

# PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG CON TRONG VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

LƯƠNG HỒNG CHÂU

Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân bị viêm tai xương chũm mạn tính (VTXC mt) mãn, có tổn thương xương con. Tiến hành phẫu thuật xương chũm, tạo hình xương con cho những bệnh nhân mất khớp đe- đập, hoặc mất cán xương búa và cành xuống xương đe. Kết quả: 75% có cải thiện sức nghe so với trước mổ. 25 % nghe không tăng.

Từ khoá: viêm tai xương chũm mạn tính, phẫu thuật xương chũm, tổn thương xương con.

## SUMMARY

This study was performed on 32 patients with ossicular erosion due to chronic suppurative otitis media without cholesteatoma. Mastoidectomy with tympanoplasty and ossicular reconstruction were performed. Results: 75 % patients have improving hearing from 10- 20 dB.

Keywords: chronic suppurative otitis media, mastoidectomy, ossicular erosion.

## ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm tai xương chũm mạn tính (VTXC mt) là bệnh thường gặp trong tai mũi họng. Người ta có thể chia nhiều thể lâm sàng khác nhau: viêm tai nguy hiểm và viêm tai không nguy hiểm. Các tác giả kinh điển cho rằng chỉ loại VTXC có cholesteatoma mới có khả năng làm tiêu hủy xương con gây tình trạng điếc nặng và gây biến chứng nguy hiểm tính mạng. Tuy nhiên với bệnh VTXC mt mãn, thuộc thể loại VTXC mt không nguy hiểm, nhưng vẫn nhiều khả năng tiêu hủy xương con, gây tình trạng suy giảm thính lực ở nhiều mức độ khác nhau. Phẫu thuật xương chũm, tạo hình màng nhĩ, tạo hình xương con vừa để chữa viêm và phục hồi thính lực là rất cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con trên bệnh nhân VTG mt có tổn thương xương con.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

**1. Đối tượng nghiên cứu:** là tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính không có cholesteatoma đã được mổ xương chũm, tái tạo xương con tại khoa Tai và khoa Tai thần kinh, từ tháng 1- 2003, đến tháng 12- 2006, bệnh nhân được theo dõi sau mổ 6- 12 tháng.

### 2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Cơ năng: Bệnh nhân bị chảy mủ tai chảy hoặc mủ đặc không thối. Bệnh nhân có nghe kém, ù tai, đau tai ít hoặc không đau tai, không sốt
- Không giới hạn tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sống.
- Bệnh nhân được đo thính lực trước mổ xác định mức độ giảm thính lực.
- Bệnh nhân được thăm khám đầy đủ về nội khoa, tai mũi họng, chụp film Schuller xác định tổn thương

xương chũm...

- Bệnh nhân đã được điều trị nội khoa nhiều đợt trước mổ mà không có bất kỳ một cải thiện nào về cơ năng, lâm sàng, bệnh tái diễn nhiều lần trong năm.

- Trong phẫu thuật phát hiện bệnh nhân có tổn thương xương con loại trừ tổn thương xương bàn đập, hoặc tổn thương cụt cán búa đơn thuần.

**3. Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân không đáp ứng được một trong những tiêu chuẩn trên, hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ không được đưa vào mẫu nghiên cứu.

**4. Cỡ mẫu:** 32 bệnh nhân (những bệnh nhân này được lựa chọn trong nhóm 35 bệnh nhân VTXC có tổn thương xương con)

**5. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, theo phương pháp thống kê mô tả có can thiệp.

- Phương pháp phẫu thuật: rạch da sau tai theo rãnh sau tai. Bộc lộ mặt xương chũm, bóc tách da ống tai và phần màng nhĩ còn lại vén về phía trước, vào hòm tai kiểm tra hệ thống xương con, có thể phải mở rộng khuyết sau trên để quan sát toàn bộ hệ thống xương búa- đe- bàn đập, đánh giá mức độ tổn thương xương con, lấy hết tổ chức viêm sùi trong hòm tai và quanh xương con, có thể xử dụng lại xương bị tổn thương một phần để tạo hình lại nếu có chỉ định, hoặc để lại làm thì hai. Khoan vào xương chũm lấy hết bệnh tích viêm xương chũm, khoan lên sào đạo, thượng nhĩ, bộc lộ rõ cành ngang xương đe, khớp búa đe, kiểm tra chuỗi xương con. Làm sạch hố mổ, tạo hình lại màng nhĩ. Đặt lại da ống tai, chèn mét dấu kháng sinh ống tai. Đóng hốc mổ theo các lớp giải phẫu.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Tuổi và giới: 18 đến 55 tuổi

Bảng 1. So sánh tuổi và giới

Giới Tuổi	Nam		Nữ	
	N	%	N	%
≤ 18	2	6,25	1	3,12
19 - 50	13	40,63	15	46,87
51- 55	0	0	1	3,13
Tỷ lệ (%)	15	46,88	17	53,12

Nhận xét:

- Giới: Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

- Tuổi: Nhóm tuổi 19 - 50 chiếm 28/ 32 bệnh nhân, với tỷ lệ 87,5 % và có sự khác biệt rõ với các nhóm tuổi khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 2. Thời gian bị bệnh

- Dưới 5 năm: 31,25 % (10 bệnh nhân).

- Trên 5 năm: 68,75 % (22 bệnh nhân).

Nhận xét: đa số bệnh nhân VTXC mt mãn chảy đ

bệnh quá lâu, nên dễ xảy ra tình trạng tiêu huỷ xương con làm suy giảm thính lực.

### 3. Nghe kém:

- Bệnh nhân có nghe kém dần: 31 bệnh nhân có nghe kém dần (96,87 %).

- Bệnh nhân không tự phát hiện nghe kém: 1 bệnh nhân (3,13 %).

Nhận xét: đa số bệnh nhân đều tự biết ngày càng nghe kém dần, chiếm tỷ lệ cao (91,43 %). Nhưng có một bệnh nhân không tự phát hiện nghe kém bên tai bệnh, chỉ đến khi đi khám mới biết mình nghe kém, tỷ lệ 3,13 %.

### 4. Mức độ, tính chất chảy mủ và lỗ thủng màng nhĩ

Bảng 2. So sánh mức độ, tính chất mủ và lỗ thủng màng nhĩ

Mủ (MN)	Mủ nhầy, loãng		Mủ keo đặc	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
MN thủng nhỏ 1/2 diện tích	6 / 32	18,75 %	14 / 32	43,75 %
MN thủng rộng	11 / 32	34,37 %	1 / 32	3,13 %
Tổng số	17	53,12 %	15	46,88 %

Nhận xét: những bệnh nhân có lỗ thủng nhỏ do vậy dẫn lưu mủ kém hơn, mủ thường keo đặc, bệnh nhân khó có thể vệ sinh làm thuốc tai, bệnh nhân thường cảm thấy tức trong tai và nghe kém mới đi khám bệnh, tỷ lệ khá cao chiếm 14/ 32 bệnh nhân (43,75 %). Số bệnh nhân có màng nhĩ thủng rộng thường dễ dẫn lưu và dễ làm thuốc tai hơn, nên đa số là mủ nhầy loãng, chỉ có 1/ 32 bệnh nhân có mủ keo đặc (3,13 %).

### 5. Nghiên cứu thính lực qua thính lực đồ đơn âm

Bảng 3. Đánh giá suy giảm thính lực

Bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thính lực đồ		
20 - < 40 dB	0	0
40 - < 60 dB	31	96,87 %
60 dB-70 dB	1	3,13 %
Tổng số	32	100 %

Nhận xét: như vậy trên bệnh nhân VTXC mt mủ nhầy có tổn thương xương con, đa số bệnh nhân 31/ 32 (96,87 %) có suy giảm thính lực trung bình từ 40 đến 60 dB. Có 1/ 32 bệnh nhân (3,13 %) nhẹ kém 60-70 dB. Không có bệnh nhân nào điếc nhẹ dưới 40 dB.

### 6. Mức độ tổn thương xương con đánh giá trong phẫu thuật

- Mất cành xương đê đơn thuần làm gián đoạn khớp đê- đạp: 7 bệnh nhân. (21,87 %)

- Mất cả cán búa và cành xương đê: 25 (78,13 %)

Nhận xét: như vậy cả 32/32 bệnh nhân có tổn thương xương đê, thường là tổn thương cành xương của xương đê làm gián đoạn khớp đê- đạp. trong đó vừa mất cả cán búa và cành xương đê là 25 ca.

### 7. Kỹ thuật tạo hình xương con:

- Tạo hình lại khớp đê bị gián đoạn (7 ca):

dùng mảnh vỏ xương chũm được mài tạo hình và chèn giữa cành xương đê và chỏm xương bàn đạp, sau đó kiểm tra lại sự rung động của toàn bộ hệ thống xương con.

- Đối với bệnh nhân tổn thương mất cán búa và cành xương đê (25 ca): chúng tôi lấy xương búa và xương đê đã bị tổn thương, dùng phần xương đê còn lại để tạo hình, nối thẳng từ chỏm xương bàn đạp lên màng nhĩ tái tạo, sau đó dùng gelform chèn quanh trụ xương mới tái tạo để cố định.

### 8. Kết quả phẫu thuật sau 12 tháng:

- Màng nhĩ liền, bệnh nhân nghe tăng hơn trước mổ: 24 ca, trong đó có 7 ca tạo hình khớp đê đạp, 17 ca tạo hình bằng trụ từ xương đê còn lại.

- Màng nhĩ liền, nhưng bệnh nhân nghe không tăng: 4 ca, đây là 4 ca được tạo hình chuỗi xương con từ phần xương đê còn lại.

- Màng nhĩ không liền: 4 ca, sau mổ từ trên 1 tháng, 3 tháng phát hiện màng nhĩ không liền, 1 bệnh nhân có hiện tượng dị ứng gelform đặt trong hòm tai gây chảy dịch nhầy kéo dài, 1 bệnh nhân dị ứng bột cloroxit, 1 bệnh nhân màng nhĩ không liền không rõ nguyên nhân, 1 bệnh nhân thủng lại màng nhĩ do viêm mũi họng trong vòng 2 tháng sau mổ.

Nhận xét: như vậy có 24/32 bệnh nhân đạt kết quả tốt, màng nhĩ liền, hệ thống xương con tái tạo hoạt động tốt, bệnh nhân nghe tăng. Có 4/ 32 bệnh nhân màng nhĩ liền, nhưng nghe không tăng. Như vậy bệnh nhân nghe không tăng có thể là do di lệch trụ dẫn từ chỏm xương bàn đạp đến màng nhĩ tái tạo, hoặc do trụ dẫn dính sát vào thành hòm nhĩ.

### 9. Đánh giá thính lực đồ sau mổ 6 - 12 tháng trên các tần số 500, 1000, 2000 Hz:

- Tăng từ 10 - 20 dB: 24/32 bệnh nhân (75%).

- Không tăng: 8/24 bệnh nhân (25%).

Nhận xét: 75 % bệnh nhân có sức nghe tăng 10-20 dB, những bệnh nhân này rất hài lòng về kết quả đạt được. Chúng tôi nhận thấy có bệnh nhân chỉ tăng 10 dB, nhưng cảm nhận rất khác biệt so với trước mổ, việc tăng dù chỉ 10 dB là rất có giá trị, đặc biệt đối với bệnh nhân đó là tai duy nhất thì việc tái tạo xương con cải thiện sức nghe vô cùng có ý nghĩa. Đối với bệnh nhân không liền màng nhĩ, chúng tôi khuyên nên mổ lại, đối với bệnh nhân tuy liền màng nhĩ nhưng sức nghe không tăng thì tùy vào từng trường hợp cụ thể: nếu bệnh nhân còn trẻ, bệnh nhân còn đang công tác, học tập, có điều kiện thì nên mổ lại kiểm tra xương con, nếu bệnh nhân không có điều kiện, nhiều tuổi thì không mổ lại.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu và phẫu thuật cho bệnh nhân VTXC mt mủ nhầy chúng tôi thấy khả năng tiêu huỷ xương con không phải hiếm. Khi bệnh nhân có tổn thương xương con thì không có bệnh nhân nào điếc nhẹ dưới 40 dB, tất cả đều có mức độ điếc trên 40 dB vì vậy đều có ảnh hưởng đến giao tiếp và sinh hoạt. Khi tổn thương xương là cột cán xương búa, hoặc có tổn thương xương bàn đạp thì chúng tôi không can

thiệt tạo hình xương con.

Kết quả tạo hình xương con bằng xương tự thân cho kết quả tốt (75%). Kỹ thuật tạo hình xương con bằng xương tự thân có nhiều ưu điểm như dễ thực hiện, không gây lây nhiễm chéo, không gây thải loại ghép do dị ứng, kinh tế vì không tốn kém...Kỹ thuật tái tạo lại hệ thống xương con tuy không khó khăn, nhưng đòi hỏi tỷ mỉ, có 4 bệnh nhân có màng nhĩ liền nhưng nghe không tăng, như vậy rõ ràng do xương con tái tạo không hoạt động tốt, có thể do di lệch xương con hoặc do trụ dẫn bị dính vào thành hòm nhĩ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liên (1996), "Viêm tai giữa mũ nhầy", *Giản yếu Tai Mũi Họng*, Tập I, Tai xương chũm, NXB Y học, tr. 92-94.
2. Bluestone and Klein (2001), "Definitions, Terminology and Classification", *Otitis Media in Infants and Children*. W.B. Saunders Company, pp.1-

15.

3. Bluestone and Klein (2001), "Anatomy", *Otitis Media in Infants and Children*. W.B. Saunders Company, pp.16-33.
4. BradA. Stach, (2003), "Audiologic Evaluation of Otologic/ Neurotologic Disease", *Surgery of the Ear*, Glasscock- Gulya, Fifth Edition, pp. 158- 199.
5. David S. Haynes, (2003), "Clinical Diagnosis", *Surgery of the Ear*, Glasscock- Gulya, Fifth Edition, pp.139- 157.
6. Paul Harkness, John Topham, (1998), "Classification of Otitis Media", *The Laryngoscope*, Vol 108, pp.1539- 1543.
7. William H. Slattery III, (2003), "Pathology and Clinical Course of Inflammatory Diseases of the Middle Ear", *Surgery of the Ear*, Glasscock- Gulya, Fifth Edition, pp. 422-433.