

NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÀNG NHĨ ĐƠN THUẦN TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

LƯƠNG HỒNG CHÂU
Bệnh viện tai Mũi Họng trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 352 bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính (VTG mt). Các bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình màng nhĩ đơn thuần. Kết quả sau 6 - 12 tháng: tỷ lệ liền màng nhĩ là 307/ 352 trường hợp (87,22 %); tỷ lệ thủng lại màng nhĩ 45/ 352 (12, 78%).

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

SUMMARY

Review 352 cases who have chronic otitis media withou cholesteatoma. The patients were operated tympanoplasty on the first surgery. Results 6-12 months after surgery, rate of healing tympanic membrane: 307/352 (87.22%) ; fail 45/ 352 (12.78%).

Keywords: chronic otitis media, healing tympanic.

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Viêm tai giữa mạn tính không có cholesteatoma được phân vào loại VTG mt không nguy hiểm, vì không gây biến chứng nguy hiểm đến tính mạng. Do màng nhĩ có lỗ thủng làm hòm tai thông thương trực tiếp ra ngoài nên các chất bẩn, vi khuẩn dễ xâm nhập vào tai giữa, gây tình trạng chảy mủ tái diễn, thậm chí gây viêm xương chũm cấp. Màng nhĩ có lỗ thủng còn gây suy giảm thính lực với nhiều mức độ khác nhau, đặc biệt với trẻ em, thanh niên đang lứa tuổi học tập sẽ chịu nhiều ảnh hưởng đến tương lai và phát triển sau này, nhất là với trẻ bị VTG mt cả hai bên.

Khi bị VTG mt thì có bệnh nhân chảy mủ gần như liên tục, nhưng có bệnh nhân gần như không chảy mủ hoặc chảy mủ rất ít. Vì vậy việc điều trị VTG mt có nhiều phương pháp khác nhau, phụ thuộc vào mức độ bệnh, vào độ tuổi, phụ thuộc tình trạng bệnh lý của mũi họng. Nếu điều trị nội khoa nhiều đợt mà bệnh hay tái diễn, hoặc dù tai khô không chảy mủ, nhưng người bệnh nghe kém do thủng màng nhĩ, thì khi đó có chỉ định phẫu thuật tạo hình lại màng nhĩ. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, phẫu thuật đối với VTG mt có hai kỹ thuật và là hai trường phái chủ yếu: mổ sào bào thượng nhĩ (SBTN) và tạo hình màng nhĩ, hoặc

mổ tạo hình màng nhĩ đơn thuần, nghĩa là không có mở xương chũm. Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương qua một thời gian 30- 40 năm luôn luôn là mổ SBTN- tạo hình màng nhĩ, hiếm khi tạo hình màng nhĩ đơn thuần. Hiện nay chúng tôi cũng đồng thời ứng dụng cả hai kỹ thuật này, nhưng nhờ có trang bị kính hiển vi phẫu thuật hiện đại, việc kiểm soát bệnh tích hòm tai tốt hơn, nên chỉ định mổ tạo hình màng nhĩ đơn thuần đã thường xuyên hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu kết quả tạo hình màng nhĩ đơn thuần trên bệnh nhân VTG mt không cholesteatoma.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán VTG mt không có cholestatoma, được mổ tạo hình màng nhĩ đơn thuần tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương. Thời gian tiến hành từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 9 năm 2008.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai không thối, lúc vào viện tai còn chảy dịch nhầy hoặc tai khô, nghe kém bên tai bệnh. Bệnh nhân có bệnh án nội trú, đủ tiêu chuẩn phẫu thuật.

Khám nội soi: màng nhĩ có lỗ thủng màng nhỏ, hoặc thủng rộng màng căng không sát xương.

Lứa tuổi: từ 15 đến 70 tuổi.

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

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

Trong nghiên cứu này mục tiêu của chúng tôi là tạo hình màng nhĩ để chống viêm nhiễm gây chảy mủ tai tái diễn, nên dù bệnh nhân có điếc tiếp nhận, thì vẫn có chỉ định phẫu thuật, giúp bệnh nhân đeo máy trợ thính tốt hơn. Vì vậy chúng tôi không tổng kết đánh giá chức năng nghe trước mổ trong nghiên cứu này.

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

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

2. Cỡ mẫu.

352 bệnh nhân.

3. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu có can thiệp.

Kỹ thuật mổ: Phẫu thuật được tiến hành dưới kính hiển vi phẫu thuật. Chúng tôi sử dụng đường rạch da sau tai, bóc tách lấy cân cơ thái dương chuẩn bị mảnh ghép. Rạch da ống tai từ 6- 12 giờ, cách khung nhĩ 6 mm, vén da ống tai và phần màng nhĩ còn lại vén về phía trước (bóc tách màng nhĩ một lớp nếu phần màng nhĩ còn lại không có màng vôi hoá, nếu có màng vôi hoá thì màng nhĩ sẽ được bóc tách hai lớp để lấy được màng vôi hoá ở giữa), lấy các tổ chức viêm sùi trong hòm tai nếu có, kiểm tra hệ thống xương con, lỗ vòi nhĩ đảm bảo thông thoáng, bơm nước rửa sạch hòm nhĩ nếu có dịch nhầy. Đặt cân cơ thái dương tạo hình màng nhĩ, đặt lại da ống tai, chèn gelform cố định da ống tai và mảnh vá. Khâu sau tai hai lớp theo giải phẫu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới.

15 đến 70 tuổi

Bảng 1. So sánh tuổi và giới:

Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi						
15 - <18	32	9,09	47	13,35	79	22,43
18 - 50	80	22,73	93	26,42	173	49,15
51 - 70	43	12,22	57	16,19	100	28,41
Tổng số	155	44,03	197	55,97	352	100

Nhận xét :

- Giới : VTG mt không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

- Tuổi : phẫu thuật tạo hình màng nhĩ đơn thuần đa số độ tuổi 18 – 50 tuổi, chiếm tỷ lệ gần một nửa (49, 15 %). Độ tuổi 15 – 18 và 51 đến 70 tuổi tỷ lệ tương đương.

2. Thời gian bị bệnh.

- Dưới 5 năm : 34,94 % (123/352 bệnh nhân).

- Trên 5 năm : 65,05 % (229/352 bệnh nhân).

Nhận xét: Có 65, 05 % bệnh nhân bị VTG từ trên 5 năm, những bệnh nhân này đã phải điều trị nội khoa một thời gian dài, nhưng thường tái phát. Điều này cho thấy VTG mt là một bệnh khó có thể điều trị dứt điểm bằng nội khoa đơn thuần.

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

Màng nhĩ	MN thủng nhỏ < 1/2		MN thủng rộng > 1/2		Tổng số	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Mủ tai						
Mủ chảy tái diễn nhiều đợt	140	39,77	168	47,72	308	87,50
Tai khô	12	3,41	32	9,09	44	12,5
Tổng số	152	43,18	200	56,82	352	100

Nhận xét: số bệnh nhân có kích thước lỗ thủng màng nhĩ lớn hơn hay bé hơn 1/2 diện tích màng nhĩ gần tương đương nhau, không có sự khác biệt. Nhưng đa số bệnh nhân có tình trạng chảy mủ tái diễn, chiếm tỷ lệ 308/352 (87,50%). Trên những bệnh nhân có lỗ thủng nhỏ việc chảy mủ tái diễn là do dẫn lưu mủ qua lỗ thủng kém. Lỗ thủng lớn thì lại do bệnh nhân không biết giữ gìn, để nước chảy vào tai khi tắm gội. Một nguyên nhân thường gặp gây tái phát chảy mủ tai là do viêm mũi họng cấp, viêm xoang...

4. Tổn thương trong hòm tai.

- 44 bệnh nhân có tai khô: niêm mạc gần như bình thường

- 308/352 bệnh nhân tai còn đang chảy mủ: phần lớn bệnh nhân có niêm mạc hòm tai phù nề, nhưng không có sùi viêm, hoặc có ít sùi, polyp, đảm bảo vệ sinh sạch dưới kính hiển vi phẫu thuật.

Nhận xét: đối với tai khô trong phẫu thuật cần bảo vệ niêm mạc hòm nhĩ, tránh không gây kích thích, không cần bơm nước hút rửa hòm tai, tránh tổn thương do áp lực ống hút. Đối với tai còn chảy mủ, bơm nước rửa và hút nhẹ nhàng, lấy hết tổ chức sùi, polyp hòm nhĩ, bảo tồn tối đa niêm mạc đáy nhĩ.

5. Tỷ lệ liền màng nhĩ sau 3 tháng và 6 - 12 tháng.

Kết quả	Sau 3 tháng		Sau 6- ≥12 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Liên màng nhĩ	317	90,06	307	87,22
Không liền màng nhĩ	35	9,94	45	12,78
Tổng số	352	100	352	100

Nhận xét: sau 3 tháng có 317 bệnh nhân liền màng nhĩ, tuy nhiên sau một thời gian có thêm 10 bệnh nhân đã bị thủng lại, nguyên nhân thường do viêm mũi họng không được điều trị kịp thời, cá biệt có 2 bệnh nhân do không biết làm thuốc tai và đã chọc thủng màng vá. Tỷ lệ thành công, liền màng tai sau 6 đến trên 12 tháng là 87,22 %. Tất cả bệnh nhân đều đến khám lại sau 3 tháng, nhưng kỳ hẹn 6- 12 tháng thì có nhiều người đến sau 12 tháng vì lý do thấy tai ổn định và nghe tăng nên đến không đúng hẹn.

KẾT LUẬN

Đối với bệnh nhân VTG mt không có cholesteatoma, phẫu thuật tạo hình màng nhĩ đơn thuần không cần mổ xương chũm cho kết quả thành công khá cao, chiếm tỷ lệ 87,22 %. Đối với bệnh nhân

không liền màng nhĩ thì có chỉ định mổ tiếp thì hai để giải quyết cho tai khô và phục hồi chức năng nghe nếu thính lực đồ đơn âm kết quả là điếc dẫn truyền hoặc điếc hỗn hợp thiên về dẫn truyền. Tuy nhiên chỉ nên tiến hành phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần cho bệnh nhân không có tổn thương nhiều trong hòm tai và không có tổn thương các thông bào xương chũm. Tỷ lệ thành công còn phụ thuộc nhiều vào tay nghề và kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên và sự chăm sóc, làm thuốc tai sau phẫu thuật.

Như vậy sau một thời gian khá dài tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương đối với bệnh nhân VTGmt dù tai đang chảy mủ hay khô thường được mổ SBTN rồi mới tạo hình màng nhĩ, mổ tạo hình màng nhĩ đơn thuần rất hiếm. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy mổ tạo hình màng nhĩ đơn thuần nếu đúng chỉ định, thực hiện tốt kỹ thuật thì tỷ lệ thành công tương đương như phẫu thuật SBTN tạo hình màng nhĩ, vừa tiết kiệm thời gian, công sức và kinh tế, mà vẫn đạt hiệu quả tốt. Như vậy đối với nhiều bệnh nhân VTG mt việc mổ xương chũm rồi mới vá nhĩ là không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aina Julianna Gulya, (2003), "Anatomy of the Temporal Bone", Surgery of the Ear, Glasscock- Gulya, Fifth Edition, pp. 35- 57.
2. Aristides Sismanis, (2003), "Tympanoplasty", Surgery of the Ear, Glasscock- Gulya, Fifth Edition, pp. 463- 485.
3. Bluestone C.D. and Klein J.O., (2001), "Management", Otitis Media in Infants and Children. W.B. Saunders Company, pp. 180-298.
4. C. Gary Jackson, (2003), "Principles of Temporal Bone and Skull Base Surgery. Surgery of the Ear. Glasscock - Gulya, Fifth Edition, pp. 263-288.
5. James W. Hall III; David Chandler, (1994), "Tympanometry in Clinical Audiology", Handbook of Clinical Audiology, pp. 283-299.
6. Giebink G.S. (1994), "Recent advances in otitis media treatment", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 103(suppl 163), pp. 4-6.
7. Glenn D. Johnson, (2003) Surgery of the Ear. Glasscock - Gulya, Fifth Edition, pp. 487- 498
8. Lương Hồng Châu, (2009), " Chức năng thông khí vòi nhĩ qua máy đo trở kháng trên bệnh nhân viêm tai giữa", NXB Y học.