

PHẪU THUẬT PHỤC HỒI HỐC MỔ TIỆT CĂN XƯƠNG CHŨM CỔ ĐIỂN

LƯƠNG HỒNG CHÂU - Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

TÓM TẮT

Hốc mổ tiết căn xương chũm (TCXC) cổ điển là một hốc mổ hở làm thông thương hòm nhĩ ra ngoài, vì vậy luôn gây ra tình trạng chảy mủ nhầy. Nghiên cứu tiến hành trên 54 bệnh nhân đã được mổ TCXC cổ điển từ nhiều năm trước và tai vẫn luôn trong tình trạng chảy mủ nhầy, nay được mổ lại phục hồi hốc mổ, tạo ra hốc mổ khô, hết viêm. Kết quả sau 12 tháng có 51/ 54 bệnh nhân (94,44%) có hốc mổ khô, ổn định.

SUMMARY

Radical mastoidectomy is open cavity, so patients always have mucouse purulent otorrhea. Research on 54 patients with radical mastoidectomy from many years ago. These patients were operated the second step to make dry cavity. The results: 12 months after surgery: 51/54 (94.44 %) patients have dry cavity.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai xương chũm mạn tính là căn bệnh thường gặp trong tai mũi họng, nhất là ở các nước chậm hoặc đang phát triển. Thể bệnh nguy hiểm nhất là thể viêm tai xương chũm có cholesteatoma vì nó tiềm ẩn nguy cơ biến chứng đe dọa gây tử vong. Hypocrate đã từng nói rằng " chảy mủ tai thối và sốt cao sẽ dẫn đến hôn mê và chết". Trải qua hàng trăm năm người ta đã đi đến kết luận rằng chảy mủ tai thối chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật. Quan điểm kinh điển và cho đến tận ngày nay nhiều tác giả vẫn chủ trương rằng cứ VTXC có cholesteatoma thì phải phẫu thuật càng rộng càng tốt và bao giờ cũng là phẫu thuật hở. Tuy nhiên việc chảy mủ tai kéo dài sau mổ đã làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm khả năng lao động và học tập, thăng tiến của người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng tái diễn trên hốc mổ tiết căn xương chũm cổ điển.
2. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật phục hồi hốc mổ tiết căn xương chũm..

ỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Các bệnh nhân đã được mổ tiết căn xương chũm cổ điển và còn chảy mủ tai tái diễn tới điều trị phẫu thuật tại Khoa Tai và Khoa tai- thần kinh, Bệnh viện TMH trung ương từ tháng 1/2004 tới tháng 12/ 2007 .

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân đã được mổ tiết căn xương chũm và hiện tại còn chảy mủ tai.
- Lứa tuổi: không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở.
- Bệnh nhân được thăm khám đầy đủ : Nội soi TMH, nội khoa, xét nghiệm cơ bản, chụp CT Scan xác định tổn thương xương chũm.
- Đo thính lực đồ đơn âm trước mổ.

- Trong lúc phẫu thuật tùy tình trạng tồn tại của hốc mổ, điều kiện của bệnh nhân phẫu thuật viên sẽ quyết định phục hồi hốc mổ bằng kỹ thuật tạo hình hòm nhĩ nhỏ, kỹ thuật bít lấp lỗ vòi.

- Bệnh nhân được theo dõi hốc mổ đến khi ổn định. Thăm khám định kỳ 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng sau phẫu thuật .

3. Tiêu chuẩn loại trừ.

Bệnh nhân không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn trên, hoặc không đồng ý tham gia nhóm nghiên cứu.

4. Cỡ mẫu: 54 ca.

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

Phương pháp phẫu thuật: mổ đường sau tai, thường là theo đường mổ cũ, bộc lộ mặt xương chũm, vào hố mổ cũ, đánh giá mức độ tổn thương xương, dùng khoan phẫu thuật khoan chỉnh hình rộng lại hố mổ, khoan hết xương viêm nếu còn, thường phải khoan hạ thấp tường dây VII đủ đảm bảo dẫn lưu sau này, nhưng rất thận trọng để không tổn thương dây VII trong phẫu thuật, vì đây là một thì phẫu thuật nhạy cảm, tùy thuộc rất nhiều vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nếu hốc mổ xương chũm đã được lót da đẹp thì nên bảo tồn, tùy thuộc vào màng nhĩ phía trước hở nhiều hay ít mà kỹ thuật xử lý khác nhau: phương pháp thứ nhất là bít lấp lỗ vòi nhĩ, phương pháp thứ hai là tạo hình màng nhĩ bằng cân cơ thái dương hoặc màng sun, cả hai phương pháp này đều với mục đích tránh hiện tượng " chảy tai do vòi", tức là do vòi nhĩ bị hở và thông thương thẳng với hốc mổ và ra ống tai ngoài. Một thì kỹ thuật quan trọng tiếp theo là chỉnh hình ống tai rộng tương ứng với hốc mổ xương chũm, thường được ước lượng bằng cách là ngón tay cái của người bệnh có thể cho vào được. Chèn bác dầu kháng sinh hốc mổ. Đóng hốc mổ.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Phân bố theo tuổi.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 40,9± 11 tuổi. Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 56 tuổi.

2. Phân bố theo giới.

Nữ : 28/ 54 (52,85%)

Nam : 26/ 54 (48,14%)

Nhận xét: Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở những bệnh nhân có viêm tai giữa mạn tính.

3. Thời gian đã mổ TCXC cổ điển.

- < 5 năm: 20/ 54 bệnh nhân.

- ≥ 5 năm: 34/ 54 bệnh nhân

Nhận xét: như vậy 54 bệnh nhân này đều có thời gian chảy mủ tai tái diễn sau khi đã mổ tai. Có 34/ 54

(62, 96 %) chảy mủ sau mổ, trong đó có 12 bệnh nhân chảy mủ trên 10 năm, họ thường xuyên phải đi khám và uống thuốc. Trải qua một thời gian dài, quan điểm chỉ mổ một lần cốt lấy hết cholesteatoma đã thống trị trong ngành tai mũi họng, do vậy dù người bệnh có đi khám cũng không một bệnh viện nào hay bác sỹ nào tư vấn hay giải quyết triệt để tình trạng chảy mủ nhầy sau mổ cho bệnh nhân. Điều đó có nghĩa là bệnh nhân thì cam chịu, bác sỹ thì chưa cập nhật kiến thức mới. Vậy số lượng bệnh nhân bị chảy tai do vòi sẽ còn rất nhiều, nhưng nhiều người không có điều kiện để lên bệnh viện trung ương điều trị triệt để.

4. Triệu chứng lâm sàng.

4.1. Triệu chứng cơ năng:

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Chảy tai	Nghe kém	Đau tai	Chóng mặt	Ù tai
Số bệnh nhân	54	54	20	10	12
Tỷ lệ %	100	100	37	18,5	22,2

Nhận xét: Trên cùng một bệnh nhân có thể gặp tất cả các triệu chứng hoặc chỉ phối hợp 2-3 triệu chứng trên một bệnh nhân, nhưng 100 % số bệnh nhân tới bệnh viện điều trị vì chảy tai và nghe kém. Đây thực sự là triệu chứng làm cho người bệnh cảm thấy khó chịu nhất, ảnh hưởng tới sinh hoạt cũng như khả năng làm việc của bệnh nhân.

4.2. Triệu chứng thực thể (Đánh giá bằng nội soi TMH)

Bảng 2. Triệu chứng thực thể.

Đặc điểm hốc mố	Hở lỗ vòi	Tỷ lệ Va/S không cân xứng	Tường dày VII cao
Số bệnh nhân	54/54	50/54	45/54
Tỷ lệ %	100	92,6	83,3

Nhận xét: Tất cả 54/ 54 (100%) hốc mố tiết căn xương chũm cổ điển còn chảy mủ đều còn hở lỗ vòi. Đây là một nguyên nhân quan trọng gây ra hiện tượng chảy mủ tai do bội nhiễm từ ngoài vào, và do nhiễm trùng ngược dòng. Tỷ lệ Va/S là tỷ lệ giữa kích thước ống tai ngoài và diện tích hốc mố, quy ước kích thước ống tai ngoài khi được chỉnh hình là đủ để đưa được ngón tay cái của bệnh nhân qua. Như vậy có 50/54 (92,59 %) bệnh nhân chưa được chỉnh hình đúng kỹ thuật, gây dẫn lưu hốc mố kém và khó làm thuốc vệ sinh hốc mố. Có 45/54 (83,3%) bệnh nhân có tường dày VII còn cao, như vậy sẽ làm hốc mố TCXC bị tạo thành hai ngăn, một bên là hốc xương chũm, một bên là hòm tai, dẫn lưu kém và bản thân bệnh nhân không thể tự làm sạch hốc mố.

5. Thính lực đồ trước mổ.

Bảng 3. Mức độ suy giảm thính lực (trên thính lực đồ đơn âm)

Bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thính lực đồ		
20 - < 40 dB	0	
40 - < 60 dB	34	62,90 %
≥ 60 dB	20	37,03 %
Tổng số	54	100 %

Nhận xét: có 34/ 54 bệnh nhân (62,9 %) có điếc dẫn truyền đơn thuần, thính lực đồ giảm trong khoảng 40- 60 dB, đặc điểm này đặt ra một yêu cầu không những điều trị hết chảy mủ tai mà cần phải tái tạo lại hệ thống truyền âm cho những bệnh nhân này. Điều mà những kỹ thuật kinh điển trước kia không đề cập tới.

6. Một tai hay hai tai.

Bảng 4. Số tai đã được mổ TCXC trên cùng một bệnh nhân

Đặc điểm	Một tai	Hai tai
Số bệnh nhân	50	4
Tỷ lệ %	92,6	7,4

Nhận xét: Trên một bệnh nhân thường gặp có tổn thương ở một tai đã được phẫu thuật tiết căn kiểu cổ điển chiếm 92,6 %.

7. Đặc điểm tổn thương của hốc mố tiết căn xương chũm trong phẫu thuật.

Bảng 5. Bệnh tích của hốc mố TCXC

Đặc điểm tổn thương	Còn sót tổ chức cholesteatome (n= 54)	Niêm mạc hốc mố viêm sùi tiết nhầy (n=54)	Tường dày VII cao (n=54)	Tỷ lệ Va/S chưa hợp lý (n=54)	Hở lỗ vòi (n=54)
Số bệnh nhân	10	54	45	50	54
Tỷ lệ %	18,5	100	83,3	92,6	100

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân có hốc mố tiết căn xương chũm cổ điển còn chảy mủ đều có đặc điểm hở lỗ vòi là nguyên nhân của quá trình viêm kéo dài, do đó 100 % hốc mố đều có tổn thương niêm mạc viêm sùi, thoái hoá polip và tăng tiết dịch nhầy. Có 10/ 54 bệnh nhân còn sót lại cholesteatoma, những bệnh nhân này thường chảy mủ đặc hôi và thường phải đi khám, điều trị kháng sinh trong thời gian dài.

8. Biến chứng sau phẫu thuật.

- Liệt VII ngoại biên : Không có trường hợp nào
- Chóng mặt: Gặp 3 trường hợp (5,6 %) có chóng mặt nhẹ do những bệnh nhân này được tái tạo hệ thống truyền âm trong quá trình phẫu thuật.

9. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

Tình trạng hốc mố	Thời gian	3 tháng (n=54)	6 tháng (n=54)	12 tháng (n=54)
Hốc mố còn chảy dịch		6	2	2
Hốc mố không chảy dịch nhưng ẩm		5	2	1
Hốc mố khô		43	50	51
Tổng số		54	54	54

Nhận xét: Sau 3 tháng đã có 43/ 54 bệnh nhân khô tai hoàn toàn, đây là những bệnh nhân không tái phát cholesteatoma, hốc mố ít sùi, bệnh nhân chảy mủ tai do vòi nhĩ và do ống tai ngoài chưa đủ rộng, dẫn lưu kém. Trên những bệnh nhân này khi mố còn bảo tồn được một phần niêm mạc lót hốc mố, nên hồi phục nhanh. Sau 6 tháng có 50/ 54 bệnh nhân có hốc

mổ khô. Sau 12 tháng theo dõi có 51/ 54 (94,44 %) bệnh nhân có hốc mỡ khô hoàn toàn, 2 bệnh nhân còn chảy ít dịch do thủng lại màng tai tái tạo, 1 bệnh nhân hốc mỡ ẩm là do vệ sinh kém, gây viêm da loét hốc mỡ và có nấm hốc mỡ.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của các hốc mỡ tiết căn xương chũm kiểu cổ điển.

- Tuổi trung bình: $40,9 \pm 11$ tuổi. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Tổn thương ở 1 tai chiếm 92,6 %.

- Triệu chứng cơ năng: Chảy tai và nghe kém chiếm tỷ lệ 100 %.

- Triệu chứng thực thể: Hở lỗ vòi chiếm 100%. Tường dây VII cao chiếm 83,3%. Tỷ lệ Va/S không hợp lý chiếm 92,6%.

- Thính lực đồ: Có 34/54 bệnh nhân điếc dẫn truyền đơn thuần, giảm thính lực từ 20- 40 dB. Điếc hỗn hợp và điếc tiếp nhận có 20/ 54 bệnh nhân (chiếm 37,03 %).

2. Kết quả của phục hồi hốc mỡ tiết căn xương chũm cổ điển.

- Tỷ lệ hốc mỡ khô hoàn toàn sau 3 tháng chiếm tỷ lệ 79,62 %, sau 6 tháng chiếm tỷ lệ là 92,59 %, sau 12 tháng chiếm tỷ lệ 94,44 %.

- Không có biến chứng nguy hiểm nào xảy ra trong và sau phẫu thuật.

Kết luận: Đối với bệnh nhân VTXC có cholesteatoma đã được mổ TCXC cổ điển việc mổ

phục hồi lại hốc mỡ, tạo ra một hốc mỡ khô, không chảy mủ là rất cần thiết và hoàn toàn có thể thực hiện được. Với trang thiết bị hiện đại như khoan, kính hiển vi phẫu thuật, và bác sỹ có kinh nghiệm thì phẫu thuật không xảy ra tai biến gì.

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. C. Gary Jackson, (2003), "Principles of Temporal Bone and Skull Base Surgery. Surgery of the Ear. Glasscock - Gulya, Fifth Edition, 2003: 263-288.

4. C. Gary Jackson, (2003), "Principles of Temporal Bone and Skull Base Surgery. Surgery of the Ear. Glasscock - Gulya, Fifth Edition, 2003: 263-288.

5. Glenn D. Johnson, M. D., Simple Mastoid Operation, Surgery of the Ears, 2003, pp. 487-498.

6. James W. Hall III; David Chandler, (1994), "Tympanometry in Clinical Audiology", Handbook of Clinical Audiology, 20 pp. 283-299.

7. John F., Kveton M. D., Open Cavity Mastoid Operations, Surgery of the Ear, 2003, pp. 499-516.

8. Spiros Manolidis, M.D., Closure of Tympanic Membrane Perforations, Surgery of the Ears, 2003, pp. 400-421.