ tái phát (90.9%), còn lại là chảy dịch vùng cổ (6.8%) và liệt dây thanh cùng bên tổn thương (2.3%) [110].

Ngoài ra có thể thấy với từng nhóm lứa tuổi khác nhau, lý do vào viện của bệnh lý rò xoang lê cũng khác nhau. Lứa tuổi sơ sinh ít khi gặp nhiễm trùng vùng cổ mà thường là các khối u nang vùng cổ bên hoặc vùng hạ họng gây khó thở, thở rít do chèn ép. Còn ở lứa tuổi trẻ nhỏ, lý do vào viện thường là áp xe cổ bên hoặc viêm tuyến giáp cấp mủ tái phát nhiều đợt, thường sau các đợt nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. Ngoài ra lý do vào viện do có lỗ rò thường gặp ở trẻ lớn hoặc người lớn, mà nguyên nhân là do bị nhiều đợt viêm nhiễm áp xe rồi tự vỡ mủ hay đã được can thiệp chích rạch dẫn lưu. Đây cũng là nhận định của nhiều tác giả [33],[55],[120], [121],[122]...

4.1.2.2. Thân nhiệt khi vào viện.

Các số liệu trong nghiên cứu này cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về các mức độ của thân nhiệt BN khi vào viện của nhóm bị lần đầu (28 BN) so với các đợt tái diễn của bệnh (62 BN). Nếu như ở nhóm bị lần đầu, đa số hay gặp mức thân nhiệt là $> 38^{\circ}$ (85.71%) thì ở nhóm bị đợt tái diễn, đa số hay gặp lại là $< 38^{\circ}$ (72.58%). Sự khác biệt về triệu chứng sốt giữa hai nhóm rất có ý nghĩa thống kê ở mức $p < 0.0001$.

Nguyên nhân có sự khác biệt như vậy giữa hai nhóm được giải thích là do ở nhóm khởi phát, ổ viêm nhiễm vùng cổ với cấu trúc mô bình thường sẽ có tính chất mạnh mẽ hơn là trên nền viêm mạn (ở nhóm tái diễn). Hơn nữa, ở nhóm tái diễn nếu đã có sự thông thương với bên ngoài (có lỗ rò) thì phản ứng viêm sẽ nhẹ nhàng hơn do dịch viêm không bị tích tụ lại như các BN bị bệnh lần đầu. Ngoài ra, các BN bị đợt tái diễn cũng sẽ có thái độ điều trị tích cực hơn ngay từ đầu khi mới có biểu hiện bị lại nhằm tránh các đau đớn khó chịu do bị viêm tấy, áp xe vùng cổ mà họ đã trải qua trước đó.

4.1.2.3. Triệu chứng cơ năng.

Các triệu chứng cơ năng khác của rò xoang lê trong nghiên cứu này gồm có: đau vùng cổ, khạc mủ, tụt vỡ mủ, khó thở và rò dịch vùng cổ. Khi so sánh giữa hai nhóm với nhau, chúng tôi thấy chỉ có triệu chứng *đau vùng cổ* và *khó thở* là khác nhau không có ý nghĩa. Còn các triệu chứng *khạc mủ*, *tụt vỡ mủ* và *rò dịch vùng cổ* lại khác nhau có ý nghĩa thống kê ở các mức độ khác nhau.

Triệu chứng *đau vùng cổ* gặp đa số ở cả 2 nhóm (chiếm tỷ lệ tới > 96%) vì đó là biểu hiện chính của hiện tượng viêm tấy/áp xe vùng cổ. Còn triệu chứng *khó thở* lại tương đối hiếm gặp, chỉ khoảng 1-3% số BN rò xoang lê vì nguyên nhân gây khó thở là do khối viêm ở vùng cổ quá to chèn ép vào đường hô hấp và thường gặp ở trẻ nhỏ. Evans cũng đã báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê ở trẻ 4 tháng tuổi với biểu hiện khó thở, sốt cao, nôn nhiều, ăn uống kém [123].

Trong nhóm tái diễn, chúng tôi hay gặp triệu chứng *tụt vỡ mủ* và *rò dịch vùng cổ*. Nguyên nhân có lẽ là do có nhiều đợt viêm nhiễm trước đó, hoặc do các lần chích rạch dẫn lưu hay PT, nên mủ từ khối áp xe dễ tìm đường thoát ra ngoài, gây ra hiện tượng tụt vỡ mủ hoặc có lỗ rò chảy dịch. Triệu chứng *khạc mủ* gặp nhiều hơn ở nhóm khởi phát có lẽ là do ở giai đoạn khởi phát, các cấu trúc giải phẫu vùng cổ còn tương đối nguyên vẹn nên khối áp xe khó

tìm đường thoát ra ngoài qua da mà hay vỡ vào trong hạ họng, xoang lê. Ruggeri cũng báo cáo 1 trường hợp trẻ 11 tuổi bị rò xoang lê có triệu chứng khạc mủ ra từ họng trong lần viêm tuyến giáp cấp đầu tiên [124].

Theo nghiên cứu của Seok và cộng sự, BN rò xoang lê có các triệu chứng và tỷ lệ tương ứng là sung đau cổ (100%), viêm tuyến giáp mủ hoặc áp xe vùng cổ (93.3%), nuốt vướng (53.3%), khó thở (6.7%) [105]. Các báo cáo về triệu chứng rò dịch vùng cổ đều xuất hiện sau khi phẫu thuật lấy đường rò hoặc chích rạch ổ áp xe ở vùng cổ và dịch rò ra thường là sữa hoặc thức ăn: Burge sau khi phẫu thuật cho 1 trẻ sơ sinh bị rò xoang lê với biểu hiện là nang túi mang vùng cổ trái thấy có hiện tượng chảy sữa ra vết mổ khi được cho ăn [36]. Lin cũng báo cáo có tới 3 trong 16 BN rò xoang lê bị rò thức ăn ra da sau khi phẫu thuật [97]. Còn Hirata đã gặp 1 BN bị rò sữa ra cổ sau khi chích rạch áp xe [49]. Hay như Patel báo cáo 1 BN nam 42 tuổi có triệu chứng rò ra vùng cổ khi uống chất chỉ thị màu *xanh methylen* sau khi có nhiều đợt viêm nhiễm ở vùng cổ từ năm 1 tuổi và đã phải can thiệp ngoại khoa nhiều lần [47].

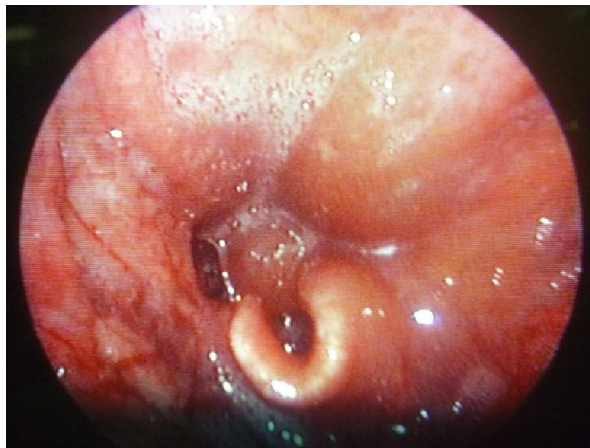
Ngoài ra có thể thấy một số triệu chứng cơ năng hiếm gặp khác như trong báo cáo của Gibbs về một BN nữ 30 tuổi bị rò xoang lê có các triệu chứng là *đau tai, nuốt khó, buồn nôn và nôn*. Đau tai và nuốt khó xuất hiện khi ăn đồ rắn và tăng lên trong bữa ăn, không xuất hiện khi BN nhin ăn. Các triệu chứng này cũng mất đi sau khi BN được điều trị bằng phẫu thuật [125].

4.1.2.4. Triệu chứng thực thể.

Trong số các triệu chứng thực thể hay gặp nhất được thống kê trong bảng 3.8, có 3 triệu chứng xuất hiện ở cả hai nhóm là sung tấy, áp xe vùng cổ và phù nề vùng xoang lê, sụn phễu, trong đó chủ yếu là *sung tấy vùng cổ bên* gặp 100% ở nhóm khởi phát và 96.77% ở nhóm tái diễn.

Nếu BN vào viện ở giai đoạn muộn hơn thì hiện tượng sung tấy sẽ chuyển thành khối *áp xe vùng cổ*, chúng tôi gặp 67.86% ở nhóm khởi phát và

70.87% ở nhóm tái diễn. Còn triệu chứng *phù nề vùng xoang lê, sụn phễu* ít gặp hơn, với tỷ lệ chỉ khoảng hơn 10% ở cả hai nhóm, một phần còn vì đa số BN là trẻ em nên không đánh giá được vùng hạ họng xoang lê thông qua soi gián tiếp, nhất là ở giai đoạn viêm cấp. Sự khác biệt về ba triệu chứng này giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).



Hình 4.1. Phù nề vùng xoang lê, sụn phễu (SBA 11022).

Ngoài ra, có hai triệu chứng chỉ xuất hiện ở trong nhóm tái diễn là *khối xơ sẹo vùng cổ* và *lỗ rò ngoài da* với tỷ lệ tương ứng là 69.35% và 11.39%. Sự khác biệt về hai triệu chứng này giữa hai nhóm rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$ và 0.01). Khối xơ sẹo là hậu quả của các lần chích rạch áp xe hoặc phẫu thuật trước đây, hoặc do tự vỡ mũ, còn lỗ rò ngoài da cũng chỉ là lỗ rò thứ phát. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có lỗ rò nguyên phát ngoài da. Như vậy có thể nói rò xoang lê không bao giờ có biểu hiện là lỗ rò ngoài da ở vùng cổ nguyên phát. Đây là 1 trong những đặc điểm để chẩn đoán phân biệt rò xoang lê với các rò khe mang khác như rò khe mang II...

Các tác giả nước ngoài cũng có nhận định tương tự. James và cộng sự nghiên cứu 17 BN, cũng không thấy có trường hợp nào có lỗ rò nguyên phát ở cổ. Tác giả cho rằng bệnh lý mà ta quen gọi là rò xoang lê không phải là rò

thực sự (phải có sự thông thương giữa bên trong họng với ngoài da) giống như đường rò khe mang II (rò amidan) mà chỉ là dạng xoang mang [126]. Lu cũng chỉ gặp 3 trường hợp BN có lỗ rò vùng cổ xuất hiện sau phẫu thuật [30]. Sheng, nghiên cứu trên 73 BN rò xoang lê, thấy rằng lỗ rò ngoài da thường gặp ở trẻ lớn hoặc người lớn và là hậu quả của nhiều đợt viêm nhiễm và can thiệp phẫu thuật như chích rạch áp xe [55]. Tương tự như vậy, Narcy và cộng sự cũng nhận định lỗ rò bên ngoài chỉ xuất hiện sau khi viêm cấp có mũ [8]. Mankekar báo cáo 1 BN rò xoang lê với triệu chứng của đợt khởi phát là sưng tấy vùng cổ trái, sốt, nuốt đau. Sau khi điều trị kháng sinh và phẫu thuật vẫn có các đợt tái phát với biểu hiện khi vào viện là có lỗ rò vùng cổ tại vị trí sẹo phẫu thuật [121]. Pereira cũng báo cáo 1 trường hợp trẻ 11 tháng tuổi bị rò xoang lê, sau khi phải chích rạch dẫn lưu áp xe vùng cổ 3 lần đã xuất hiện lỗ rò ngoài da tại vị trí chích rạch và có chảy dịch ra ngoài khi ăn uống [122].

Ngoài các triệu chứng hay gặp nói trên, một số triệu chứng hiếm gặp khác, hoặc được coi là biến chứng của rò xoang lê đã được báo cáo trong y văn gồm có:

- *liệt thần kinh vận nhãn ngoài* (dây VI): Kageyama và cộng sự báo cáo 1 trường hợp liệt dây VI có liên quan đến sưng vùng cổ trái do rò xoang lê. Các tác giả cho rằng do viêm tuyến giáp cấp mũ bên trái đã làm gia tăng dòng chảy bù của tĩnh mạch hoặc do tăng áp lực nội sọ dẫn tới liệt TK vận nhãn ngoài [127].

- *tăng huyết áp*: Broadney báo cáo một trường hợp trẻ 3 tuổi bị áp xe tuyến giáp do rò xoang lê, kèm theo có triệu chứng tăng huyết áp với số đo là 140/103, có lúc lên đến 165/98 mmHg, và mạch nhanh lên tới 170 lần/phút. Nguyên nhân được giải thích là do ở một số ít trường hợp BN có áp xe tuyến giáp sẽ gây *nhễm độc giáp*, từ đó gây ra tăng huyết áp, mạch nhanh [115].

- *Áp xe trung thất và viêm mũ màng phổi*: Yamakawa đã báo cáo một trường hợp ở trẻ 13 tuổi mà khởi phát là do rò xoang lê [128], còn Murdoch cũng báo cáo một trẻ 19 tháng tuổi bị rò xoang lê, ngay trong đợt viêm nhiễm đầu tiên của bệnh đã gây áp xe trung thất và viêm mũ màng phổi [129].

- *Tràn khí trung thất*: Evans còn gặp một trường hợp tràn khí trung thất gây suy hô hấp cấp ở một trẻ 4 tháng tuổi cũng do rò xoang lê [123].

- *Áp xe dưới niêm mạc thực quản*: Koyama và cộng sự báo cáo một trường hợp BN nam 41 tuổi bị áp xe dưới niêm mạc thực quản do rò xoang lê và đã được chích dẫn lưu áp xe qua đường nội soi thực quản [78].

- *Viêm tuyến giáp do nấm actinomyces (nấm tia)*: Hai báo cáo của hai nhóm tác giả người Hàn Quốc mô tả một BN nam 69 tuổi bị rò xoang lê với biểu hiện là viêm tuyến giáp do nấm tia *actinomyces* với các triệu chứng đau họng bên trái, người mệt mỏi và gầy sút 2 kg trong khoảng 6 tuần [107] và một trẻ 9 tuổi bị rò xoang lê với biểu hiện có khối vùng cổ trái nhưng không đau, không sốt, điều trị kháng sinh không có tác dụng. Sau khi chích rạch dẫn lưu mũ, làm XN vi sinh thấy có nấm *actinomyces* [112].

- *Phát hiện một cách tình cờ*: Trong số 8 BN rò xoang lê mà Liberman báo cáo, có 1 trường hợp tình cờ phát hiện khối bất thường ở tuyến giáp khi chụp MRI và 1 trường hợp chỉ có khối vùng cổ bên đơn thuần mà hoàn toàn không có biểu hiện lâm sàng gì đặc biệt [130].

4.1.2.5. Số lần viêm nhiễm trước khi vào viện.

Trong số 90 BN vào viện trong nghiên cứu này, chỉ có 28 BN (31.11%) là bị bệnh lần đầu, còn lại hơn 2/3 số BN là các đợt tái diễn của bệnh. Nếu chỉ tính trong nhóm tái diễn thì chiếm đa số là đã viêm nhiễm từ 1-5 lần (48/62 BN, 77.42%). Số lần đã viêm nhiễm trung bình là 3.02 ± 4.01 , cá biệt có BN đã bị viêm nhiễm đến 25 lần. Bên cạnh đó, có tới 23/90 BN (25,56%) trong

nhóm nghiên cứu đã từng được tiến hành các điều trị triệt để trước đó từ 1-4 lần mà vẫn bị tái phát.

Có nhiều đợt tái diễn bệnh kể cả đã được điều trị triệt để, cùng với thời gian nằm viện kéo dài là những yếu tố không những làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN rò xoang lê mà còn làm tăng gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội.

Các tài liệu nước ngoài cũng thể hiện tính chất hay tái phát của bệnh. Josephson đã mô tả 1 trẻ nhi 7 tuổi đã được phẫu thuật 5 lần, trong đó có 3 lần điều trị triệt để (1 lần phẫu thuật đường ngoài có cắt thùy tuyến giáp, 2 lần PT đường ngoài có kết hợp đốt hóa chất lỗ rò bên trong) nhưng vẫn có biểu hiện tái phát cả trên lâm sàng (sung đau vùng cổ bên) lẫn nội soi (vẫn còn lỗ rò). Sau đó BN đã được đốt lỗ rò bằng Laser CO2, kết hợp khâu bằng chỉ chromic. Soi lại sau 6 tháng lỗ rò kín, theo dõi 4 năm không tái phát [9].

Trong nghiên cứu của Lu, có một BN 17 tuổi đã bị viêm nhiễm vùng cổ tới 10 lần và được can thiệp phẫu thuật tới 7 lần [30]. Trong số 9 BN mà Makino báo cáo, có 1 BN đã từng được chích rạch áp xe 6 lần và phẫu thuật “triệt căn” đường rò tới 3 lần và 1 BN khác đã phẫu thuật cắt bỏ đường rò 3 lần nhưng vẫn bị tái phát [53]. Patel báo cáo 1 trẻ em nam 9 tuổi, chỉ trong thời gian 7 năm mang bệnh, đã có 27 lần can thiệp vào vùng cổ, từ phẫu thuật thăm dò, chích rạch dẫn lưu ổ áp xe đến phẫu thuật cắt bỏ đường rò, nhưng sau đó đều có các đợt tái phát [47]. Cha và cộng sự nghiên cứu 44 BN, thấy có 30 BN (68.2%) có tiền sử phải chích rạch dẫn lưu áp xe và 13 BN (29.5%) đã phẫu thuật lấy đường rò trước đó [110]. Trong 73 BN rò xoang lê mà Sheng và cộng sự đã phẫu thuật, có 62 BN đã được chích rạch áp xe trước đó từ 1-12 lần, 16 BN đã được phẫu thuật lấy đường rò từ 1-2 lần [55].

4.1.2.6. Tính chất mũ trong ổ áp xe.

Trong nhóm 28 BN bị bệnh lần đầu, có 32.14% số BN chưa hình thành mũ, tức là diễn biến bệnh mới ở giai đoạn viêm tấy, chưa chuyển sang giai đoạn áp xe. Đây thực ra là tín hiệu đáng mừng vì điều đó có nghĩa BN đã được chẩn đoán và điều trị sớm khi mũ chưa hình thành. Ngược lại, ở nhóm tái phát, chỉ có khoảng 8% số BN vào viện ở giai đoạn chưa có mũ. Sự khác biệt giữa hai nhóm rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$). Nguyên nhân có lẽ là do ở nhóm tái diễn, ổ viêm hình thành trên một nền viêm mạn tính, cấu trúc giải phẫu vùng cổ không còn nguyên vẹn nên phản ứng viêm dễ xảy ra hơn, từ đó việc hình thành ổ mũ cũng sớm hơn so với nhóm BN bị bệnh lần đầu.

Với những BN đã hình thành mũ trong ổ viêm (đã sang giai đoạn áp xe), chúng tôi thấy ở cả hai nhóm đa số gặp mũ có mùi thối khẳn. Nếu xét riêng trong những BN đã có mũ thì tỷ lệ gặp mũ thối ở nhóm khởi phát là 18/19 BN (94.74%) và ở nhóm tái diễn là 51/57 BN (89.47%). Mũ có mùi thối khẳn thường là do các vi khuẩn yếm khí gây ra, giống như một nhiễm trùng do dị vật của đường ăn (hóc xương...), càng góp phần ủng hộ giả thuyết nguyên nhân viêm nhiễm của đường rò xoang lê là do vi khuẩn của họng miệng, cùng với thức ăn đã đi qua miệng lỗ rò vào đường rò, từ đó gây ra hiện tượng viêm tấy, áp xe. Tỷ lệ mũ thối ở nhóm tái diễn thấp hơn được giải thích là do một số BN trong nhóm này đã có lỗ rò ra ngoài nên mũ không bị ứ đọng lại tạo ra môi trường yếm khí.

4.1.2.7. Số lần tự vỡ mũ.

Nếu BN đến cơ sở y tế muộn và không được điều trị thích hợp, khối áp xe sẽ tự vỡ mũ tại vị trí lỏng lẻo nhất của ổ áp xe, thường là vỡ ra ngoài da hoặc vào vùng hạ họng xoang lê từ đó gây ra triệu chứng khạc mũ như đã phân tích ở trên. Trong nghiên cứu này, đa số BN ở nhóm khởi phát chưa bị vỡ mũ lần nào, với tỷ lệ là 82.14%. Chỉ có 5 BN (17.86%) là bị vỡ mũ 1 lần.

Ngược lại, ở nhóm tái diễn, chỉ có 67.74% số BN chưa bị vỡ mũ lần nào (khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm khởi phát), còn có tới 32.26% số BN bị vỡ mũ từ 1 lần trở lên, trong đó tỷ lệ BN bị vỡ mũ nhiều lần lên đến 19.36%. Điều này được giải thích là do ở nhóm tái diễn, cấu trúc giải phẫu vùng cổ không còn nguyên vẹn nên khi có ổ áp xe, mũ sẽ dễ phá ra ngoài hơn.

Các báo cáo của tác giả nước ngoài cũng ít đề cập đến hiện tượng tự vỡ mũ, có lẽ do sự chăm sóc y tế ban đầu ở tuyến cơ sở tốt hơn so với chúng ta. Trong số gần 400 bài báo về rò xoang lê mà chúng tôi tham khảo được, chỉ có một báo cáo của tác giả Blanks về trường hợp một BN nữ 15 tuổi có khối áp xe tự vỡ mũ sau đó tự liền [131].

4.1.2.8. Số lần được chích rạch ổ áp xe.

Ngược lại với những BN đến cơ sở y tế muộn, các BN đi khám và điều trị sớm sẽ hoặc là tránh được việc hình thành ổ áp xe, hoặc là được chích rạch dẫn lưu mũ một cách chủ động. Trong nhóm khởi phát, có 57.14% số BN được chích rạch dẫn lưu ổ áp xe vùng cổ khi nhập viện lần đầu và 42.86% chưa phải chích rạch dẫn lưu. Còn ở nhóm tái diễn, chỉ có 9.68% số BN chưa phải chích rạch dẫn lưu (sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.001$), còn lại có tới 90.32% số BN phải chích rạch từ 1 lần trở lên, trong đó phải chích rạch nhiều lần là 56.45%. Các số liệu này cho thấy ở nhóm tái diễn, ổ áp xe hình thành dễ dàng và nhanh chóng hơn so với nhóm khởi phát.

Việc tái phát áp xe nhiều lần phải chích rạch dẫn lưu cũng là tình hình chung trong các báo cáo của tác giả nước ngoài. Một nghiên cứu ở Trung Quốc trên 73 BN bị rò xoang lê cho thấy có 62 BN (84.93%) đã được chích rạch áp xe trước đó từ 1-12 lần và 16 BN (21.92%) đã được phẫu thuật lấy đường rò từ 1-2 lần [55]. Còn trong nghiên cứu của Cha và cộng sự trên 44 BN, thấy có 30 BN (68.2%) có tiền sử phải chích rạch dẫn lưu áp xe và 13 BN (29.5%) đã từng được phẫu thuật lấy đường rò trước đó [110].

4.1.2.9. Vị trí khối viêm/áp xe ở cổ.

Từ 92 - 95% số BN ở hai nhóm bị lần đầu và đợt tái diễn có biểu hiện ổ viêm nhiễm ở vùng *cổ bên*, phía trước cơ ức đòn chũm. Nguyên nhân là vì đường rò sau khi thoát ra ở đáy hoặc thành bên xoang lê sẽ chạy sát hoặc chui vào tuyến giáp để ra ngoài.

Còn lại 1 số ít BN (khoảng 5-8%) có biểu hiện ổ viêm ở phía sau cơ ức đòn chũm hoặc vùng *cổ trước*, *cổ thấp*. Đây là những trường hợp dễ bị chẩn đoán nhầm với các loại rò khác như rò giáp lưỡi. Sự khác biệt về vị trí viêm nhiễm ở vùng cổ không khác biệt khi so sánh *giữa hai nhóm với nhau*.

Một số tác giả nước ngoài cũng mô tả vị trí ổ viêm ở gần đường giữa hoặc ở vùng *cổ thấp*. Dutt mô tả 1 trường hợp rò xoang lê biểu hiện tại vị trí *cổ thấp* gần với hõm ức, tuy nhiên vẫn ở bờ trước cơ ức đòn chũm [132]. Jeyakumar cũng mô tả 1 trường hợp rò xoang lê biểu hiện ở vị trí *cổ thấp* [28] (hình 4.2), còn Furukawa báo cáo 1 trường hợp trẻ 5 tuổi với biểu hiện là khối viêm vùng *cổ trước* [82].

Chen cũng báo cáo 2 trường hợp rò xoang lê có biểu hiện ở *cổ trước*, do đó đã bị chẩn đoán nhầm là rò giáp lưỡi bội nhiễm, trong đó có 1 BN đã được phẫu thuật theo phương pháp Sistrunk [102].



Hình 4.2. Vị trí ổ viêm ở vùng cổ thấp [28].

4.1.2.10. Triệu chứng vùng cổ ngoài giai đoạn viêm nhiễm.

Ngoài giai đoạn viêm nhiễm, BN thường không có biểu hiện gì đặc biệt, vùng cổ gần như hoàn toàn bình thường. Tuy nhiên tỷ lệ BN giữa hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cụ thể: ở nhóm khởi phát tỷ lệ này là 100%, còn ở nhóm tái diễn, tỷ lệ này chỉ có 79.03%. Nguyên nhân là vì ở nhóm khởi phát, cấu trúc giải phẫu của vùng cổ còn tương đối nguyên vẹn.

Ngược lại, tỷ lệ sẹo xơ xấu cũng như có lỗ rò chảy dịch chỉ xuất hiện ở nhóm tái diễn. Rõ ràng là ở nhóm tái diễn, nhất là những BN bị đi bị lại nhiều lần, vùng cổ dễ có nguy cơ gặp sẹo xấu hoặc lỗ rò chảy dịch hơn so với nhóm khởi phát.

4.1.3. Đặc điểm nội soi xác định lỗ rò.

Nội soi xác định lỗ rò được coi là *tiêu chuẩn vàng* để chẩn đoán xác định rò xoang lê. Ngoài ra có thể dùng các phương pháp chẩn đoán khác như chụp thực quản có uống thuốc cản quang, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ [133]. Tuy nhiên do giá trị chẩn đoán không cao (nhiều trường hợp bị *âm tính giả*) và 2 phương pháp chẩn đoán sau có giá thành tương đối cao nên trong nghiên cứu này cũng như thực tế thực hành tại BV Tai Mũi Họng TW, chúng tôi chỉ sử dụng nội soi xác định lỗ rò là phương pháp chẩn đoán chính. Nghiên cứu của Parida cho thấy tỷ lệ phát hiện lỗ rò khi chụp phim có uống thuốc cản quang là 88.23%, còn với nội soi có optic phóng đại là 100% [68].

4.1.3.1. Số lần được nội soi đến khi chẩn đoán xác định.

Trong nghiên cứu này, có 92.22% số BN (83/90 BN) chỉ cần soi 1 lần là tìm thấy lỗ rò và 7.78% số BN vẫn phải soi từ 2 đến 3 lần mới phát hiện được lỗ rò. Số lần nội soi trung bình ở 1 BN là 1.10 ± 0.37 lần. Đây cũng là tình hình chung so với các nghiên cứu ở nước ngoài. Shimazaki báo cáo 2 trường hợp rò xoang lê đã được nội soi ống mềm tìm lỗ rò nhưng không thấy nên đã bị chẩn đoán muộn [109]. Chow báo cáo 1 BN rò xoang lê bên phải được soi

ống mềm dưới gây tê nhưng không phát hiện được lỗ rò. Chỉ đến khi được phẫu thuật sau đó 4 tháng, BN được soi lại dưới gây mê mới phát hiện ra lỗ rò [134]. Báo cáo của Liberman cho thấy trong 7 BN rò xoang lê đã được soi hạ họng thanh quản kiểm tra, có tới 5 trường hợp không phát hiện được lỗ rò trong lần soi đầu tiên, trong đó có 1 trường hợp dùng ống nội soi mềm [130].

Phân tích các nguyên nhân không phát hiện ra lỗ rò qua nội soi, chúng tôi thấy có nguyên nhân khách quan lẫn chủ quan. Nguyên nhân *khách quan* là do vùng hạ họng xoang lê vẫn còn phù nề (ở những BN được tiến hành nội soi trong giai đoạn viêm cấp), hoặc do có tổ chức hạt che lấp miệng lỗ rò (ở những BN bị đã lâu ngày) nên BS nội soi chưa thể kết luận một cách chắc chắn có lỗ rò xoang lê hay không. Với những BN này, chỉ cần điều trị qua giai đoạn viêm cấp, hoặc tiến hành nội soi dưới gây mê, bấm bỏ tổ chức hạt là tìm thấy lỗ rò. Còn nguyên nhân *chủ quan* là do nhận định của BS trong khi nội soi. Đây cũng chính là tỷ lệ âm tính giả của phương pháp này.

Các tác giả cho rằng có nhiều nguyên nhân gây âm tính giả như BN hợp tác kém (khi soi gây tê) hoặc do xoang lê phù nề, nhất là trong giai đoạn viêm cấp [3],[25],[42],[104]..., vì vậy Skuza đề xuất chỉ nên nội soi tìm đường rò (hoặc chụp đường rò có uồng baryte) vào thời điểm 2 tháng sau đợt viêm cấp [15]. Còn theo nghiên cứu của Paes và Kim, tỷ lệ phát hiện ra đường rò xoang lê theo các phương pháp chẩn đoán chụp thực quản có uồng baryte là 50%, chụp CT Scan là 80% và nội soi trực tiếp là 100% [41],[70].

Ashtiani cũng báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê bên phải đã được nội soi bằng ống soi cứng dưới gây mê nhưng không tìm thấy lỗ rò. Sau đó 4- 5 tháng soi lại thì lại thấy có lỗ rò. Tác giả lý giải là do hiện tượng viêm nhiễm phù nề vùng hạ họng xoang lê trong đợt viêm cấp [45]. Tương tự như vậy Zhang cũng báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê đã được gây xơ hóa bằng hóa chất. Sau 5 năm ổn định thì có biểu hiện tái phát, BN đã được soi hạ họng xoang lê

kiểm tra nhưng không phát hiện được lỗ rò. Tuy nhiên chụp đường rò cản quang thì lại thấy có đường rò rõ từ đáy xoang lê. Như vậy có khả năng là do còn lỗ rò rất nhỏ và bị bỏ qua khi BN được nội soi kiểm tra xoang lê [135].

Nonomura còn cho rằng lỗ rò xoang lê khó phát hiện khi soi ống mềm là do nếp gấp của niêm mạc xoang lê, vì vậy khi soi ống cứng sẽ dễ phát hiện hơn vì có thể làm căng niêm mạc xoang lê ra [25]. Theo nghiên cứu của Seok, độ nhạy trong chẩn đoán rò xoang lê của các biện pháp chẩn đoán là: 20% đối với chụp thực quản, 86.7% đối với chụp CT Scan và 100% đối với nội soi hạ họng dưới gây mê [105]. Một nghiên cứu tại Đài Loan trên 349 BN rò xoang lê đã được thực hiện các biện pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau cho thấy tỷ lệ phát hiện đường rò trên CT Scan là 11% (25/233 BN), chụp hạ họng thực quản có uống baryte phát hiện được 88% (255/289 BN) còn siêu âm và MRI chỉ giúp phát hiện được ổ viêm nhiễm chứ không phát hiện ra đường rò [75].

Cũng chính do tỷ lệ âm tính giả khi soi gây tê còn cao, nhiều tác giả đề xuất việc thực hiện chẩn đoán dưới nội soi gây mê, vì ngoài việc giúp cho chẩn đoán xác định dễ dàng hơn và giảm thiểu các cảm giác khó chịu của soi gây tê, phẫu thuật viên còn có thể kết hợp đồng thời với điều trị bằng gây xơ hóa nếu thấy lỗ rò [79].

Và như vậy, khi đứng trước 1 BN có bệnh cảnh lâm sàng tương đối rõ ràng của bệnh lý rò xoang lê (sung đau cổ trái, tái phát nhiều lần, mù thối, lú tuổi trẻ...) mà nội soi bằng ống mềm không thấy lỗ rò thì cần phải chuyển sang soi ống thực quản cứng, nếu đã soi dưới gây tê tại chỗ không thấy lỗ rò thì cần chuyển sang soi dưới gây mê toàn thân có sử dụng thuốc giãn cơ.

4.1.3.2. Vị trí lỗ rò.

Một trong các đặc điểm nổi bật của bệnh lý rò xoang lê là rất hay gặp ở bên trái, ít gặp ở bên phải và hiếm gặp ở cả hai bên. Nghiên cứu này cũng không phải ngoại lệ, với tỷ lệ lỗ rò ở bên trái lên tới 91.11%, trong khi bên

phải chỉ có 8.89% và không có BN nào có lỗ rò xoang lê ở cả 2 bên. So sánh với các tác giả khác, tỷ lệ gặp ở bên trái trong một nghiên cứu trên 44 BN ở Hàn Quốc là 95.45% [110]. Một nghiên cứu khác trên 73 BN ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ gặp ở bên trái là 94.5%, bị cả hai bên là 2.75% [55]. Tương tự như vậy, tỷ lệ bị bên trái trong các báo cáo của Seok là 86.67% [105], của Makino là 88.89% [53]. Trong báo cáo gần đây nhất (năm 2018) của Wang và cộng sự trên 112 BN rò xoang lê, có 97.32% bị ở bên trái, 1.78% bị ở bên phải và 0.9% bị ở cả hai bên [5]. Một số báo cáo khác về từng trường hợp (*case report*) có lỗ rò xoang lê 2 bên như của Rossiter và Lammers tương đối hiếm gặp [136],[137].

Tổng kết trong 4 năm tại BV Tai Mũi Họng TW trên 250 BN rò xoang lê, tỷ lệ bị ở bên trái là 91.2%, bị bên phải là 8% và bị cả hai bên là 0.8% [34].

Thống kê trên số lượng lớn BN của Nicoucar, bao gồm 526 BN rò xoang lê, thấy có 93.5% bị ở bên trái, 6% bị ở bên phải và 0.5% bị ở cả hai bên [33].

Về vị trí thoát ra của lỗ rò, chúng tôi thấy đa số là ở đáy xoang lê với tỷ lệ lên tới 87.78%, còn lại là ở thành bên xoang lê. Các tác giả nước ngoài cho rằng nếu lỗ rò ở vùng đáy xoang lê thì đường rò có nguồn gốc từ túi mang IV, còn nếu lỗ rò nằm ở phần cao của xoang lê thì đường rò có nguồn gốc từ túi mang III. Tuy nhiên phần cao ở đây là chính là phần màng của xoang lê với mốc phân biệt là nếp dây TK thanh quản trên của Hirtz. Các trường hợp vị trí lỗ rò thoát ra ở thành bên xoang lê trong nghiên cứu này đều nằm ở phần thấp, bên dưới dây TK thanh quản trên.

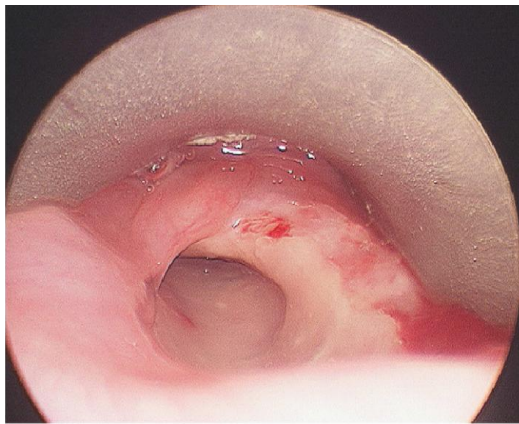
4.1.3.3. Đặc điểm lỗ rò.

Chúng tôi chỉ gặp đặc điểm *lỗ rò xơ sẹo, có tổ chức hạt viêm* hay vẫn còn *chỉ khâu cũ* ở nhóm bị bệnh tái diễn với tỷ lệ là 14.52%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Sở dĩ một số BN có các đặc điểm lỗ rò như vậy là do đã từng được can thiệp trước đây như phẫu thuật, gây xơ hóa... Các BN

còn lại, giống như ở nhóm khởi phát, có đặc điểm khi nội soi chỉ là lỗ rò đơn thuần, hoặc có thể có mũ hay thức ăn trong lỗ rò.

Theo MacLean, lỗ rò có thể có mũ trong các đợt viêm nhiễm cấp tính, còn khi không có viêm nhiễm, có thể thấy dịch (nước bọt) chảy ra từ lỗ rò xoang lê khi mát xa nhẹ nhàng vào vùng cổ [79]. Arunachalam nghiên cứu thấy 20% lỗ rò xoang lê có mũ khi nội soi hạ họng thanh quản [138]. Amano nhận xét thấy lỗ rò xoang lê ở nhóm BN là trẻ sơ sinh (0 - 5 ngày tuổi) thường to hơn ở nhóm BN là trẻ em (8 tháng - 15 tuổi) thông qua việc luồn xông Fogarty vào lỗ rò dễ dàng hơn [120].

Có một vấn đề đặt ra từ thực tiễn lâm sàng về đặc điểm của lỗ rò, đó là chúng tôi thấy dường như có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa kích thước của lỗ rò với tần suất và mức độ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, tức là nếu như đường kính lỗ rò càng lớn thì triệu chứng lâm sàng càng rầm rộ và tần suất của các đợt tái phát xảy ra càng nhiều. Evans báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê ở trẻ 4 tháng tuổi với biểu hiện lâm sàng là sốt cao, nôn nhiều, ăn uống kém, khối sưng vùng cổ lan rộng ra thành sau họng và xuống đến trung thất gây tràn khí trung thất và suy hô hấp cấp. Khi soi xoang lê phát hiện lỗ rò có đường kính tới 5 mm (hình 4.3) [123].



Hình 4.3. Lỗ rò "khổng lồ" đường kính 5 mm [123].

Mặc dù đã tham khảo khá nhiều tài liệu về việc xác định kích thước lỗ rò, tuy nhiên chúng tôi vẫn chưa tìm được biện pháp đáng tin cậy để đánh giá kích thước lỗ rò (mà cụ thể là đường kính của miệng lỗ rò) một cách chính xác vì, như chúng ta đã biết, xoang lê là 1 khoang hình tháp có thể co giãn được. Do tính chất co giãn này mà kích thước của lỗ rò xoang lê cũng sẽ khác nhau tùy thuộc vào mức độ căng rộng của ống soi thực quản cứng vào thành của xoang lê. Theo hiểu biết của chúng tôi, cũng chưa có tác giả nào nghiên cứu về kích thước của lỗ rò như vậy. Một số tác giả chỉ xác định được chiều dài của đường rò thông qua chẩn đoán hình ảnh, như nghiên cứu của Ahn và cộng sự trên phim MRI của 24 BN rò xoang lê đã xác định được chiều dài đường rò với kích thước trung bình là 1.21 cm (0.7 - 2.3 cm) ở nhóm TE và 0.97 cm (0.55 - 1.4 cm) ở nhóm người lớn [3].

Shimazaki cũng đưa ra chỉ số về kích thước của lỗ rò xoang lê có đường kính khoảng 3-4 mm, chiều sâu đường rò là 7 mm khi tiến hành nội soi thanh quản dưới gây mê cho một BN nữ 39 tuổi, tuy nhiên tác giả không trình bày cách thức đo đạc lỗ rò [109]. Pereira sử dụng ống soi thực quản cứng dưới gây mê ngay trước khi phẫu thuật để khẳng định chẩn đoán rò xoang lê cho 4 BN [122]. Kano báo cáo 1 trường hợp BN nữ 14 tuổi bị rò xoang lê đã được phát hiện ra lỗ rò qua nội soi gián tiếp bằng optic 70⁰ khi thực hiện ở tư thế Killian cải tiến [139].

4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG MIỆNG LỖ RÒ XOANG LÊ

4.2.1. Số lần đã thực hiện PT gây xơ hóa đóng miệng lỗ rò.

Số lần thực hiện phẫu thuật trên 1 BN để đạt được kết quả mong muốn nói lên mức độ thành công (hay hiệu quả) của phẫu thuật đó. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công sau khi gây xơ hoá lần thứ nhất là 92.22%. Vẫn có 7/90 BN phải thực hiện PT gây xơ hóa lần thứ hai, đưa tổng số lượt PT đã

thực hiện là 97 lượt. Không có BN nào phải thực hiện PT gây xơ hóa lần thứ 3, nói cách khác, tỷ lệ thành công sau khi gây xơ hoá lần thứ hai là 100%.

Theo nghiên cứu của Nicoucar và Lachance, phẫu thuật đường ngoài có tỷ lệ thất bại, tái phát khoảng 15%, còn tỷ lệ thành công của phương pháp gây xơ hóa đường rò là 77.8% sau lần thứ nhất, 87.3% sau lần thứ hai và 90.5% sau lần thứ ba. Tỷ lệ thành công đối với từng loại phương tiện gây xơ hóa cũng khác nhau: dùng đông điện đơn cực là 92.3% (36/39 BN), dùng Laser là 84.2% (16/19 BN), dùng TCA là 78.9% (15/19 BN), dùng nitrat bạc đơn thuần, phối hợp với laser hoặc dùng keo fibrin là 100% nhưng số lượng BN còn ít, chỉ từ 1 - 4 BN [33],[133],[140]. Nghiên cứu của Cha và cộng sự trên 44 BN được gây xơ hóa bằng TCA thấy tỷ lệ thành công sau lần đầu là 77.3%, sau lần thứ hai là 93.2% [110]. Stenquist cũng phải thực hiện gây xơ hóa bằng TCA 3 lần cho 1 BN mới thành công [91].

Chưa có hướng dẫn nào về số lần nên gây xơ hóa trước khi chuyển sang phẫu thuật đường ngoài, nhưng đa số tác giả đều thực hiện từ 2-3 lần [42].

Các quan điểm về điều trị rò xoang lê trên thế giới cũng rất khác nhau: Nhiều tác giả ủng hộ trường phái phẫu thuật rộng rãi vùng cổ trong điều trị rò xoang lê. Trong 17 BN đã được James và cộng sự phẫu thuật đường rò xoang lê thì có tới 15 BN đã được cắt một thùy tuyến giáp do đường rò chạy vào tuyến [126]. Dziegielewski cũng đưa ra nhận xét là không tìm thấy đường rò rõ rệt theo như lý thuyết mô tả khi phẫu thuật cho 1 BN rò xoang lê và nêu quan điểm cần phẫu thuật rộng rãi, bao gồm cắt thùy tuyến giáp và nạo vét hạch cổ chọn lọc các nhóm III, IV, V, VI cùng bên để đảm bảo lấy hết được đường rò nằm trong đó [65]. Pereira cải tiến trong việc cắt bán phần tuyến giáp bằng cách chỉ cắt chéo phần tuyến giáp ở trên khớp nhẫn giáp để tránh làm ảnh hưởng dây TK thanh quản quặt ngược [122].

Các tác giả chủ trương cắt bán phần hay cắt thùy tuyến giáp vì cho rằng

như vậy sẽ giúp loại bỏ được hoàn toàn đường rò và sẽ tránh được tái phát, tuy nhiên thực tế lại cho thấy nhiều trường hợp đã được cắt tuyến giáp, thậm chí là được nạo vét hạch cổ rộng rãi nhưng sau một thời gian vẫn bị lại. Ví dụ như tác giả Patel thực hiện cắt bán phần tuyến giáp và cắt bỏ đường rò xoang lê cho một bé gái 8 tuổi, sau 5 tháng vẫn phải chích rạch áp xe do tái phát bệnh [61]. Tương tự như vậy là báo cáo của Ashtiani về 1 BN nữ 9 tuổi bị rò xoang lê bên phải, 4 tháng sau khi cắt đường rò kết hợp cắt thùy phải tuyến giáp, trẻ lại có hiện tượng tái phát [45]. Carta đã thực hiện phẫu thuật nạo vét hạch cổ chọn lọc nhóm III, IV cho 2 BN rò xoang lê, tuy nhiên vẫn có 1 trường hợp bị tái phát [141]. Burstin cũng báo cáo 1 ca tương tự, tái phát chỉ sau 3 tháng [29]...

Trái ngược với quan điểm phải phẫu tích rộng rãi vùng cổ nói trên, có tác giả cho rằng rò xoang lê có thể tự khỏi chỉ với điều trị nội khoa. Ruggeri và cộng sự báo cáo một trường hợp trẻ 11 tuổi có tiền sử viêm tuyến giáp cấp 4 lần trong hơn 2 năm, đã được chẩn đoán rò xoang lê qua nội soi hạ họng ở lần viêm nhiễm đầu tiên nhưng sau lần điều trị thứ tư, các chẩn đoán hình ảnh và nội soi đều không phát hiện lỗ rò. Sau đó BN hoàn toàn ổn định [124]. Còn Wasniewska, một BS Nhi khoa người Ý, chỉ điều trị nội khoa cho 3 trẻ bị viêm tuyến giáp do rò xoang lê (chẩn đoán xác định qua nội soi và chụp thực quản có uống thuốc cản quang), theo dõi từ 2.2 đến 6.3 năm (trung bình 4.7 năm) không tái phát, soi kiểm tra lại xoang lê thì không còn lỗ rò. Vì vậy ông cho rằng lỗ rò xoang lê có thể tự đóng kín lại mà không cần phẫu thuật và đề nghị cân nhắc chiến lược theo dõi bảo tồn (*follow up conservative policy*) với các BN bị viêm nhiễm lần đầu [38]. Ủng hộ cho ý kiến này là báo cáo của BS người Nhật Bản Miyauchi, trong đó ông theo dõi 43 BN rò xoang lê trong vòng 12 năm, thấy trong số các BN từ chối phẫu thuật có tới 62.5% không có hiện tượng tái phát [2]. Garrel cũng đưa ra ý kiến cho rằng rò xoang lê có thể

tự biến mất sau vài lần viêm nhiễm do sự phá hủy các mô xung quanh làm lỗ rò tự liền lại [119]. Furukawa chỉ thực hiện điều trị kháng sinh cho một trẻ 5 tuổi bị viêm tấy vùng cổ trước do rò xoang lê, sau đó không có hiện tượng tái phát. Tuy nhiên BN chưa được nội soi kiểm tra lại đánh giá tình trạng lỗ rò cũng như thời gian theo dõi mới chỉ được 13 tháng [82]. Ngoài ra, số lượng BN có lỗ rò có thể tự liền như vậy rất hiếm trong các báo cáo khác.

Bên cạnh việc gây xơ hóa lỗ rò bằng đông điện đơn cực, một số tác giả thực hiện gây xơ hóa bằng các phương tiện khác như sử dụng laser, hóa chất, keo sinh học... hoặc kết hợp chúng với nhau: Osman thực hiện gây xơ hóa xoang lê bằng cách tiêm Histoacryl vào đường rò cho 5 BN đạt kết quả tốt [142], Heyes báo cáo việc gây xơ hóa lỗ rò vừa bằng dao điện, vừa bằng keo fibrin ở 1 BN nữ 79 tuổi [108]. Di Nardo đã thực hiện bơm chất Glubran 2 vào lỗ rò để hàn kín đường rò cho một trẻ 3 tuổi có tiền sử phẫu thuật lấy đường rò nhưng thất bại [93].

4.2.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian thực hiện PT gây xơ hóa kéo dài từ 8 đến 50 phút, trung bình chỉ mất 15.02 phút. Cũng cần lưu ý là thời gian để gây xơ hóa đối với 2 ca đầu tiên trong lô nghiên cứu của chúng tôi là lâu nhất, mất tới 45 và 50 phút do chúng tôi chưa có kinh nghiệm. Còn đa số các BN sau đó thường chỉ mất từ 10 đến 20 phút. So sánh với phẫu thuật kinh điển trước đây là đi tìm để cắt bỏ toàn bộ đường rò có thời gian trung bình khoảng 121 phút (từ 65 - 280 phút) [34] thì rõ ràng phương pháp gây xơ hóa lỗ rò có thời gian rút ngắn hơn hẳn. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0.0001$. Theo nhiều tác giả, thời gian thực hiện phẫu thuật *lấy bỏ đường rò* có liên quan đến số lần tái phát của bệnh, vì việc phẫu tích để lấy được toàn bộ đường rò sẽ dễ dàng hơn ở những BN mới bị bệnh lần đầu, nhất là BN chưa phải chích rạch dẫn lưu ổ áp xe [53].

Hwang nghiên cứu 27 trẻ rò xoang lê chia làm 2 nhóm, bao gồm 14 trẻ được phẫu thuật và 13 trẻ được gây xơ hóa, thấy thời gian thực hiện phẫu thuật trung bình là 92.5 phút (dao động từ 40-270 phút), thời gian thực hiện gây xơ hóa là 32 phút (dao động từ 10-90 phút) [42]. Trong một nghiên cứu ở Ai Cập trên 5 trẻ em sử dụng một phương pháp khác để gây xơ hóa đường rò xoang lê là tiêm chất gây xơ Histoacryl vào đường rò (dưới gây mê) cho thấy thời gian thực hiện 1 ca cũng rất ngắn, chỉ mất 10 đến 15 phút [142].

Thời gian phẫu thuật được rút ngắn không những tiết kiệm được tiền vật tư tiêu hao, thuốc gây mê, tăng số lượng ca có thể phẫu thuật trong ngày mà còn giảm thiểu được các tai biến, tác dụng phụ của thuốc do gây mê kéo dài.

Theo tìm hiểu của chúng tôi, chưa có thống kê về thời gian thực hiện với các trường hợp PT rộng rãi vùng cổ như nạo vét hạch, cắt thùy giáp...

Tuy mục tiêu chính của PT không phải là rút ngắn thời gian PT mà là giảm và hết bệnh nhưng nếu hiệu quả PT đã được nâng cao thì yếu tố thời gian lại có ý nghĩa khá lớn về kinh tế.

4.2.3. Triệu chứng khó chịu sau mổ, biến chứng

Giống như trong các phẫu thuật khác, tất cả các BN đều có biểu hiện đau sau mổ nên chúng tôi không đưa vào để đánh giá triệu chứng này. Triệu chứng gây khó chịu nhiều nhất sau mổ là nôn và buồn nôn, với tỷ lệ 27.78% số BN. Nguyên nhân được giải thích là do các BN cần phải đặt xông mũi dạ dày trong thời gian 6-8 ngày sau khi phẫu thuật và đây là nguyên nhân gây kích thích vào vùng họng, hạ họng của BN, từ đó dễ gây buồn nôn và nôn.

Chúng tôi thấy có 6.67% số BN có triệu chứng khàn tiếng sau khi phẫu thuật, tuy nhiên tất cả đều hết khàn trong thời gian từ 2-4 tuần. Không có BN nào bị khàn tiếng kéo dài quá 4 tuần hay khàn vĩnh viễn. Nội soi kiểm tra, chúng tôi thấy nguyên nhân khàn tiếng đa số là do phù nề của sụn phễu, xoang lê và nếp phễu thanh thiệt, từ đó làm giảm di động của dây thanh và

triệu chứng này hết dần sau khoảng 2 tuần. Chỉ có 1 BN có biểu hiện liệt dây thanh, tuy nhiên thời gian bị liệt cũng không kéo dài quá 4 tuần và BN hồi phục hoàn toàn. Đây cũng chính là BN đầu tiên trong lô nghiên cứu và nguyên nhân gây liệt có lẽ là do chúng tôi đã thực hiện gây xơ hóa quá sâu vào đáy đường rò làm cho dây TK thanh quản ngược bị tổn thương do nhiệt.

Ngoài ra chỉ có 2 BN (2.22%) có biến chứng nhẹ, bao gồm 1 BN bị tổn thương trầy xước màn hầu do quá trình đặt ống soi và 1 BN có loét tiền đình mũi do quá trình đặt xông mũi dạ dày. Cả 2 biến chứng này đều không phải xử lý gì. Đây là một tỷ lệ khá thấp nếu so sánh với phương pháp phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ đường rò. Theo như báo cáo của Lin và cộng sự, trong 16 BN rò xoang lê được phẫu thuật thì có tới 3 trường hợp (18.75%) có biến chứng rò thức ăn ra vết mổ sau khi phẫu thuật, trong đó có 2 BN tự liền sau khi cho ăn qua xông mũi dạ dày trong thời gian 3 tuần và 3 tháng, còn 1 BN phải phẫu thuật lại để đóng đường rò [97].

Nghiên cứu của Nicoucar và Lachance, phẫu thuật đường ngoài có tỷ lệ biến chứng khoảng 6% với biểu hiện là liệt dây thanh, rò nước bọt và nhiễm khuẩn vết mổ. Trong khi đó phẫu thuật gây xơ hóa có tỷ lệ biến chứng khoảng 2.4% và tất cả đều là liệt dây thanh tạm thời [33],[133], [140]. Còn theo tác giả Park và cộng sự gây xơ hóa lỗ rò xoang lê cho 46 BN bằng hóa chất TCA, thấy có 2 BN (4.35%) bị liệt dây thanh tạm thời và hồi phục hoàn toàn sau 5-8 tuần [101].

Narcy và cộng sự báo cáo 1 BN bị rò tuyến nước bọt tạm thời sau phẫu thuật [8]. Osman theo dõi 5 BN rò xoang lê được gây xơ hóa bằng *histoacryl* đều không có biến chứng nào như chảy dịch, nhiễm trùng, dị ứng hay tái phát [142]. Trong nghiên cứu của Sheng và cộng sự trên 73 BN được phẫu thuật lấy đường rò, có 2 BN có tai biến, bao gồm 1 trường hợp bị liệt dây thanh tạm thời gây khàn tiếng và 1 BN bị hội chứng Horner ở bên trái gây sụp mi, giãn

đồng tử [55]. Franciosi báo cáo 1 trẻ sơ sinh 4 ngày tuổi được chẩn đoán rò xoang lê do có khối sưng vùng cổ trái bội nhiễm có mũ. Sau khi điều trị ổn định bằng chọc hút kim to, chích rạch dẫn lưu ổ áp xe và tiêm truyền kháng sinh, BN được phẫu thuật lấy bỏ đường rò. Trong mổ, phát hiện có nhiều tổ chức xơ sẹo ở tuyến giáp và rãnh khí thực quản nên việc cắt bỏ đường rò đòi hỏi phải phẫu tích đến tận lớp cơ quanh sống. Sau mổ BN xuất hiện thờ rít cả 2 thì do liệt dây thanh hai bên. Theo dõi sau mổ thì dây thanh phải phục hồi, còn dây thanh trái bị liệt vĩnh viễn [143].

Blackwell báo cáo 2/6 BN được phẫu thuật đường rò xoang lê có các tai biến, biến chứng sau mổ gồm nhiễm trùng vết mổ và liệt dây TK số XI tạm thời do có nạo vét hạch cổ chọn lọc kèm theo [66]. Sheng báo cáo trong 48 BN được phẫu thuật lấy đường rò xoang lê có 3 BN (6.3%) có biến chứng, bao gồm 1 BN bị nhiễm trùng vết mổ, 1 BN bị liệt dây thanh tạm thời và 1 BN bị hội chứng Horner bên trái (sụp mí, hẹp đồng tử) theo dõi 4 tháng không hồi phục [104].

Như vậy có thể thấy phương pháp gây xơ hóa lỗ rò, nhất là gây xơ hóa đầu trong lỗ rò dưới nội soi, là phẫu thuật có mức độ xâm lấn rất ít vì không can thiệp sâu vào các cấu trúc quan trọng của vùng cổ một cách trực tiếp nên đã làm giảm nguy cơ tai biến cũng như biến chứng trong và sau phẫu thuật.

4.2.4. Đánh giá sẹo vùng cổ

Chúng tôi đưa ra tiêu chí đánh giá sẹo vùng cổ chủ yếu để cho thấy ưu điểm của phương pháp gây xơ hóa, vì có thể tránh được sẹo xấu vùng cổ do phẫu thuật đường ngoài, do chích rạch dẫn lưu ổ áp xe và thường sẹo sẽ xấu hơn nếu ổ áp xe tự vỡ mũ hoặc bị áp xe tái phát nhiều lần. Trong nghiên cứu này, có 47 BN (52.22%) chưa có sẹo cổ khi vào nhập viện điều trị. Trong số đó, có 11 BN chỉ cần thực hiện gây xơ hóa lỗ rò mà không phải can thiệp chích rạch vào vùng cổ nên sau khi điều trị, BN hoàn toàn không có sẹo cổ (tỷ

lệ 23.40%). Đây là những BN được chẩn đoán và điều trị tương đối sớm khi chưa hình thành ổ áp xe nên không cần phải chích rạch dẫn lưu. Còn lại có 72.60% BN trong nhóm này vẫn phải chích rạch dẫn lưu ổ áp xe.

Các tác giả nước ngoài như Wang cũng nhận định phẫu thuật đường ngoài theo truyền thống ngoài việc tăng nguy cơ gây ra biến chứng còn làm kết quả thẩm mỹ kém như sẹo xấu vùng cổ [42],[86],[144].

4.2.5. Số ngày và số lần nằm viện.

BN bị bệnh lý rò xoang lê thường bị tái đi tái lại nhiều lần, làm cho số ngày và số lần nằm viện tăng cao. Nghiên cứu này cũng không phải là ngoại lệ: các số liệu thống kê của chúng tôi cho thấy đa số BN trong nhóm tái diễn có thời gian nằm viện kéo dài > 2 tuần, lâu hơn so với nhóm bị bệnh lần đầu (thường nằm viện chỉ trong khoảng 7-14 ngày). Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Tính trung bình, thời gian nằm viện của 1 BN ở nhóm tái diễn là 18.48 ngày, còn của nhóm bị bệnh lần đầu là 13.93 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.05$.

Số lần nằm viện của 1 BN tính trong thời gian nghiên cứu là 1.24 ± 0.5 lần. Mặc dù đa số BN chỉ phải nằm viện 1 lần, nhưng vẫn có gần 1/4 số BN phải nằm viện nhiều lần, đặc biệt có 1 BN phải nằm viện tới 4 lần, với tổng thời gian nằm viện của cả đợt điều trị lên tới 55 ngày.

Soriano-Ramos báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê có triệu chứng khởi phát khi mới 10 tháng tuổi, nhưng chỉ được chẩn đoán xác định sau 3 đợt viêm tấy, áp xe ổ bên phải nằm viện [32]. Shimazaki cũng đã báo cáo 2 BN rò xoang lê cần thời gian dài mới chẩn đoán được bệnh, trong đó có một BN nữ 39 tuổi có thời gian mang bệnh là 36 năm, bị tái phát liên tục phải nằm viện trên 10 lần để chích rạch áp xe thì mới được chẩn đoán xác định [109].

Số ngày và số lần nằm viện tăng cao vì có nhiều đợt tái phát chính là những yếu tố làm tăng gánh nặng kinh tế cho BN, gia đình và xã hội.

4.2.6. Thời gian theo dõi.

Việc theo dõi BN sau phẫu thuật nhằm xác định 2 vấn đề: *một là* xem lỗ rò xoang lê đã đóng kín hay chưa (được thực hiện qua nội soi kiểm tra) và *hai là* xem BN có biểu hiện tái phát trên lâm sàng hay không? Do vấn đề đạo đức nghiên cứu, chúng tôi chỉ thực hiện soi kiểm tra xoang lê 1 lần cho các BN sau khi gây xơ hóa, với khoảng thời gian từ 1-18 tháng (trung bình là 3.28 tháng) sau khi PT.

Việc theo dõi trên lâm sàng được thực hiện định kỳ nhằm xác định các biểu hiện tái phát như sưng đau vùng cổ, sốt, có lỗ rò chảy dịch.. cũng như tình trạng hạ họng, xoang lê, di động dây thanh. Khoảng thời gian xác định một BN trong nhóm nghiên cứu không có triệu chứng tái phát trên lâm sàng sau khi PT lần cuối cùng trung bình là 25.58 tháng (ngắn nhất là 18 tháng, dài nhất là 40 tháng).

Các tác giả nước ngoài thường theo dõi chủ yếu trên lâm sàng, hiếm khi có theo dõi qua nội soi trực tiếp xoang lê để đánh giá xem lỗ rò đã liền kín hay chưa [134],[145]. Thời gian để lỗ rò liền kín lại sau khi gây xơ hóa thường kéo dài khoảng 4 đến 6 tuần [144].

Các tác giả khác đưa ra thời gian theo dõi rất khác nhau: Kano sử dụng ống soi mềm để soi dưới gây tê cho một BN nữ 14 tuổi sau khi gây xơ hóa lỗ rò bằng hóa chất chỉ 1 tuần và thấy lỗ rò đang liền dần lại [139].

Ahmed tiến hành soi kiểm tra hạ họng xoang lê cho 2 BN sau khi thực hiện gây xơ hóa lỗ rò bằng dao điện đơn cực 2 tuần, thấy lỗ rò đã liền kín thì mới rút xông mũi dạ dày [146]. Pereira soi kiểm tra cho BN sau khi gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng thanh AgNO₃ (nitơ rất bạc) 6 tuần, thấy lỗ rò đã liền kín [147]. Lammers đã soi thanh quản trực tiếp cho BN sau khi gây xơ hóa lỗ rò 2 bên 6 tháng [137]. Heyes đặt kế hoạch theo dõi cho BN rò xoang lê bằng ống soi mềm sau khi gây xơ hóa 1, 4, 7 tháng [108]. Wang theo dõi bằng soi

thanh quản, xoang lê cho BN sau khi gây xơ hóa với thời gian là 10 tuần [144]. Hunchaisri theo dõi trên lâm sàng được 10 tháng sau khi gây xơ hóa lỗ rò [96]. Seok và cộng sự thực hiện gây xơ hóa bằng dòng điện đơn cực cho 9 BN, theo dõi trong 23.1 tháng, thấy tỷ lệ tái phát là 22,2% [105]. Honzumi theo dõi cho 6 BN rò xoang lê sau phẫu thuật trong thời gian từ 6 tháng đến 8 năm không tái phát [50]. Nghiên cứu của Sheng và cộng sự trên 73 BN rò xoang lê được phẫu thuật với thời gian theo dõi từ 8 tháng đến 14 năm (trung bình là 4 năm), có 1 BN bị tái phát sau phẫu thuật 6 tháng [55]. Theo Derks, mặc dù hiện tượng tái phát hầu hết xảy ra trong vòng 1 năm sau phẫu thuật, nhưng cũng vẫn cần theo dõi trong thời gian lâu hơn [86]. Zhang đã báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê được gây xơ hóa lỗ rò bằng hóa chất nhưng bị tái phát sau 5 năm [135]. Ahmed thực hiện phỏng vấn BN qua điện thoại 12 tháng sau khi phẫu thuật để xác nhận tình trạng bệnh không có biểu hiện tái phát [146]. Blackwell cũng theo dõi 3/6 BN được phẫu thuật đường rò xoang lê bằng việc phỏng vấn qua điện thoại, cho thấy không có biểu hiện triệu chứng tái phát trên lâm sàng [66].

4.2.7. Đánh giá tỷ lệ thất bại, tỷ lệ tái phát

Mục tiêu của phương pháp gây xơ hóa lỗ rò xoang lê là đảm bảo lỗ rò vùng đáy xoang lê được liền kín và không có biểu hiện bị lại trên lâm sàng (*thành công*), vì vậy chúng tôi đưa ra hai khái niệm về thất bại và tái phát. *Thất bại* là khi soi kiểm tra vẫn còn lỗ rò dù đã có biểu hiện triệu chứng bị lại trên lâm sàng (sung đau vùng cổ) hay chưa. *Tái phát* là khi có biểu hiện bị lại sau khi đã soi kiểm tra khẳng định lỗ rò đã được đóng kín.

Kết quả ở bảng 3.19 và 3.27 cho thấy phương pháp gây xơ hóa có tỷ lệ thất bại sau lần thực hiện thứ nhất là 7.78%, sau lần thực hiện thứ hai là 0%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào *tái phát*, là những BN có triệu chứng tái phát trên lâm sàng *sau khi* được nội soi xác chắn lỗ rò đã đóng kín. Theo dõi

cho đến khi kết thúc nghiên cứu này, có thể kết luận 100% số BN đã soi kiểm tra (mà) lỗ rò đóng kín (thì) đều không có biểu hiện tái phát trên lâm sàng. Trong số 7 BN bị *thất bại* sau lần PT thứ nhất, có 3 BN chưa có biểu hiện tái phát trên lâm sàng (cho đến thời điểm được soi lại) và 4 BN đã bị sưng đau vùng cổ bên. Như vậy phải chăng bệnh xảy ra là do vẫn còn tồn tại lỗ rò nên vi khuẩn, cùng với thức ăn, xâm nhập vào mới gây ra các triệu chứng lâm sàng, và chỉ cần bịt được lỗ rò này là giải quyết được bệnh? Trước khi thực hiện nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu khác trên 32 BN được phẫu thuật thắt đáy xoang lê bằng chỉ tiêu chặm và/hoặc chỉ không tiêu để khâu thắt đáy lỗ rò xoang lê thì tỷ lệ tái phát giảm đi hẳn (chỉ còn 3.2%) với thời gian theo dõi từ 6 - 75 tháng [148]. Ủng hộ cho ý kiến này là nghiên cứu của Võ Lâm Phước về kết quả điều trị bằng PT cho 28 BN rò xoang lê tại BV trung ương Huế trong 3 năm, trong đó tác giả sử dụng chỉ silk (chỉ không tiêu) để khâu đáy lỗ rò, kết quả theo dõi không có BN nào tái phát [99].

Hashizume và Derk cho rằng tỷ lệ tái phát thấp có thể do thời gian theo dõi chưa đủ dài, vì vậy mặc dù hiện tượng tái phát hầu hết xảy ra trong vòng 1 năm sau phẫu thuật nhưng cũng vẫn cần theo dõi trong thời gian lâu hơn [62],[86].

4.2.8. Đánh giá một số yếu tố (có thể) ảnh hưởng đến kết quả PT

Để tìm hiểu một số yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, chúng tôi đi sâu vào phân tích và đánh giá các yếu tố như sau.

4.2.8.1. Thời gian ổn định trước khi phẫu thuật.

Về lý thuyết, không nên tiến hành phẫu thuật lấy bỏ đường rò xoang lê hoặc gây xơ hóa lỗ rò quá sớm (trong hoặc ngay sau giai đoạn viêm nhiễm cấp tính) khi hiện tượng viêm, phù nề tổ chức lân cận vẫn còn vì sẽ dẫn tới chảy máu nhiều làm phẫu thuật khó khăn. Tuy nhiên, theo Lê Minh Kỳ “*nếu phẫu thuật quá muộn sau giai đoạn nhiễm khuẩn, khi vùng cổ trở lại hoàn*

toàn bình thường thì lại khó tìm thấy vết tích của ống rò...” [6]. Hơn nữa trên thực tế lâm sàng, có những BN dễ bị các đợt viêm tấy cổ bên liên tục, thời gian ổn định giữa 2 đợt viêm rất ngắn thì chúng ta cũng không thể chờ ổn định quá lâu được.

Vậy câu hỏi đặt ra là thời gian thích hợp để thực hiện phẫu thuật sau khi đã điều trị đợt viêm nhiễm cấp tính ổn định là bao lâu? Tác giả Sheng cho rằng thời gian thích hợp để phẫu thuật rò xoang lê là từ 8-12 tuần sau đợt viêm nhiễm cấp tính [55].

Thống kê trong nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ BN bị thất bại ở nhóm BN được thực hiện gây xơ hóa có khoảng thời gian ổn định 1-4 tuần lại cao hơn tỷ lệ BN bị thất bại ở nhóm BN được thực hiện gây xơ hóa có khoảng thời gian ổn định < 1 tuần cũng như > 4 tuần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Như vậy mặc dù về lý thuyết nên chờ cho vùng cổ ổn định ít nhất là 4 tuần trở lên, tuy nhiên trên thực tế vẫn có thể kết hợp điều trị nội khoa trước cho ổn định rồi thực hiện gây xơ hóa ngay, nhất là đối với những BN bị các đợt tái diễn liên tiếp nhau. Những BN mà chúng tôi thực hiện phẫu thuật sớm sau đợt viêm nhiễm đa số nằm trong tình huống này, hoặc do yếu tố địa lý nhà BN ở quá xa BV nên việc di chuyển của BN gặp nhiều khó khăn.

4.2.8.2. Giải quyết ổ viêm trong khi gây xơ hoá.

Ổ viêm còn tồn tại trong khi gây xơ hóa không được giải quyết là một trong những nguyên nhân gây tái phát. Trong nghiên cứu này, có 5 BN vẫn còn lại ổ viêm ở thời điểm được gây xơ hoá, trong đó có 2 BN không được giải quyết triệt để đều dẫn tới thất bại, còn 3 BN khác đã được giải quyết ổ viêm bằng việc chích rạch dẫn lưu thì đều không có hiện tượng thất bại, tái phát. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê.

Lý do chúng tôi không xử lý ổ viêm cho 2 BN nói trên ngay trong khi

gây xơ hóa là vì đây là 2 BN thuộc lô những BN đầu tiên được thực hiện phương pháp này, thời điểm mà chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc gây xơ hóa. Cả hai BN đều có khối cứng chắc vùng cổ bên tại vị trí tuyến giáp nhưng không có biểu hiện áp xe, vì vậy chúng tôi hy vọng có thể điều trị bằng thuốc kháng sinh tiêm truyền nhằm tránh việc chích rạch vùng cổ gây sẹo xấu cho BN.

Ngoài ra, còn lại 85 BN không có ổ viêm tại thời điểm được gây xơ hóa nhưng vẫn có 5 BN bị thất bại, tái phát, (tỷ lệ 5.88%), chúng tôi vẫn còn các nguyên nhân khác gây ra.

Việc giải quyết ổ viêm trong khi phẫu thuật hoặc gây xơ hóa rất quan trọng, vì đây được cho là một trong những nguyên nhân gây ra tái phát sớm sau mổ, mặc dù BN đã được điều trị nội khoa tích cực. Trong một nghiên cứu ở Hàn Quốc trên 13 trẻ em được gây xơ hóa lỗ rò xoang lê, để giải quyết ổ viêm/áp xe vùng cổ, đã có 6 BN được chích rạch dẫn lưu, 2 BN được chọc hút bằng kim to và 5 BN được dùng kháng sinh dài ngày trước khi gây xơ hóa [42]. Tác giả Ashtiani cũng đã sử dụng biện pháp chọc hút như vậy cho một BN nữ bị rò xoang lê bên phải đã bị áp xe 2 lần, kết hợp với tiêm truyền kháng sinh, từ đó tránh không phải chích rạch dẫn lưu mũ [45]. Garrel cho rằng nên chọc hút bằng kim to nếu ổ mũ hình thành trước khi thực hiện phẫu thuật triệt để [119]. Nonomura thì nêu quan điểm cho rằng chỉ cần cắt một phần hoặc bán phần tuyến giáp khi đã có áp xe hoặc hình thành nang trong tuyến giáp [25]. Còn theo Lu, nếu đường rò có liên quan chặt chẽ tới tuyến giáp, hoặc kết thúc trong tuyến giáp cùng bên thì mới cắt bỏ tuyến giáp bán phần [30].

4.2.8.3. Điều trị nội khoa trước phẫu thuật.

Nếu trước khi thực hiện phẫu thuật gây xơ hóa mà BN vẫn còn trong tình trạng viêm nhiễm, chúng tôi sẽ tiến hành điều trị nội khoa cho BN bằng các

thuốc thích hợp như kháng sinh, kháng viêm, giảm phù nề, chống dị ứng... Trong nghiên cứu này, có 49 BN đã được điều trị nội khoa trước phẫu thuật và 41 BN không cần điều trị trước. Tỷ lệ thất bại, tái phát tương ứng trong từng nhóm là 10.2% và 4.88%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Có thể giải thích nhóm BN được dùng thuốc trước phẫu thuật có tỷ lệ thất bại, tái phát cao hơn nhóm kia là vì đây là những BN đang trong giai đoạn viêm nhiễm nên nguy cơ tái phát cũng tăng cao hơn.

4.2.8.4. Nhận xét về cấu trúc giải phẫu trong phẫu thuật.

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy xoang lê có cấu trúc giải phẫu rất khác nhau giữa các nhóm BN, tùy thuộc vào cấu trúc của sụn giáp. Ở trẻ em và phụ nữ, xoang lê thường rộng và nông hơn, còn ở nam giới, nhất là trong độ tuổi trưởng thành, xoang lê thường khá hẹp và sâu. Điều đó làm cho việc đặt ống soi treo thanh quản để bộc lộ lỗ rò ở đáy xoang lê sẽ gặp nhiều khó khăn hơn. Chính điều này đã làm ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật. Số liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bị thất bại ở nhóm BN có cấu trúc xoang lê hẹp và sâu lên tới 30.76% (4/13 BN) trong khi ở nhóm BN có cấu trúc xoang lê nông, tỷ lệ này chỉ là 3.90% (3/77 BN). Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê, với $p < 0.001$.

Do chỉ thực hiện gây xơ hóa lỗ rò ở bên trong chứ không phẫu thuật đường ngoài để đuổi theo đường rò nên chúng tôi không đưa ra được nhận xét về đường đi của đường rò để so sánh với lý thuyết của Liston đã mô tả (cho rằng đường rò sẽ chạy sâu xuống dưới để vòng qua cung ĐM chủ ở bên trái hoặc ĐM dưới đòn ở bên phải rồi mới đi lên và ra ngoài da). Tuy nhiên, theo các tác giả nước ngoài cũng như các báo cáo của tác giả trong nước, chưa có phẫu thuật viên nào tìm thấy đường rò xoang lê giống như lý thuyết đã mô tả [119],[28],[31]... Sheng và cộng sự thực hiện phẫu thuật lấy đường rò xoang lê cho 73 BN cũng không thấy có đường rò nào có đường đi giống như với lý

thuyết của rò túi mang III và IV [55]. James và cộng sự hồi cứu 17 BN đã được phẫu thuật cắt bỏ đường rò xoang lê nhưng không có trường hợp nào có đường rò đi xuống tới trung thất [126]. Stenquist cũng chỉ thấy đường rò có kích thước rộng 2-3 mm, dài 10-20 mm trên các thăm dò chẩn đoán hình ảnh như chụp MRI, chụp hạ họng có uống thuốc cản quang... [91]. Burge khi phẫu thuật cho một trẻ 6 tháng tuổi bị rò xoang lê với biểu hiện là nang túi mang cũng chỉ thấy đường rò đi sát với thùy trái tuyến giáp và sau đó tận hết ở sát tuyến cận giáp [36].

Có một trường hợp được Shugar mô tả đường rò chạy xuống trung thất nhưng lại không phải là rò xoang lê. Đây là một BN nam 13 tuổi mà tác giả nghĩ là bất thường của khe mang IV với triệu chứng có lỗ rò ở 1/3 dưới bờ trước cơ ức đòn chũm bên phải, phía trên xương đòn 2 cm, từ khi mới đẻ. Lỗ rò thường xuyên chảy dịch nhày mà không có tiền sử viêm nhiễm lần nào. Các thăm dò khác như chụp hạ họng xoang lê thực quản có uống thuốc cản quang, soi hạ họng thanh quản trực tiếp đều không phát hiện ra lỗ rò ở xoang lê. Phẫu thuật thăm dò thấy đường rò chạy sâu xuống dưới xương đòn vào trong trung thất. Tuy nhiên, sau khi hội chẩn với phẫu thuật viên lồng ngực, tác giả không phẫu thuật đuổi theo tận cùng đường rò vì BN không có tiền sử viêm nhiễm ở ngực và trung thất [149].

4.2.8.5. Số ngày đặt xông mũi dạ dày và băng ép vùng cổ.

Mục đích của việc đặt xông mũi dạ dày là để thức ăn không đi qua và ứ đọng tại vị trí lỗ rò đã được gây xơ hóa cho đến khi niêm mạc ở đây được phục hồi và liền kín lại, còn băng ép vùng cổ giúp cho các thành của xoang lê được ép khít vào nhau hơn, từ đó cũng giúp cho việc liền kín lỗ rò được nhanh hơn. Về lý thuyết, thời gian đặt xông càng lâu bao nhiêu thì khả năng lỗ rò liền kín lại, tức là khả năng phẫu thuật thành công, càng lớn bấy nhiêu. Tuy nhiên, qua thống kê ở bảng 3.32 và 3.33 so sánh tỷ lệ tái phát ở các nhóm

BN có số ngày đặt xông mũi dạ dày và băng ép vùng cổ khác nhau lại cho thấy càng đặt xông mũi dạ dày và băng ép cổ kéo dài, tỷ lệ thất bại, tái phát lại càng cao (tỷ lệ thất bại là 0% ở nhóm đặt xông 3-5 ngày, 8.33% ở nhóm đặt xông 6-8 ngày và lên tới 33.33% ở nhóm đặt xông > 8 ngày). Nguyên nhân có lẽ là do nhóm được đặt xông và băng ép vùng cổ kéo dài là nhóm có nguy cơ tái phát cao bởi các nguyên nhân khác (như mức độ viêm nhiễm trước khi phẫu thuật, cấu trúc giải phẫu của xoang lê...). Hơn nữa sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Trong quy trình thực hiện phẫu thuật gây xơ hóa, các tác giả nước ngoài không mô tả việc băng ép vùng cổ, còn thời gian đặt xông mũi dạ dày thì số liệu rất khác nhau giữa các tác giả, nhưng càng ngày càng có nhiều tác giả ủng hộ việc không cần đặt xông. Hunchaisri đặt xông dạ dày tới 2 tuần sau khi đốt lỗ rò [96]. Ahmed thực hiện gây xơ hóa lỗ rò bằng đông điện đơn cực cho 4 BN thì có 2 BN được đặt xông mũi dạ dày trong 2 tuần, sau khi soi kiểm tra thấy lỗ rò liền kín thì mới rút xông. Còn 2 BN khác thì không cần đặt xông mà cho ăn uống ngay trong ngày hoặc trong ngày tiếp theo. Tất cả các BN đều không có biểu hiện tái phát [146]. Watson và cộng sự đã gây xơ hóa cho 5 BN, tất cả đều được theo dõi qua đêm và cho ăn vào ngày hôm sau (không đặt xông mũi dạ dày) nhưng đều không tái phát [150]. Tương tự như vậy, Huang cũng cho ăn ngay vào ngày hôm sau đối với 5 BN được gây xơ hóa bằng laser và bơm keo sinh học [75]. Blanks gây xơ hóa lỗ rò bằng ống đông hút rồi cũng cho BN ra viện vào ngày hôm sau và chỉ cần thực hiện chế độ ăn mềm trong 2 tuần sau đó [131]. Verret, Arunachalam, Abbas thậm chí chỉ theo dõi BN sau phẫu thuật 2-4 tiếng là cho về và cho ăn uống bình thường. Theo dõi không có BN nào tái phát [73],[138],[145]. Osman, sau khi gây xơ hóa bằng cách bơm chất Histoacryl vào đường rò xoang lê dưới gây mê, cũng cho BN xuất viện ngay trong ngày. Tất cả 5 BN đều

không tái phát [142]. Một nghiên cứu khác tại Pháp trên 20 BN rò xoang lê được gây xơ hóa, trong đó chỉ có 3/20 BN được đặt xông mũi dạ dày với thời gian từ 2-8 ngày (trung bình 4.3 ngày). Nhóm tác giả rút ra kết luận *có đặt xông hay không cũng không ảnh hưởng tới tỷ lệ biến chứng cũng như tái phát sau mổ* [103].

4.2.9. Phân tích đặc điểm các trường hợp thất bại, tái phát.

Nhằm mục đích xác định các nguyên nhân gây ra thất bại hoặc tái phát sau khi gây xơ hóa lỗ rò xoang lê để từ đó có các biện pháp phòng tránh, chúng tôi đi sâu phân tích các đặc điểm của 7 BN bị thất bại (bảng 3.34). Từ kết quả phân tích, chúng tôi đưa ra một số nhận định về nguyên nhân chính gây tái phát như sau:

+ Do không gây xơ hóa được toàn bộ đường rò vì cấu trúc xoang lê hẹp và sâu: Có 4/7 BN, tỷ lệ 57.14%

+ Do ổ viêm còn sót lại chưa giải quyết triệt để: có 2/7 BN (28.57%)

+ Do có bệnh lý toàn thân như đái tháo đường: có 1/7 BN (14.29%).

Cùng với nhận định như vậy, Josephson đưa ra giả thuyết về nguyên nhân gây tái phát là do không cắt bỏ hoặc gây xơ hóa được toàn bộ đường rò, dẫn tới sự tái tạo lại niêm mạc đường rò. Ngoài ra còn do sự thông thương giữa hạ họng và vùng cổ dẫn tới sự nhiễm trùng tái phát [9]. Shino và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê với 2 đường rò tách biệt ở một trẻ 13 tuổi và đưa ra ý kiến đây có thể là nguyên nhân gây tái phát do không lấy hết được đường rò [151]. Chen đưa ra nhận xét 2 BN tái phát trong số 7 BN rò xoang lê đã được gây xơ hóa đều có tiền sử chích rạch áp xe nhiều lần trước đó [102]. Nicoucar cho rằng chỉ nên gây xơ hóa cho trẻ em dưới 8 tuổi để đỡ tái phát [33] nhưng nghiên cứu của Wang lại cho thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi khác nhau [144]. Các tác giả khác cũng thực hiện gây xơ hóa

đường rò cho các BN ở mọi lứa tuổi.

Tỷ lệ thất bại khá cao trong số những BN đầu tiên được thực hiện gây xơ hoá. Cụ thể là có 2/7 BN đầu tiên bị thất bại, tái phát, chiếm tỷ lệ tới 28.57%. Còn trong 83 BN còn lại, tỷ lệ thất bại, tái phát giảm xuống chỉ còn 6.02% với 5 BN. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) và cho thấy thất bại dễ xảy ra khi phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm. Điều này cũng lý giải vì sao từ trước tới nay các báo cáo về kết quả gây xơ hóa lỗ rò của các tác giả Âu Mỹ thường không có sự vượt trội so với phương pháp phẫu thuật trong điều kiện số lượng BN được báo cáo có rất ít.

4.2.10. Đánh giá kết quả chung phương pháp gây xơ hóa lỗ rò đóng miệng lỗ rò.

Để đánh giá kết quả chung của phương pháp gây xơ hóa lỗ rò đóng miệng lỗ rò, chúng tôi dựa vào 4 tiêu chí sau:

- Số lần can thiệp vào miệng lỗ rò: một lần hay nhiều lần?
- Biểu hiện tái phát trên lâm sàng sau khi can thiệp: có hay không?
- Nội soi kiểm tra sau can thiệp: đã kiểm tra hay chưa, nếu đã kiểm tra thì lỗ rò kín hay chưa kín?
- Sẹo vùng cổ: có sẹo vùng cổ do phải can thiệp chích rạch dẫn lưu ổ áp xe hay mổ cũ hay không?

Căn cứ vào kết quả cụ thể của 4 tiêu chí nói trên, chúng tôi xây dựng bảng đánh giá chung (bảng 2.3 trang 45) và thu được kết quả như sau: Có 92.22% số BN đạt mức *tốt và rất tốt*, trong đó tỷ lệ rất tốt (không có sẹo cổ) là 12.22%. Có 7.78% chỉ đạt mức *trung bình* vì phải gây xơ hóa 2 lần. Không có BN bị ở mức *kém*.

Ahmed cho rằng gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng dòng điện đơn cực là một trong các lựa chọn điều trị có tính an toàn và hiệu quả cao, có thể sử dụng đơn thuần hoặc phối hợp với phẫu thuật đường ngoài. Ngoài ra khi so sánh

giữa gây xơ hóa bằng dao điện đơn cực với gây xơ hóa bằng hóa chất TCA, nhóm tác giả thấy rằng TCA, với tính chất là chất lỏng, sẽ có ưu điểm là dễ đi sâu vào đường rò hơn nên có thể gây xơ hóa được vào đến tận đáy của đường rò. Tuy nhiên mức độ gây tổn thương lớp niêm mạc bề mặt đường rò lại kém hơn so với dao điện, vì vậy mà khả năng gây xơ dính đường rò sẽ kém hơn. Ngoài ra, nếu lượng hóa chất sử dụng quá nhiều có thể bị tràn ra thực quản gây xơ dính dẫn tới chít hẹp thực quản [146].

Tác giả Hwang thực hiện nghiên cứu so sánh giữa hai phương pháp gây xơ hóa bằng TCA và phẫu thuật đường ngoài, kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát. Tuy nhiên phương pháp gây xơ hóa lại có nhiều ưu điểm như không gây sẹo cổ, thời gian thực hiện rút ngắn, không có biến chứng nặng nề, giảm thời gian nằm viện, ít đau hơn và có thể thực hiện trong giai đoạn viêm nhiễm cấp tính [42]. Stenquist còn bổ sung ưu điểm là rút ngắn thời gian gây mê [91]. Ruggeri cũng tán thành quan điểm cho rằng không nên chọn phẫu thuật lấy đường rò là lựa chọn điều trị đầu tiên đối với BN bị rò xoang lê [124]. Gần đây Derks và cộng sự đã có bài phân tích đánh giá so sánh giữa phẫu thuật đường ngoài với gây xơ hóa qua nội soi cho thấy những ưu điểm vượt trội của phương pháp gây xơ hóa [86].

Các tác giả khác như Chen, Pereira, Arunachalam... đều ủng hộ phương pháp gây xơ hóa như là điều trị triệt để bước đầu (*first line of definitive treatment*) đối với rò xoang lê vì mức độ xâm lấn tối thiểu của nó, tỷ lệ biến chứng thấp cũng như có thể áp dụng cùng với chích rạch dẫn lưu ổ áp xe trong giai đoạn viêm cấp [102],[138],[147].

Hạn chế của luận án: Sau khi hoàn thành luận án này, chúng tôi nhận thấy luận án còn có một số hạn chế sau.

- Việc theo dõi trên nội soi xoang lê xác định lỗ rò đóng kín mới chỉ thực hiện được 1 lần trên các BN (do liên quan đến đạo đức nghiên cứu).

- Chưa đánh giá được mức độ đau sau mổ.
- Chưa đánh giá được về mặt hiệu quả kinh tế.

- Thời gian theo dõi chưa đủ dài, vì theo một số tác giả, thời gian tái phát bệnh có thể lên tới 5 - 10 năm. Miller báo cáo 1 trường hợp rò xoang lê bị tái phát sau khi chích rạch 7 năm [113]. Lê Minh Kỳ ghi nhận 1 trường hợp tái phát bệnh sau 8 năm [6]. Trong 250 bệnh nhân rò xoang lê nhập viện điều trị tại BV Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 2009 - 2012, có 2 BN tái phát sau 14 năm và 1 BN sau 13 năm bệnh ổn định không có triệu chứng [34].

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi của rò xoang lê.

1.1. Đặc điểm chung:

- Bệnh gặp nhiều ở lứa tuổi < 10 tuổi (71.11%). Trong nhóm < 10 tuổi, tuổi khởi phát hay gặp là 1-3t (42.19%) và 5-7t (28.13%).

- Bệnh thường có xu hướng tái phát nhiều lần.

- Tỷ lệ nam nữ bằng nhau (nam/nữ = 1/1).

- Các đợt bệnh hay biểu hiện đa số vào tháng 6, 7 và tháng 10, 11

1.2. Cơ năng:

- Đau cổ bên hay gặp nhất (97.78%), rất hiếm gặp khó thở (1.11%).

- Sốt: BN bị đợt khởi phát thường sốt > 38° (85.71%), còn bị đợt tái diễn thường sốt ≤ 38° (72.58%).

- Khạc mủ hay gặp ở BN bị đợt khởi phát (6.67%), ổ áp xe tự vỡ mủ hay gặp ở BN bị đợt tái diễn (32.26%).

1.3. Thực thể:

- Hay gặp nhất là viêm tấy (97.77%) và áp xe cổ bên (70%), vị trí thường là phía trước cơ ức đòn chũm (94.44%).

- Khối sẹo xơ (69.35%) và lỗ rò ngoài da (11.29%) chỉ gặp ở các BN bị đợt tái diễn của bệnh.

- Có thể gặp phù nề vùng sụn phổi, xoang lê (12.22%)

- mủ trong ổ áp xe đa số có mùi thối khẳn (81.82%)

1.4. Đặc điểm nội soi.

- Vị trí lỗ rò đại đa số hay gặp ở bên trái (91.11%) và ở đáy xoang lê (87.78%).

- Đặc điểm lỗ rò thường là lỗ rò đơn thuần (81.11%), hiếm gặp có mủ/thức ăn (8.89%). Chỉ gặp lỗ rò xơ sẹo, có tổ chức hạt, chỉ khâu cũ ở nhóm

BN bị đợt tái diễn (14.52%).

- Tỷ lệ âm tính giả khi soi tìm lỗ rò xoang lê là 7.78%.

2. Đánh giá hiệu quả phương pháp gây xơ hóa lỗ rò xoang lê.

- Thời gian thực hiện rút ngắn: trung bình là 15.02 phút.
- Triệu chứng khó chịu sau mổ hay gặp là nôn, buồn nôn (27.78%) và khàn tiếng tạm thời (6.67%).
- Tỷ lệ biến chứng rất thấp (2.22%) và nhẹ, không phải can thiệp xử lý (tổn thương màng hầu khi đặt ống soi, loét tiền đình mũi do đặt xông).
- Tỷ lệ thành công sau khi gây xơ hóa lần thứ nhất là 92.22, sau khi gây xơ hóa lần thứ hai là 100%.
- Nếu BN được can thiệp sớm và đúng sẽ không để lại sẹo cổ (12.22%).
- Các yếu tố ảnh hưởng kết quả: Không giải quyết triệt để ổ viêm/áp xe, Cấu tạo giải phẫu xoang lê hẹp và sâu, khó bộc lộ đáy, bệnh lý toàn thân (đái tháo đường).
- Đánh giá kết quả sau khi theo dõi trên lâm sàng TB 25.58 tháng: 12.22% đạt kết quả rất tốt, 80% đạt kết quả tốt và 7.78% đạt kết quả trung bình.

ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Đã mô tả được các đặc điểm lâm sàng và nội soi của rò xoang lê, có so sánh tìm ra sự khác biệt giữa đợt khởi phát với đợt tái diễn bệnh.
2. Đã ứng dụng có kết quả phương pháp điều trị gây xơ hóa lỗ rò xoang lê bằng đông điện lần đầu tiên thực hiện tại Việt nam.
3. Góp phần chứng minh quan điểm mới về nguyên nhân gây tái phát đối với rò xoang lê là *do vẫn còn lỗ rò* (chứ không phải là còn đường rò như các loại rò khác), từ đó đưa ra nguyên tắc điều trị mới, giúp cho việc giảm thời gian phẫu thuật, giảm tỷ lệ tai biến và giảm tỷ lệ tái phát.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần hướng tới chẩn đoán rò xoang lê ở BN có “viêm tuyến giáp cấp mủ” hoặc “áp xe tuyến giáp”, với biểu hiện là sưng đau vùng cổ bên, đặc biệt là bên trái, tái diễn nhiều lần (cần chỉ định nội soi tìm lỗ rò xoang lê ở các BN có biểu hiện như vậy).

2. Với các trường hợp có biểu hiện lâm sàng điển hình như đã mô tả mà nội soi ống mềm không thấy lỗ rò cần chuyển sang soi bằng ống nội soi thực quản cứng, dưới gây mê giãn cơ và sau khi điều trị hết viêm nhiễm phù nề.

3. Cần chỉ định nội soi kiểm tra xoang lê xác định lỗ rò đã đóng kín hay chưa sau các phẫu thuật rò xoang lê.

4. Cần xây dựng *quy trình chẩn đoán rò xoang lê* cũng như *quy trình điều trị rò xoang lê bằng đông điện đơn cực dưới nội soi* để có thể đưa vào áp dụng tại các cơ sở Tai Mũi Họng từ tuyến tỉnh trở lên.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ

1. **Nguyen Nhat Linh**, Pham Tuan Canh, Tran Thi Thu Hien, Hoang Hoa Binh (2015). Clinical and endoscopic features of recurrent pyriform sinus fistula. Review in 4 year (2009-2012). *Vietnam Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*, 60-25, (1), 10-15.
2. **Nguyễn Nhật Linh**, Phạm Tuấn Cảnh, Hoàng Hòa Bình, Trần Thị Thu Hiền (2015). Đặc điểm rò xoang lê tái phát và kết quả bước đầu điều trị theo phương pháp đóng miệng lỗ rò. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, 60-26 (2), tr. 79-85.
3. **Nguyễn Nhật Linh**, Lê Công Hải, Phạm Tuấn Cảnh (2016). Điều trị rò xoang lê theo phương pháp gây xơ hóa đầu trong lỗ rò. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, 61-33 (3), tr. 13-18.
4. **Nguyễn Nhật Linh**, Phạm Tuấn Cảnh, Hoàng Hòa Bình, Trần Thị Thu Hiền (2017). Đánh giá hiệu quả điều trị rò xoang lê theo phương pháp đóng miệng lỗ rò. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, 62-35 (1), tr. 23-28.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Mufarrej F., Stoddard D., Bite U. (2017), Branchial arch anomalies: Recurrence, malignant degeneration and operative complications, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **97**, 24-29.
2. Miyauchi A., Matsuzuka F., Kuma K. et al. (1990), Piriform sinus fistula: an underlying abnormality common in patients with acute suppurative thyroiditis, *World journal of surgery*, **14(3)**, 400-405.
3. Ahn D., Sohn J. H., Kim H. et al. (2015), Clinical and microbiological differences between pyriform sinus fistulae in pediatric and non-pediatric patients, *Auris Nasus Larynx*, **42(1)**, 34-38.
4. Xiao X., Zheng S., Zheng J. et al. (2014), Endoscopic-assisted surgery for pyriform sinus fistula in children: experience of 165 cases from a single institution, *Journal of pediatric surgery*, **49(4)**, 618-621.
5. Wang L., Sang J., Zhang Y. et al. (2018), Evaluation of endoscopic coblation treatment for obliteration of congenital pyriform sinus fistula, *Acta oto-laryngologica*, **138(6)**, 574-578.
6. Lê Minh Kỳ (2002), *Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên*, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Vũ Sản (1989), *Nang và rò bẩm sinh cổ bên: Một số nhận xét về lâm sàng và điều trị qua 52 trường hợp tại Viện Tai Mũi Họng Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Narcy P., Aumont-Grosskopf C., Bobin S. et al. (1988), Fistulae of the fourth endobranchial pouch, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **16(2)**, 157-165.
9. Josephson G. D., Black K. (2015), A review over the past 15 years of the management of the internal pyriform apex sinus tract of a branchial pouch anomaly and case description, *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, **124(12)**, 947-952.

10. Nicoucar K., Giger R., Pope Jr H. G. et al. (2009), Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases, *Journal of pediatric surgery*, **44(7)**, 1432-1439.
11. Trịnh Văn Minh (2004), Giải phẫu người, Tập I, Nhà xuất bản Y học, 517-534.
12. Nguyễn Quang Quyền (2013), *Bài giảng Giải phẫu học*, Phần 3: Đầu - Mặt - Cổ, Nhà xuất bản Y học, chi nhánh TP. Hồ Chí Minh, 238-453.
13. Netter F.H (2007), *Atlas Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
14. Ellis H.Lawson A. (2014), The Respiratory Pathway, Lungs, Thoracic Wall and Diaphragm, *Anatomy for Anaesthetists, Ninth Edition*, 15 - 42.
15. Skuza K., Rapaport R., Fieldman R. et al. (1991), Recurrent acute suppurative thyroiditis, *The Journal of otolaryngology*, **20(2)**, 126-129.
16. Bar-Ziv J., Slasky B., Sichel J. et al. (1996), Branchial pouch sinus tract from the piriform fossa causing acute suppurative thyroiditis, neck abscess, or both: CT appearance and the use of air as a contrast agent, *AJR. American journal of roentgenology*, **167(6)**, 1569-1572.
17. Sadler T. W. (2015), *Langman's medical embryology*, 13th edition, Lippincott Williams & Wilkins.
18. Đỗ Kính (2008), Phôi thai học thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng.
19. Moore K. L., Persaud T. V. N.Torchia M. G. (2015), *The developing human: clinically oriented embryology*, Elsevier Health Sciences.
20. Wilson D. B. (1979), Embryonic development of the head and neck: part 2, the branchial region, *Head & neck surgery*, **2(1)**, 59-66.
21. Adams A., Mankad K., Offiah C. et al. (2016), Branchial cleft anomalies: a pictorial review of embryological development and spectrum of imaging findings, *Insights into imaging*, **7(1)**, 69-76.

22. Chandler J.Mitchell B. (1981), Branchial cleft cysts, sinuses, and fistulas, *Otolaryngologic Clinics of North America*, **14(1)**, 175.
23. Chen H., Senda T., Emura S. et al. (2013), An update on the structure of the parathyroid gland, *The Open Anatomy Journal*, **5(1)**.
24. Mandell D. L. (2000), Head and neck anomalies related to the branchial apparatus, *Otolaryngologic Clinics of North America*, **33(6)**, 1309-1332.
25. Nonomura N., Ikarashi F., Fujisaki T. et al. (1993), Surgical approach to pyriform sinus fistula, *American journal of otolaryngology*, **14(2)**, 111-115.
26. Liston S. (1980), Fourth branchial fistula, *Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, **89(4)**, 520-522.
27. Rea P., Hartley B.Bailey C. (2004), Third and fourth branchial pouch anomalies, *The Journal of Laryngology & Otology*, **118(1)**, 19-24.
28. Jeyakumar A.Hengerer A. S. (2004), Various presentations of fourth branchial pouch anomalies, *ENT: Ear, Nose & Throat Journal*, **83(9)**, 640-643.
29. Burstin P.Briggs R. (1997), Fourth branchial sinus causing recurrent cervical abscess, *Australian and New Zealand journal of surgery*, **67(2-3)**, 119-122.
30. Lu W.-H., Feng L., Sang J.-Z. et al. (2012), Various presentations of fourth branchial pouch sinus tract during surgery, *Acta otolaryngologica*, **132(5)**, 540-545.
31. Cain R. B., Kasznica P.Brundage W. J. (2012), Right-sided pyriform sinus fistula: a case report and review of the literature, *Case reports in otolaryngology*, **2012**.

32. Soriano-Ramos M., González-Tomé M. I., Fernández-Cooke E. et al. (2016), Recurrent neck abscess in a 2-year-old child, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra*, **13**, 1-3.
33. Nicoucar K., Giger R., Pope H. G. et al. (2009), Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases, *Journal of pediatric surgery*, **44(7)**, 1432-1439.
34. Nguyễn Nhật Linh, Phạm Tuấn Cảnh, Trần Thị Thu Hiền et al. (2014), Đặc điểm lâm sàng, nội soi rò xoang lê tái phát, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, **59-23 (5)**, 44-52.
35. Takai S.-I., Matsuzuka F., Kosaki G. et al. (1979), Internal fistula as a route of infection in acute suppurative thyroiditis, *The Lancet*, **313(8119)**, 751-752.
36. Burge D.Middleton A. (1983), Persistent pharyngeal pouch derivatives in the neonate, *Journal of pediatric surgery*, **18(3)**, 230-234.
37. Wasson J., Blaney S.Simo R. (2007), A third branchial pouch cyst presenting as stridor in a child, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, **89(1)**, W12.
38. Wasniewska M., Vigone M. C., Cappa M. et al. (2007), Acute suppurative thyroiditis in childhood: spontaneous closure of sinus pyriform fistula may occur even very early, *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, **20(1)**, 75-78.
39. Chaudhary N., Gupta A., Motwani G. et al. (2003), Fistula of the fourth branchial pouch, *American journal of otolaryngology*, **24(4)**, 250-252.
40. Đoàn Tiến Thành (2010), *Nghiên cứu rò xoang lê: đặc điểm lâm sàng, nội soi, chẩn đoán hình ảnh, đối chiếu chẩn đoán với phẫu thuật* Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

41. Paes J. E., Burman K. D., Cohen J. et al. (2010), Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion, *Thyroid*, **20(3)**, 247-255.
42. Hwang J., Kim S. C., Kim D. Y. et al. (2015), Excision versus trichloroacetic acid (TCA) chemocauterization for branchial sinus of the pyriform fossa, *Journal of pediatric surgery*, **50(11)**, 1949-1953.
43. Mou J. W., Chan K. W., Wong Y. S. et al. (2014), Recurrent deep neck abscess and piriform sinus tract: A 15-year review on the diagnosis and management, *Journal of pediatric surgery*, **49(8)**, 1264-1267.
44. Wong P. Y., Moore A. Daya H. (2014), Management of third branchial pouch anomalies—an evolution of a minimally invasive technique, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **78(3)**, 493-498.
45. Ashtiani M., Yazdani N., Bastaninejad S. et al. (2008), Reporting a Right Sided 4th Branchial Anomaly; Case Report and Reporting the Technical Issues, *Iranian Journal of Pediatrics*, **18(3)**, 285-289.
46. Madana J., Yolmo D., Gopalakrishnan S. et al. (2009), Cervical infection secondary to pyriform sinus fistula of branchial origin, *Congenital anomalies*, **49(4)**, 276-278.
47. Patel A. B. Hinni M. L. (2011), The fourth branchial complex anomaly: a rare clinical entity, *Case reports in otolaryngology*, **2011**.
48. Bộ Y Tế (2015), "Phẫu thuật rò xoang lê (rò túi mang IV)", *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, 246-247.
49. Hirata A., Saito S., Tsuchida Y. et al. (1984), Surgical management of piriform sinus fistula, *The American surgeon*, **50(8)**, 454-457.

50. Honzumi M., Suzuki H., Tsukamoto Y. (1993), Surgical resection for pyriform sinus fistula, *Journal of pediatric surgery*, **28(7)**, 877-879.
51. Richardson M. A., Rosenfeld R. M. (2002), Congenital malformations of the neck, *Surgical Atlas of Pediatric Otolaryngology, 2nd edn. Hamilton, Canada: BC Decker*, 502-3.
52. Feldman J. I., Kearns D. B., Pransky S. M. et al. (1990), Catheterization of branchial sinus tracts. A new method, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **20(1)**, 1-5.
53. Makino S.-i., Tsuchida Y., Yoshioka H. et al. (1986), The endoscopic and surgical management of pyriform sinus fistulae in infants and children, *Journal of pediatric surgery*, **21(5)**, 398-401.
54. Hà Danh Đạo (2011), *Nghiên cứu chẩn đoán và đánh giá giá trị của phương pháp phẫu thuật lấy bỏ đường rò xoang lê có bom xanh methylen xuôi dòng*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
55. Sheng Q., Lv Z., Xiao X. et al. (2016), Endoscopic-assisted surgery for pyriform sinus fistula in Chinese children: A 73-consecutive-case study, *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, **26(1)**, 70-74.
56. Ukiyama E., Endo M., Yoshida F. et al. (2007), Light guided procedure for congenital pyriform sinus fistula; new and simple procedure for impalpable fistula, *Pediatric surgery international*, **23(12)**, 1241-1243.
57. White W. M., Randolph G. W., Hartnick C. J. et al. (2009), Recurrent laryngeal nerve monitoring during thyroidectomy and related cervical procedures in the pediatric population, *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, **135(1)**, 88-94.
58. Kamide D., Tomifuji M., Maeda M. et al. (2015), Minimally invasive surgery for pyriform sinus fistula by transoral videolaryngoscopic surgery, *American journal of otolaryngology*, **36(4)**, 601-605.

59. Givens D. J., Buchmann L. O.Park A. H. (2015), A novel surgical management of hypopharyngeal branchial anomalies, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **79(4)**, 579-583.
60. Minhas S. S., Watkinson J. C.Franklyn J. (2001), Fourth branchial arch fistula and suppurative thyroiditis: a life-threatening infection, *The Journal of Laryngology & Otology*, **115(12)**, 1029-1031.
61. Patel A. K., Jaryszak E. M., Stewart S. et al. (2011), The Novel Use of a Pedicled Submental Flap in the Treatment of Recurrent Fourth Branchial Cleft Anomalies in the Pediatric Population, *The Laryngoscope*, **121(S4 S4)**, S213-S213.
62. Hashizume K., Kawarasaki H., Iwanaka T. et al. (1993), A new operational approach for the piriform sinus fistula, *Surgery today*, **23(4)**, 293-297.
63. de Bree R.Mahieu H. (1997), Fourth Branchial Pouch Sinus: An Unusual Cause of Pain in the Neck, *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*, **7(3)**, 161-164.
64. Elahi M. M., Dube P., Manoukian J. J. et al. (1997), Partial thyroidectomy and selective neck dissection in the management of pyriform sinus fistulae, *Journal of otolaryngology*, **26(1)**, 57-63.
65. Dziegielewski P., Chau J., Banglawala S. et al. (2012), Fourth branchial cleft cyst with no identifiable tract: Case report and treatment approach, *ENT: Ear, Nose & Throat Journal*, **91(7)**.
66. Blackwell K. E.Calcaterra T. C. (1994), Functional neck dissection for treatment of recurrent branchial remnants, *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, **120(4)**, 417-421.
67. Richer S. L., Yelken K., Cunningham M. J. et al. (2010), Hypopharyngeal pharyngoplasty for the management of piriform fossa sinus, *The Laryngoscope*, **120(3)**, 500-503.

68. Parida P. K., Gopalakrishnan S. Saxena S. K. (2014), Pediatric recurrent acute suppurative thyroiditis of third branchial arch origin—Our experience in 17 cases, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **78(11)**, 1953-1957.
69. Cai Q., Pan Y., Xu Y. et al. (2014), Resection of recurrent branchial cleft deformity using selective neck dissection technique, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **78(7)**, 1071-1073.
70. Kim K. H., Sung M.-W., Oh S. H. et al. (2000), Pyriform sinus fistula: management with chemocauterization of the internal opening, *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, **109(5)**, 452-456.
71. Sun J. Y., Berg E. E. McClay J. E. (2014), Endoscopic cauterization of congenital pyriform fossa sinus tracts: an 18-year experience, *JAMA Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, **140(2)**, 112-117.
72. Jordan J. A., Graves J. E., Manning S. C. et al. (1998), Endoscopic cauterization for treatment of fourth branchial cleft sinuses, *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, **124(9)**, 1021-1024.
73. Verret D., McClay J., Murray A. et al. (2004), Endoscopic cauterization of fourth branchial cleft sinus tracts, *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, **130(4)**, 465-468.
74. Kim M.-G., Lee N.-H., Ban J.-H. et al. (2009), Sclerotherapy of branchial cleft cysts using OK-432, *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, **141(3)**, 329-334.
75. Huang Y.-C., Peng S. S.-F. Hsu W.-C. (2016), KTP laser assisted endoscopic tissue fibrin glue biocauterization for congenital pyriform sinus fistula in children, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **85**, 115-119.

76. Al-Shaiji A. S. Bukhari M. A. (2013), Endoscopic management of fourth branchial arch anomaly: a case report, *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*, **14(1)**, 33-36.
77. Matsuzaki H., Makiyama K., Suzuki H. et al. (2016), Prevention of neck infection by endoscopic suture closure of pyriform sinus fistulae: a report of two cases, *Brazilian journal of otorhinolaryngology*.
78. Koyama S., Fujiwara K., Morisaki T. et al. (2016), Submucosal abscess of the esophagus caused by piriform sinus fistula treated with transoral video laryngoscopic surgery, *ORL*, **78(5)**, 252-258.
79. MacLean J. A. Sobol S. E. (2014), "Congenital Malformations of the Neck", *Congenital Malformations of the Head and Neck*, Springer, 159-183.
80. Szego P. Levy R. (1970), Recurrent acute suppurative thyroiditis, *Canadian Medical Association Journal*, **103(6)**, 631.
81. Raven R. (1933), Pouches of the pharynx and œsophagus with special reference to the embryological and morphological aspects, *British Journal of surgery*, **21(82)**, 235-256.
82. Furukawa M., Kano M., Takiguchi T. et al. (1986), Piriform sinus fistula as a route of infection in acute suppurative thyroiditis, *Auris Nasus Larynx*, **13(2)**, 107-112.
83. Sandborn W. D. Shafer A. D. (1972), A branchial cleft cyst of fourth pouch origin, *Journal of pediatric surgery*, **7(1)**, 82.
84. Tucker H. (1973), Fourth branchial cleft (pharyngeal pouch) remnant, *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*, **77**, 368-371.
85. Guertin L., Hamoir M., Brazeau-Lamontagne L. et al. (1992), Congenital fistula of the apex of the pyriform sinus: an overlooked phenomenon of debatable origin, *The Journal of otolaryngology*, **21(3)**, 174-176.

86. Derks L. S., Veenstra H. J., Oomen K. P. et al. (2016), Surgery versus endoscopic cauterization in patients with third or fourth branchial pouch sinuses: a systematic review, *The Laryngoscope*, **126(1)**, 212-217.
87. Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Thuý Hà, Trần Kim Dung (1983), Các hình thái lâm sàng u nang và dò bẩm sinh ở vùng cổ, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, **1**, 38-46.
88. Nguyễn Hoài An, Nguyễn Hoàng Sơn, Nguyễn Tố Uyên et al. (1999), Một số nhận xét qua 50 ca rò xoang lê, *Nội san Tai Mũi Họng*, **2**, 15-18.
89. Lê Minh Kỳ (2011), Tìm hiểu một số yếu tố làm phẫu thuật rò xoang lê thất bại, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, **56(5(3))**, 15-20.
90. Agaton-Bonilla F. C. Gay-Escoda C. (1996), Diagnosis and treatment of branchial cleft cysts and fistulae. A retrospective study of 183 patients, *International journal of oral and maxillofacial surgery*, **25(6)**, 449-452.
91. Stenquist M., Juhlin C., Åström G. et al. (2003), Fourth branchial pouch sinus with recurrent deep cervical abscesses successfully treated with trichloroacetic acid cauterization, *Acta oto-laryngologica*, **123(7)**, 879-882.
92. Rajbhandari P., Shrestha B. L. Dhakal A. (2018), Thyroid abscess in a 5 year old child caused by Enterococcus species: a rare case report, *International Journal of Scientific Reports*, **4(2)**, 36-39.
93. Di Nardo G., Valentini V., Angeletti D. et al. (2016), Recurrent pyriform sinus fistula successfully treated by endoscopic Glubran 2 sealing: a rare case and literature review, *SAGE open medical case reports*, **4**, 2050313X16672151.

94. Ghaemi N., Sayedi J.Bagheri S. (2014), Acute suppurative thyroiditis with thyroid abscess: a case report and review of the literature, *Iranian journal of Otorhinolaryngology*, **26(74)**, 51.
95. Cieszyński Ł., Sworczak K., Babińska A. et al. (2013), Recurrent acute suppurative thyroiditis due to pyriform sinus fistula in an adult—case report, *Endokrynologia Polska*, **64(3)**, 234-236.
96. Hunchaisri N. (2009), A Case Report: Fourth branchial cleft fistula successfully treated with microlaryngoscopic cauterization, *วารสารการแพทย์ และ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ (Journal of Medicine and Health Science)*, **15(3)**.
97. Lin J.-N.Wang K.-L. (1991), Persistent third branchial apparatus, *Journal of pediatric surgery*, **26(6)**, 663-665.
98. Teo N. W. Y., Ibrahim S. I.Tan K. K. H. (2015), Distribution of branchial anomalies in a paediatric Asian population, *Singapore medical journal*, **56(4)**, 203.
99. Võ Lâm Phước, Trần Phương Nam, Nguyễn Quốc Dũng (2011), Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê tại BV trung ương Huế, *Nội san HNKHKT toàn quốc-Khánh Hoà*, **5-2011**, 214-219.
100. Miyauchi A., Matsuzuka F., Takai S.-i. et al. (1981), Piriform sinus fistula: A route of infection in acute suppurative thyroiditis, *Archives of Surgery*, **116(1)**, 66-69.
101. Park J. H., Jung Y. H., Sung M. W. et al. (2013), Temporary vocal fold immobility after chemocauterization of the pyriform sinus fistula opening with trichloroacetic acid, *The Laryngoscope*, **123(2)**, 410-413.
102. Chen E. Y., Inglis A. F., Ou H. et al. (2009), Endoscopic electrocauterization of pyriform fossa sinus tracts as definitive treatment, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **73(8)**, 1151-1156.

103. Leboulanger N., Ruellan K., Nevoux J. et al. (2010), Neonatal vs delayed-onset fourth branchial pouch anomalies: therapeutic implications, *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, **136(9)**, 885-890.
104. Sheng Q., Lv Z., Xiao X. et al. (2014), Diagnosis and management of pyriform sinus fistula: experience in 48 cases, *Journal of pediatric surgery*, **49(3)**, 455-459.
105. Seok J. H., Ahn D., Sohn J. H. et al. (2013), Pyriform sinus fistula: a single center experience, *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg*, **56(3)**, 154-8.
106. DiNARDO L. J. Wohl D. L. (1995), Partial DiGeorge anomaly presenting as an enlarging third pharyngeal pouch cyst, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, **113(6)**, 785-787.
107. Kim H., Shon H., Kim J. et al. (2009), Actinomycosis of the thyroid with pyriform sinus fistula in an adult, *Thyroid*, **19(7)**, 795-797.
108. Heyes R., Aulakh A., Lingam R. et al. (2017), Endoscopic electrocautery and fibrin obliteration of an acutely complicated pyriform fossa sinus tract in a septuagenarian, *The Journal of Laryngology & Otology*, **131(10)**, 933-936.
109. Shimazaki T., Yoshida Y., Umeno H. et al. (1999), Two cases of pyriform sinus fistula which required a long time for diagnosis, *Auris Nasus Larynx*, **26(4)**, 501-507.
110. Cha W., Cho S. W., Hah J. H. et al. (2013), Chemocauterization of the internal opening with trichloroacetic acid as first-line treatment for pyriform sinus fistula, *Head & neck*, **35(3)**, 431-435.
111. Yamashita H., Noguchi T. Takahashi M. (1995), Recurrent cervical abscess due to pyriform sinus fistula, *The Journal of Laryngology & Otology*, **109(9)**, 886-888.

112. Koo B. S., Lee G. H., Seo S. T. et al. (2010), A case of perithyroidal actinomycosis in a child with pyriform sinus fistula, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra*, **5(4)**, 149-151.
113. Miller D., Hill J. L., Sun C.-C. et al. (1983), The diagnosis and management of pyriform sinus fistulae in infants and young children, *Journal of pediatric surgery*, **18(4)**, 377-381.
114. Miyauchi A. (2010), Thyroid gland: A new management algorithm for acute suppurative thyroiditis?, *Nature Reviews Endocrinology*, **6(8)**, 424.
115. Broadney M., Senguttuvan R. Patel P. G. (2015), Case 3: Anterior Neck Swelling, Fever, and Hypertension in a 3-Year-Old Boy, *Pediatrics in review*, **36(4)**, 178.
116. Yu E. H., Ko W.-C., Chuang Y.-C. et al. (1998), Suppurative *Acinetobacter baumannii* thyroiditis with bacteremic pneumonia: case report and review, *Clinical infectious diseases*, **27(5)**, 1286-1290.
117. De Sousa R. F., Amonkar D. Mervyn C. (2008), Thyroid abscess with cutaneous fistula: case report and review of the literature, *Thyroid Science*, **3(11)**, 1-4.
118. Anand T., Anand C. Chaurasia B. (1979), Seven cases of branchial cyst and sinuses in four generations, *Human heredity*, **29(4)**, 213-216.
119. Garrel R., Jouzdani E., Gardiner Q. et al. (2006), Fourth branchial pouch sinus: from diagnosis to treatment, *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, **134(1)**, 157-163.
120. Amano H., Uchida H., Sato K. et al. (2012), Differences in the characteristics and management of pyriform sinus fistula between neonates and young children, *Pediatric surgery international*, **28(1)**, 15-20.

121. Mankekar G., Nayak S. R., Kirtane M. et al. (1993), Fourth branchial arch fistula: a case report, *The Journal of Laryngology & Otology*, **107(5)**, 458-459.
122. Pereira K. D., Losh G. G., Oliver D. et al. (2004), Management of anomalies of the third and fourth branchial pouches, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **68(1)**, 43-50.
123. Evans S. H., Marinello M., Dodson K. M. (2010), Novel presentation of a fourth branchial cleft anomaly in a male infant, *American journal of otolaryngology*, **31(2)**, 120-122.
124. Ruggeri C., Wasniewska M., Carcione L. et al. (2004), Fistulectomy may not be the first choice treatment in a child with recurrent suppurative thyroiditis, *Journal of endocrinological investigation*, **27(2)**, 207.
125. Gibbs C. M., Nichols F. C., Kasperbauer J. L. et al. (2002), Meal-induced dysphagia and otalgia secondary to a pyriform sinus fistula, *The American Journal of Gastroenterology*, **9(97)**, S188.
126. James A., Stewart C., Warrick P. et al. (2007), Branchial sinus of the piriform fossa: reappraisal of third and fourth branchial anomalies, *The Laryngoscope*, **117(11)**, 1920-1924.
127. Kageyama K., Watanuki Y., Terui K. et al. (2016), A Case of Acute Suppurative Thyroiditis Accompanied by Transient Abducens Nerve Palsy, *AACE Clinical Case Reports*, **2(2)**, e110-e112.
128. Yamakawa Y., Masaoka A., Kataoka M. et al. (1993), Mediastinal abscess caused by a pyriform sinus fistula: report of a case, *Surgery today*, **23(5)**, 462-464.
129. Murdoch M. J., Culham J., Stringer D. A. (1995), Pediatric case of the day. Infected fourth branchial pouch sinus with an extensive complicating cervical and mediastinal abscess and left-sided empyema, *Radiographics*, **15(4)**, 1027-1030.

130. Liberman M., Kay S., Emil S. et al. (2002), Ten years of experience with third and fourth branchial remnants, *Journal of pediatric surgery*, **37(5)**, 685-690.
131. Blanks D. A. Shores C. G. (2010), Patent Piriform Sinus Fistula in a Third Branchial Cleft Cyst, *The Laryngoscope*, **120(S3 S3)**, S3-S3.
132. Dutt S. N., John H., Nayar R. C. et al. (1994), Surgical management of a case of third branchial pouch fistula, *The Journal of Laryngology & Otology*, **108(12)**, 1095-1096.
133. Lachance S. Chadha N. K. (2016), Systematic review of endoscopic obliteration techniques for managing congenital piriform fossa sinus tracts in children, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, **154(2)**, 241-246.
134. Chow T., Lam S., Lo A. et al. (2013), Right-sided pyriform sinus fistula in an adult, *Hong Kong Med J*, **19(4)**, 349-51.
135. Zhang J., Huang S., Li H. et al. (2012), Relapsing suppurative neck abscess after chemocauterization of pyriform sinus fistula, *Clinical imaging*, **36(6)**, 826-828.
136. Rossiter J. L. Topf P. (1991), Acute suppurative thyroiditis with bilateral piriform sinus fistulae, *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, **105(4)**, 625-628.
137. Lammers D., Campbell R., Davila J. et al. (2018), Bilateral Piriform sinus fistulas: a case study and review of management options, *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, **47(1)**, 16.
138. Arunachalam P., Vaidyanathan V. Sengottan P. (2015), Open and endoscopic management of fourth branchial pouch sinus—our experience, *International archives of otorhinolaryngology*, **19(4)**, 309-313.

139. Kano M., Murono S., Yamamoto T. et al. (2016), Preoperative identification of the internal opening with the modified Killian's method in a case of pyriform sinus fistula, *American journal of otolaryngology*, **37(1)**, 38-40.
140. Nicoucar K., Giger R., Jaecklin T. et al. (2010), Management of congenital third branchial arch anomalies: a systematic review, *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, **142(1)**, 21-28. e2.
141. Carta F., Sionis S., Mascia L. et al. (2014), Fourth branchial cleft anomaly: Management strategy in acute presentation, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **78(9)**, 1480-1484.
142. Osman M. A. (2012), Histoacryl injection in the management of fourth branchial fistula, *Annals of Pediatric Surgery*, **8(3)**, 74-76.
143. Franciosi J. P., Sell L. L., Conley S. F. et al. (2002), Pyriform sinus malformations: a cadaveric representation, *Journal of pediatric surgery*, **37(3)**, 533-538.
144. Wang S., He Y., Zhang Y. et al. (2017), CO2 laser cauterization approach to congenital pyriform sinus fistula, *Journal of pediatric surgery*.
145. Abbas P. I., Roehm C. E., Friedman E. M. et al. (2016), Successful endoscopic ablation of a pyriform sinus fistula in a child: case report and literature review, *Pediatric surgery international*, **32(6)**, 623-627.
146. Ahmed J., De S., Hore I. et al. (2008), Treatment of piriform fossa sinuses with monopolar diathermy, *The Journal of Laryngology & Otology*, **122(8)**, 840-844.
147. Pereira K. D. Smith S. L. (2008), Endoscopic chemical cautery of piriform sinus tracts: a safe new technique, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **72(2)**, 185-188.

148. Nguyễn Nhật Linh (2013), Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê qua 32 ca phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật chỉnh hình, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 2007-2012, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, **58(16(4))**, 106-112.
149. Shugar M. A.Healy G. B. (1980), The fourth branchial cleft anomaly, *Head & neck surgery*, **3(1)**, 72-75.
150. Watson G., Nichani J., Rothera M. et al. (2013), Case series: endoscopic management of fourth branchial arch anomalies, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, **77(5)**, 766-769.
151. Shino M., Yasuoka Y., Nakajima K. et al. (2014), A case of pyriform sinus fistula infection with double tracts, *Case reports in otolaryngology*, **2014**.

PHỤ LỤC 1

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU RÒ XOANG LÊ

I - Hành chính.

- Họ và tên BN:
- Năm sinh: Tuổi: Giới: 1 Nam / 2 Nữ
- Nghề nghiệp: 1. Trẻ em 2. HS,SV 3. Cán bộ (BS, giáo viên, kế toán...)
- 4. Công nhân 5. Nghề khác (Làm ruộng, bán hàng, nội trợ, tự do...)
- Địa chỉ:
- Email:
- Điện thoại liên lạc:
- Ngày vào:
- Ngày ra:
- Số bệnh án: Mã lưu trữ:
- BHYT: 1. Đúng tuyến 2. Vượt tuyến 3. Không có 4. Khác:

II - Lý do vào viện.

- 1. Sưng đau cổ bên 2. Có lỗ rò 3. Vào mổ theo hẹn 4. Khác:

III - Tiền sử và Bệnh sử.

- + Gia đình có người bị rò xoang lê: 1. Không 2. Có, mối quan hệ:
- + Bản thân: có bệnh lý rò vùng cổ khác: 1. Không 2. Có, loại rò:
- + Tuổi khởi phát: + Thời gian mang bệnh:
- + Thời gian mang bệnh sau khi chẩn đoán xác định:
- + Triệu chứng:

Sốt: 1. Có: 1.1 Nhẹ (37° - $<38^{\circ}$) 1.2 Vừa (38° - $<39^{\circ}$) 1.3 Cao ($\geq 39^{\circ}$)
2. Không 3. Không rõ.

Đau họng, đau cổ (nuốt đau...): 1. Có 2. Không 3. Không rõ

Khạc mủ: 1. Có 2. Không 3. Không rõ

Khó thở: 1. Có 2. Không 3. Không rõ

Có lỗ rò bẩm sinh vùng cổ: 1. Có 2. Không

Rò thức ăn, nước uống: 1. Có 2. Không

- + Bên tổn thương: 1. Trái 2. Phải 3. Cả hai bên
- + Tháng xuất hiện bệnh: Khởi phát: Tái phát:
- + Triệu chứng ngoài giai đoạn viêm nhiễm:
 - 1. Bình thường 2. Sẹo xơ xấu 3. Lỗ rò chảy dịch
- + Số lần tái phát: lần, trong đó có lần sau điều trị PT/xơ hóa.
- + Điều trị: 1. Kháng sinh 2. Chích rạch: lần Thời gian ổn định:
- 3. PT/gây xơ hóa: lần Thời gian ổn định:
- + Chẩn đoán của tuyến trước: 1. Đúng 2. Sai:
- + Tuyến đưa ra chẩn đoán: 1. Quận, Huyện 2. Tỉnh, TP 3. Trung ương.

IV- Khám bệnh.

- Sốt: 1. Có: 1.1 Nhẹ (37° - $<38^{\circ}$) 1.2 Vừa (38° - $<39^{\circ}$) 1.3 Cao ($\geq 39^{\circ}$)
 - 2. Không 3. Không rõ.
- Viêm tấy cổ bên: 1. Có 2. Không
- Áp xe cổ bên: 1. Có 2. Không
- Ranh giới: 1. Rõ 2. Không rõ
- Mật độ: 1. Cứng, chắc 2. Mềm
- Kích thước: cm
- Có lỗ rò ngoài da: 1. Có 2. Không
- Có rò thức ăn, nước uống: 1. Có 2. Không

V - Nội soi.

- + Thực hiện: 1. Trước mổ 2. Trong mổ
- + Loại ống soi: 1. ống cứng 2. ống mềm
- + Vô cảm: 1. gây tê 2. gây mê
- Kích thước lỗ rò: 1. nhỏ 2. trung bình 3. to
- + Số lần đã soi trước mổ: lần
- + Bên tổn thương: 1. Trái 2. Phải 3. Cả hai bên
- + Vị trí lỗ rò ở xoang lê: 1. Đáy xoang lê 2. Thành bên
- + Nơi soi: 1. BV TMH TW 2. BV Nhi TW

VII. Theo dõi sau khi ra viện.

Ngày khám lại:

- + Thời gian từ khi PT đến khi khám lại: tháng
- + Lý do khám lại: 1. Theo hẹn (không tái phát) 2. Có bất thường:
2.1. Viêm tấy, áp xe vùng cổ 2.2. Có lỗ rò 2.3 Có khối ở cổ không đau
- + Phương pháp nội soi kiểm tra xoang lê: 1. Ống soi TQ 2. Ống soi mềm
- + Biện pháp vô cảm: 1. Gây tê 2. Gây mê
- + Kết quả: 1. Lỗ rò đóng kín 2. Còn lỗ rò 3. Khác :

Ngày khám lại:

- + Thời gian từ khi PT đến khi khám lại: tháng
- + Lý do khám lại: 1. Theo hẹn (không tái phát) 2. Tái phát
- + Biểu hiện tái phát: 1. Sưng đau/áp xe vùng cổ 2. Có lỗ rò vùng cổ
- + Phương pháp nội soi kiểm tra xoang lê: 1. Ống soi TQ 2. Ống soi mềm
- + Biện pháp vô cảm: 1. Gây tê 2. Gây mê
- + Kết quả: 1. Lỗ rò đóng kín 2. Còn lỗ rò 3. Khác :

**** Theo dõi qua điện thoại:***

Ngày giờ gọi điện:

Số tháng tính từ lần điều trị đóng miệng lỗ rò gần nhất: tháng

Tình trạng BN: 1. Ổn định, không tái phát
2. Khác:

Sẹo mổ tại chỗ (BN/người nhà tự đánh giá và chụp ảnh gửi cho BS):

1. Sẹo nhỏ đẹp 2. Sẹo bình thường 3. Sẹo xấu

Đánh giá kết quả:

1. Tốt (không tái phát, sẹo đẹp)
2. Khá (không tái phát, có sẹo lồi, sẹo xấu)
3. Kém (đã bị tái phát)

Hà nội, ngày tháng năm 20...

Bác sĩ điều trị

PHỤ LỤC 2
DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

TT	Họ và tên người bệnh	Tuổi		Ngày vào	Ngày ra	Số BA
		Nam	Nữ			
1	Nguyễn Trung H.	23		8/02/2014	5/3/2014	14000648
2	Đàm Văn H.	10		13/5/2014	4/6/2014	14003411
3	Hoàng Thị Hoài Th.		9	9/6/2014	25/6/2014	14004433
4	Nguyễn Quốc V.	12		6/7/2014	14/7/2014	14005792
5	Võ Chế Trúc A.		5	7/7/2014	18/7/2014	14005907
6	Đoàn Diệu L.		11	9/7/2014	7/8/2014	14006021
7	Nguyễn Thu M.		6	9/7/2014	24/7/2014	14006065
8	Đặng Tuấn Đ.	25		23/7/2014	6/8/2014	14006803
9	Hoàng Ngọc Đ.	15		24/7/2014	6/8/2014	14006940
10	Dương Việt Th.	7		25/7/2014	3/9/2014	14006943
11	Phạm Thị Th.		21	3/9/2014	12/9/2014	14008383
12	Lê Minh H.	7		12/9/2014	6/10/2014	14008832
13	Vũ Thảo Ng.		5	12/10/2014	20/10/2014	14009830
14	Nguyễn Thị Thu G.		7	6/10/2014	29/10/2014	14009658
15	Nguyễn Thủy D.		9	20/10/2014	24/11/2014	14010211
16	Đậu Hà Th.		3	27/10/2014	24/11/2014	14010360
17	Dương Đình B.	33		16/11/2014	24/11/2014	14010985
18	Nguyễn Thị Hoàng Q.		31	16/11/2014	24/11/2014	14010990
19	Hoàng Thị H.		14	20/11/2014	15/12/2014	14011184
20	Phạm Duy Th.	12		7/12/2014	15/12/2014	14011795
21	Ngô Phương Th. (lần 1)		2	03/3/2014	19/3/2014	14001187
	Ngô Phương Th. (lần 2)		3	6/12/2014	5/01/2015	14011800
22	Tạ Nhật M.	5		14/12/2014	22/12/2014	14012045
23	Trần Thu H.		6	25/11/2014	24/12/2014	14011340
24	Vũ Văn B.	20		30/12/2014	2/02/2015	14012624
25	Nguyễn Thị H.		16	6/01/2015	2/02/2015	15000057
26	Phạm Thu Tr. 2		5	20/01/2015	4/02/2015	15000523
27	Thân Thế Kh.	8		27/01/2015	6/02/2015	15000755
28	Nguyễn Hữu Đ.	18		23/01/2015	9/02/2015	15000627
29	Vũ Minh H.	14		26/01/2015	9/02/2015	15000674
30	Nguyễn Quang H. (lần 1)	7		10/02/2015	13/02/2015	15001172



Handwritten signature

TT	Họ và tên người bệnh	Tuổi		Ngày vào	Ngày ra	Số BA
		Nam	Nữ			
	Nguyễn Quang H. (lần 2)	7		15/3/2015	22/3/2015	15001707
31	Khổng Nguyễn Minh M.		3	18/3/2015	30/3/2015	15001848
	Khổng Nguyễn Minh M.		3	26/10/2015	04/11/2015	15011700
32	Nguyễn Cảnh Đ.	13		20/3/2015	01/4/2015	15001919
33	Đàm Đình B. (lần 1)	56		15/9/2014	03/10/2014	14008892
	Đàm Đình B. (lần 2)	57		20/3/2015	30/3/2015	15001936
34	Trần Văn H. (lần 1)	17		25/12/2014	05/01/2015	14012425
	Trần Văn H. (lần 2)	18		25/3/2015	01/4/2015	15002049
35	Ngô Văn M.	32		26/3/2015	03/4/2015	15001210
36	Hà Thị Th. (lần 1)		21	24/02/2015	02/3/2015	15001253
	Hà Thị Th. (lần 2)		21	5/4/2015	13/4/2015	15002119
37	Nguyễn Văn H.	7		05/4/2015	13/4/2015	15002449
38	Trần Khánh L.		7	12/4/2015	20/4/2015	15002738
39	Đặng Thị Thanh Th. (L1)		3	10/5/2015	18/5/2015	15003394
	Đặng Thị Thanh Th. (L2)		3	02/6/2015	10/6/2015	15005012
40	Tạ Mai Tr.		3	10/5/2015	18/5/2015	15003714
41	Phan Thị D.		68	10/5/2015	18/5/2015	15003712
42	Trần Trọng H.	3		17/5/2015	25/5/2015	15004070
43	Nông Thị T.		31	17/5/2015	25/5/2015	15004072
44	Hoàng Trung D. (lần 1)	36		14/4/2015	24/4/2015	15002869
	Hoàng Trung D. (lần 2)	36		24/5/2015	01/6/2015	15004432
45	Đàm Linh Ch. (lần 1)		10	04/02/2015	13/02/2015	15001064
	Đàm Linh Ch. (lần 2)		10	01/6/2015	08/6/2015	15004860
46	Nguyễn Quốc H.	12		07/6/2015	15/6/2015	15005149
47	Phạm Hải Ng. (lần 1)		15	07/3/2015	16/3/2015	15001480
	Phạm Hải Ng. (lần 2)		15	24/6/2015	01/7/2015	15006132
48	Trần Thị H. (lần 1)		27	08/3/2015	16/3/2015	15001492
	Trần Thị H. (lần 2)		27	25/6/2015	02/7/2015	15006236
49	Ngô Hoàng L.		4	22/6/2015	06/7/2015	15005992
50	Phạm Thùy D.		5	15/6/2015	09/7/2015	15005552
51	Trương Thanh H.		22	23/6/2015	14/7/2015	15006005
52	Nguyễn Thế H.	10		25/6/2015	13/7/2015	15006191
53	Võ Thị Bảo Tr.		5	05/7/2015	13/7/2015	15006699
54	Nguyễn Hải Y.		4	05/7/2015	13/7/2015	15006722

BỆNH VIỆN
H - MŨI -
TRUNG

Handwritten signature

TT	Họ và tên người bệnh	Tuổi		Ngày vào	Ngày ra	Số BA
		Nam	Nữ			
55	Nông Thị Thanh Th. (L1)		3	07/7/2015	30/7/2015	15006912
	Nông Thị Thanh Th. (L2)		3	04/8/2015	17/8/2015	15008463
56	Mai Ngọc S.	27		12/7/2015	20/7/2015	15007138
57	Vũ Thanh Ph.	2		13/7/2015	20/7/2015	15007159
58	Trần Văn H.	7		16/7/2015	23/7/2015	15007413
59	Nguyễn Thị Minh N.		13	24/7/2015	03/8/2015	15007859
60	Phùng Trí H.	7		24/7/2015	13/8/2015	15007826
61	Trịnh Xuân K.	1		02/8/2015	10/8/2015	15008235
62	Cao Thế H.	25		02/8/2015	10/8/2015	15008237
63	Hồ Thị Mai H.		33	02/8/2015	10/8/2015	15008239
64	Huỳnh Văn H.	3		09/8/2015	17/8/2015	15008595
65	Lại Tuấn A.	27		20/8/2015	03/9/2015	15009187
66	Phạm Đức C.	11		23/8/2015	28/8/2015	15009238
67	Nguyễn Hoàng H.	3		21/8/2015	11/9/2015	15009277
68	Nguyễn Tiến Đ.	3		30/8/2015	04/9/2015	15009545
69	Chu thị Lan A.		3	30/8/2015	04/9/2015	15009546
70	Phạm Thị D.		26	10/9/2015	21/9/2015	15009974
71	Nguyễn Quốc Kh.	6		15/9/2015	21/9/2015	15010180
72	Bùi Thị Kh.		27	11/9/2015	02/10/2015	15010068
73	Hoàng Mạnh C.	11		23/9/2015	12/10/2015	15010454
74	Hoàng Minh Ph.		11	28/9/2015	26/10/2015	15010612
75	Trần Thị Th.		25	05/10/2015	12/10/2015	15010842
76	Trần Văn T. (lần 1)	20		20/8/2015	21/8/2015	15009186
	Trần Văn T. (lần 2)	20		16/10/2015	23/10/2015	15011348
77	Nguyễn Thủy L. 1 (lần 1)		3	17/9/2015	02/10/2015	15010246
	Nguyễn Thủy L. 1 (lần 2)		3	22/10/2015	28/10/2015	15011560
78	Nguyễn Thủy L. 2		20	22/10/2015	04/11/2015	15011604
79	Tổng Trà M.		15	22/10/2015	06/11/2015	15011605
80	Nguyễn Nhật N.	3		25/10/2015	30/10/2015	15011614
81	Nguyễn Thị T. (lần 1)		52	24/8/2015	23/9/2015	15009336
	Nguyễn Thị T. (lần 2)		52	25/10/2015	30/10/2015	15011615
	Nguyễn Thị T. (lần 3)		52	02/11/2015	13/11/2015	15011971
	Nguyễn Thị T. (lần 4)		52	03/01/2016	08/01/2016	16000008
82	Vũ Thế T. (lần 1)	33		10/10/2015	06/11/2015	15011151

HỘI
HỒNG
ĐÔNG

Handwritten signature

TT	Họ và tên người bệnh	Tuổi		Ngày vào	Ngày ra	Số BA
		Nam	Nữ			
	Vũ Thế T. (lần 2)	33		21/02/2016	26/02/2016	16001012
83	Thái Bá Tr.	12		28/10/2015	13/11/2015	15011841
84	Lương Quế Ch.		2	01/11/2015	06/11/2015	15011898
85	Lê Ngân H.		7	20/11/2015	27/11/2015	15012707
86	Đình Quốc B.	7		20/11/2015	14/12/2015	15012718
87	Nguyễn Quang M.	3		25/11/2015	02/12/2015	15012869
88	Vũ Văn Ngh. (lần 1)	12		25/11/2015	11/12/2015	15012872
	Vũ Văn Ngh. (lần 2)	12		21/12/2015	31/12/2015	15013778
89	Phan thị Quỳnh M.		11	21/12/2015	28/12/2015	15013749
90	Trần Minh T. (lần 1)	30		18/11/2015	07/12/2015	15012621
	Trần Minh T. (lần 2)	30		25/12/2015	04/01/2016	15013956

Hà Nội, ngày 12 tháng 08 năm 2019

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

XÁC NHẬN CỦA PHÒNG KHTH

BỆNH VIỆN TMHTW

Trưởng phòng



PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh



Ths. Lê Anh Tuấn

