

thể về tỷ lệ xuất tác dụng phụ ít hơn, nhưng điểm đau tại chỗ tiêm cao hơn nhóm tiêm bắp

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jordan K, Dunn KM, Lewis M, Croft P. A minimal clinically important difference was derived for the Roland-Morris Disability Questionnaire for low back pain. *J Clin Epidemiol.* 2006;59(1):45-52. doi:10.1016/j.jclinepi.2005.03.018
2. **Nghiên cứu đặc điểm gãy xương đốt sống ngực và thắt lưng trên x-quang ở bệnh - Tài liệu text.** Accessed September 26, 2022. <https://text.123docz.net/document/4299453-nghien-cuu-dac-diem-gay-xuong-dot-song-nguc-va-that-lung-tren-x-quang-o-benh-nhan-nu-loang-xuong-nguyen-phat.htm>
3. **Linh HV, Tiên NLB, Trung PM, Thanh VV. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN LÚN THÂN ĐỐT SỐNG NGỰC, THẮT LƯNG** DO LÃNG XƯƠNG. *Tap Chí Học Việt Nam.* 2021;500(1). doi:10.51298/vmj.v500i1.294
4. **Calcitonin 100 IU/1 ml solution for injection and infusion - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc).** Accessed September 26, 2022. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/12868/smpc>
5. **Knopp-Sihota JA, Newburn-Cook CV, Homik J, Cummings GG, Voaklander D.** Calcitonin for treating acute and chronic pain of recent and remote osteoporotic vertebral compression fractures: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* 2012;23(1):17-38. doi:10.1007/s00198-011-1676-0
6. **Arinovic R, Arriagada M, Jacobelli S, et al.** [Calcitonin in acute pain due to vertebral fracture in osteoporosis. Cooperative study]. *Rev Med Chil.* 1987;115(11):1039-1043.

## TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM TAI GIỮA MẠN CÓ CHOLESTEATOMA

Lã Quý Dân<sup>1</sup>, Cao Minh Thành<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma cần được điều trị bằng phẫu thuật. Có nhiều phương pháp phẫu thuật nhưng mục tiêu chung bao gồm loại bỏ bệnh tích, phục hồi hoặc bảo tồn thính giác và đảm bảo thẩm mỹ. **Mục đích:** Nghiên cứu này tập trung vào phương pháp phẫu thuật và các kết quả thu được khi điều trị cholesteatoma ở tai giữa bằng phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Một đánh giá có hệ thống về các tài liệu đã được thực hiện. Tổng cộng có 22 bài báo bao gồm 1624 tai được phẫu thuật bằng phương pháp phẫu thuật khác nhau, 6 nghiên cứu thực hiện phẫu thuật nội soi. **Kết quả và kết luận:** Phương pháp phẫu thuật kín cải thiện thính lực tốt hơn nhưng tỉ lệ sót cholesteatoma và tái phát cao hơn phẫu thuật hở. Kỹ thuật nội soi là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu giúp lấy bỏ bệnh tích, bảo tồn giải phẫu tai giữa và xương chũm, cải thiện thính lực, tuy nhiên cũng có nhiều nhược điểm. Các phương pháp phẫu thuật khác nhau cho các kết quả khác nhau. Việc lựa chọn kỹ thuật phụ thuộc vào các yếu tố như đặc điểm giải phẫu, thính lực, chức năng vòi nhĩ, trình độ của phẫu thuật viên, mong muốn của bệnh nhân, vị trí và mức độ lan tràn cholesteatoma... Kết quả nghiên cứu này gợi ý một số ứng dụng trong lâm sàng và nghiên cứu. Các bằng chứng về hiệu quả giữa các phẫu thuật khác nhau trên cùng một loại viêm tai giữa vẫn còn hạn chế, đòi hỏi

cần có thêm những nghiên cứu so sánh để có thể tìm được những phương pháp tối ưu trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** (Viêm tai giữa mạn tính có Cholesteatoma), và (phẫu thuật hoặc phẫu thuật cắt xương chũm triệt để hoặc phẫu thuật nội soi qua tai hoặc phẫu thuật cắt xương chũm triệt để có sửa đổi).

### SUMMARY

#### OVERVIEW OF CHRONIC OTITIS MEDIA WITH CHOLESTEATOMA TREATMENT METHODS

**Background:** Patients with chronic otitis media and cholesteatoma require surgical treatment. There are many surgical methods, but the common goals include disease eradication, preserving anatomical structure, restoring or improving hearing. **Purposes:** The aim of this study was to focus on the surgical approach and the outcomes obtained for surgical treatment of middle ear cholesteatoma. **Subjects and method:** A systematic review of the literature was performed. A total of 22 articles comprising 1624 ears were operated by different surgical methods, 6 articles performed endoscopic ear surgery. **Results and Conclusions:** The ICW improves hearing better, but the residual cholesteatoma and recurrence cholesteatoma rates are higher than open-cavity operation. Endoscopic ear surgery is a minimally invasive eradication that helps to disease eradication, preservation of the mastoid cells and mucosa and reconstruct the hearing mechanism, but also has many disadvantages. Different surgical methods give different results. The choice of technique depends on factors such as anatomical characteristics, hearing, eustachian tube function, surgeon's qualifications, patient's wishes, location and extent of cholesteatoma spread... The result of this study suggests a number of

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lã Quý Dân

Email: quydan.la@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

clinical and research. The evidence for efficacy between different surgeries on the same type of otitis media is also limited, requiring more comparative studies to find optimal methods in clinical practice.

**Keywords:** (Middle Ear Cholesteatoma) AND (Surgery OR radical mastoidectomy OR Endoscopic ear surgery OR modified radical mastoidectomy).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa (VTG) mạn là tình trạng viêm nhiễm trong tai giữa, kéo dài  $\geq 12$  tuần, được chia làm 2 loại là: VTG mạn có lỗ thủng màng nhĩ và VTG mạn không có lỗ thủng màng nhĩ, VTG mạn có cholesteatoma là VTG nguy hiểm, vì đặc điểm của cholesteatoma là phá hủy xương có thể gây biến chứng nguy hiểm như liệt VII, viêm mê nhĩ, viêm màng não, abscess não, viêm tĩnh mạch bên, ngoài ra còn làm giảm sức nghe hoặc điếc ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt của người bệnh, và dễ tái phát sau phẫu thuật. VTG mạn chiếm tỷ lệ 3-5% dân số, gặp ở mọi lứa tuổi; trong đó lứa tuổi từ 10 – 40 tuổi là hay gặp nhất và không có sự khác biệt giữa 2 giới nam và nữ[1] Theo các nghiên cứu cho thấy cholesteatoma gặp ở cả 2 loại viêm tai giữa mạn có lỗ thủng màng nhĩ và không có lỗ thủng màng nhĩ, là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam.

Phẫu thuật điều trị VTG có cholesteatoma vẫn còn nhiều vấn đề chưa thống nhất, có thể phẫu thuật bảo tồn chỉ lấy hết bệnh tích trong trường hợp cholesteatoma chỉ khu trú ở hòm nhĩ (Cholesteatoma Iatrogen, hoặc bầm sinh). Nhưng một số tác giả lại thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm chứ không phẫu thuật bảo tồn, vì cho rằng phẫu thuật tiết căn sẽ lấy được triệt để cholesteatoma, nhưng thực tế ngay cả phẫu thuật tiết căn vẫn có khả năng tái phát cholesteatoma do tồn dư.

Ngày nay, với sự phát triển của nội soi chẩn đoán, phẫu thuật và giá trị của cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương cũng như ý thức của người dân cho nên bệnh VTG có cholesteatoma thường được chẩn đoán sớm hơn, ở giai đoạn khu trú và chưa có bội nhiễm. Các phương thức phẫu thuật trong VTG có cholesteatoma cũng rất đa dạng với mục đích không những lấy sạch cholesteatoma, trường phẫu thuật tối thiểu mà còn phục hồi chức năng nghe cho người bệnh. Để có được cái nhìn đa chiều về các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh VTG có cholesteatoma, tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả và phân tích kết quả của các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh viêm tai giữa mạn có cholesteatoma.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Tổng quan tài liệu

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: Tất cả các nghiên cứu về các phẫu thuật điều trị bệnh viêm tai giữa mạn có cholesteatoma, các nghiên cứu đã báo cáo hội nghị, luận án tiến sĩ hoặc bài báo đã xuất bản bằng tiếng Anh và tiếng Việt.

- Địa điểm: Các nghiên cứu đã công bố trong y văn ở trong nước và trên thế giới.

- Thời gian: Các nghiên cứu được chọn thực hiện từ năm 2000 đến năm 2021

### 2.3. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

- Tìm kiếm bằng thuật ngữ chủ đề y tế (medical subject heading term) bằng tiếng Việt và tiếng Anh trên các cơ sở dữ liệu trực tuyến.

- Tìm kiếm dựa trên tài liệu tham khảo của các nghiên cứu đã tìm được.

- Nguồn dữ liệu bao gồm các nguồn dữ liệu từ tài liệu tìm kiếm thủ công và các tài liệu tìm kiếm từ các trang web: Pubmed, Medline, Googlecholar, thư viện trường Đại học Y Hà Nội, thư viện Quốc Gia Việt Nam.

- Từ khóa để tìm tài liệu: (Middle Ear Cholesteatoma) AND (Surgery OR radical mastoidectomy OR Endoscopic ear surgery OR modified radical mastoidectomy)

- Các nghiên cứu được tìm thấy sẽ được lựa chọn như sau:

- Các nghiên cứu bị trùng lặp sẽ bị loại, chỉ sử dụng 1 nghiên cứu trong đó.

- Các nghiên cứu không đủ tiêu chuẩn lựa chọn khi đọc tiêu đề và tóm tắt thì được loại trừ.

- Nghiên cứu có khả năng được chọn sẽ được đọc toàn văn và đối chiếu với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ để đưa vào nghiên cứu nếu đủ điều kiện

**2.4. Các biến số nghiên cứu.** Các biến số mô tả các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh viêm tai giữa mạn có cholesteatoma (Số bệnh nhân, giới tính, tuổi, đặc điểm cơ nặng, đo thính lực, loại can thiệp/phương pháp phẫu thuật, thời gian theo dõi đánh giá).

Các biến số phân tích kết quả của các phương pháp phẫu thuật trên (Kết quả, biến chứng, tái phát, sót cholesteatoma)

### 2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá.

Thực hiện theo bảng kiểm cho nghiên cứu tổng quan luận điểm PRISMA. Các bài báo được đọc kỹ, phân loại, mã hóa theo nội dung, chủ đề. Các bài báo phù hợp sẽ được tổng hợp và phân tích theo mục tiêu nghiên cứu.

### 2.6. Quản lý và chọn lọc tài liệu

- Sử dụng phần mềm Zotero 6.0 để quản lý

tài liệu tìm kiếm

- Quản lý theo các nguồn và từ khóa tìm kiếm
- Kiểm tra tài liệu trùng
- Lọc tiêu đề/ tóm tắt
- Các bài báo toàn văn sau khi lọc sẽ được phân tích
- Dữ liệu được trích xuất là các thông tin trong các nghiên cứu gồm: Tác giả (năm), nơi xuất bản, địa điểm, tiêu đề, đối tượng và cỡ mẫu, thiết kế nghiên cứu, kết quả chính.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Dựa vào các từ khóa được đề xuất, có 3882 nghiên cứu được tìm thấy trên cơ sở dữ liệu Pubmed/Medline. Có 10 nghiên cứu tìm kiếm dựa trên danh mục tài liệu tham khảo của các nghiên cứu đã được lựa chọn và các tổng quan hệ thống đã được xuất bản. Sau quá trình lựa chọn, có 22 nghiên cứu và bài báo được lựa chọn để tổng hợp và phân tích. Kết quả được trình bày chi tiết trong bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của các nghiên cứu được lựa chọn**

Tác giả	Năm xuất bản	Năm phẫu thuật	Quốc gia	Cỡ mẫu	Tuổi bệnh nhân	Thời gian theo dõi
Filippo Di Lella <sup>1</sup> và cộng sự	2016	1994-2013	Italia	27	38,5	7,2 năm (3-15 năm)
Satish Nair và cộng sự	2021	2017-2018	Ấn Độ	32	37	32,8 tháng (9-46 tháng)
Daniele Marchioni và cộng sự	2012	2006-2012	Italia	146	NA	31,2 tháng
Lela Migirov và cộng sự	2011	2008-2010	Israel	30	NA	NA
Rashmi Goyal <sup>1</sup> và cộng sự	2015	2009-2014	Ấn Độ	140	31	NA
Pedro Blanco <sup>1</sup> và cộng sự	2014	2009-2012	Colombia	45	32	28 tháng
M. Badr-el-Dine	2002	NA	Ai Cập	92	NA	NA
Hamed Sajjadi	2013	1994-2004	Iran	249	NA	3 năm
Matthew L. Carlson và cộng sự	2014	1970- 2012	Mỹ	28	48	48 tháng
Payal Mukherjee và cộng sự	2004	1995-2000	Australia	113	45	NA
M. Deniz <sup>1</sup> và cộng sự	2016	1996-2006	Thổ Nhĩ Kỳ	144	41	6 năm
Diego Zanetti và cộng sự	2018	2000-2014	Pháp	22	10,9	28 tháng
Stefano Berrettini và cộng sự	2004	1986-2006	Italia	53	69,81	NA
L.Gaillardin và cộng sự	2012	1998-2008	Pháp	113	57,8	3 năm
Y Mishiro và cộng sự	2000	1987-1995	Nhật Bản	32	NA	48 tháng
Nguyễn Thị Tố Uyên và cộng sự	2018	2010-2013	Việt Nam	57	39,8	NA
Nguyễn Thu Hương và cộng sự	2017	2009-2014	Việt Nam	83	37,1	6 năm
Cao Minh Thành	2012	2007-2011	Việt Nam	19	31,5	16 tháng
Lương Hồng Châu	2010	2004-2007	Việt Nam	54	40,9±11	<5 năm: 37% ≥5 năm: 63%
Lương Hồng Châu	2010	2005-2008	Việt Nam	35	NA	<5 năm:31,42% ≥5 năm:68,57%
Nguyễn Hoàng Huy và cộng sự	2018	2013-2016	Việt Nam	67	35,82±14,6	35,82%
Nguyễn Thị Tú Uyên và cộng sự	2020	2013-2020	Việt Nam	38	41,97±13,14	38

Trong số 22 nghiên cứu được chọn, có 9 nghiên cứu thực hiện cả 2 phương pháp phẫu thuật là phẫu thuật kín và phẫu thuật hở. Từ năm 2000 đến nay, phẫu thuật nội soi được thực hiện trong 6 nghiên cứu, phẫu thuật truyền thống có 6 nghiên cứu. Trong 1624 tai được phẫu thuật báo cáo trong 22 nghiên cứu, có 694 tai phẫu thuật theo phẫu thuật kín, 930 tai phẫu thuật theo kĩ thuật hở trong đó 55 tai phẫu thuật

cắt xương chũm tận gốc kỹ thuật Bondy sửa đổi. Các phẫu thuật thực hiện trước năm 2005 chủ yếu là phẫu thuật kín cắt chũm tiết căn truyền thống. Nhưng từ năm 2005 đến 2020, phương pháp phẫu thuật nội soi được sử dụng nhiều hơn nhờ những ưu điểm như vừa lấy bỏ tối đa bệnh tích cholesteatoma, vừa bảo tồn giải phẫu tai giữa và xương chũm, đồng thời chỉnh hình phục hồi chức năng nghe. Có 401 tai phẫu thuật nội

soi, trong đó 322 tai phẫu thuật nội soi đơn độc và 79 tai phẫu thuật nội soi kết hợp cắt xương chũm và tạo hình.

Về thời gian theo dõi, đánh giá của từng nghiên cứu, trong các nghiên cứu của các tác giả Việt Nam, thời gian theo dõi ngay sau khi phẫu thuật từ 16 tháng đến trên 5 năm. Các nghiên cứu khác là nghiên cứu hồi cứu, có thời gian theo dõi thấp nhất là 12 tháng, trung bình từ 29 tháng đến 8,8 năm. Trong nghiên cứu của Hamed Sajjadi, bệnh nhân phẫu thuật lần 1 được theo dõi sau 1 năm để phát hiện cholesteatoma tái phát và còn sót lại. Bệnh nhân phẫu thuật lần 2 cũng được theo dõi 1 năm sau phẫu thuật [3]. Có 7 nghiên cứu thời gian theo dõi trên 5 năm. Tất cả các nghiên cứu có báo cáo kết quả đánh giá khách quan (qua khám lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính, nội soi, đo thính lực, v...v...).

Các kết quả phẫu thuật cho thấy, đa số tai khô, triệu chứng cơ năng cải thiện rõ, màng nhĩ không thủng, thính lực không thay đổi hoặc cải thiện. 1 số trường hợp mất khả năng nghe tần số cao hoặc thính lực giảm. Mức độ cải thiện sức nghe sau phẫu thuật kín cao hơn so với phẫu thuật hở. Phẫu thuật hở tỉ lệ chảy dịch sau phẫu thuật cao hơn, tỉ lệ khô tai thấp hơn.

Có 12 nghiên cứu báo cáo về các trường hợp tai biến sau phẫu thuật, tái phát hoặc sót cholesteatoma. Các tai biến bao gồm: chảy mủ, chảy máu tai, thủng màng nhĩ, liệt mặt, nhiễm trùng, rò rỉ não tủy, hẹp cửa tai... Trong đó hay gặp là biến chứng chảy tai và nhiễm trùng. Khoét chũm tiết căn kĩ thuật kín có tỉ lệ sót lại và tỉ lệ tái phát cholesteatoma cao hơn khoét chũm tiết căn kĩ thuật hở. Khoét chũm tiết căn kĩ thuật hở tỉ lệ chảy mủ, chảy máu tai cao hơn.

#### IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Các nghiên cứu chỉ ra rằng triệu chứng nghe kém gặp ở phần lớn bệnh nhân viêm tai giữa có cholesteatoma. Trong 22 nghiên cứu, có 13 nghiên cứu mô tả triệu chứng cơ năng và đa số báo cáo triệu chứng giảm thính lực. Ngoài ra còn một số triệu chứng khác như ù tai, chóng mặt, mất thăng bằng, liệt mặt... Sau khi phân tích triệu chứng cơ năng được báo cáo trong các nghiên cứu, chúng tôi thấy một tỷ lệ bệnh nhân không mang đặc điểm điển hình của viêm tai cholesteatoma mà được phát hiện tình cờ qua nội soi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Uyên và cộng sự báo cáo không chảy tai 5,3%, chảy dịch trong 20,4%, chảy tai không thối 42,6%; không ù tai 31,6%; không chóng mặt 73,6%; không đau tai 24,6%[5]. Như vậy, cả khi triệu chứng cơ

năng không đầy đủ và không điển hình vẫn cần khám và tìm bệnh lý viêm tai giữa.

Về các phương pháp phẫu thuật: PT điều trị viêm VTG mạn tính ra đời từ cuối thế kỷ XIX. Trải qua hơn 100 năm lịch sử, phẫu thuật này luôn được nghiên cứu, cải tiến, phát triển với sự đổi mới về phương tiện kỹ thuật và thay đổi về quan niệm. Mục tiêu cơ bản của phẫu thuật là lấy bỏ hoàn toàn cholesteatoma, tạo một hốc mở để dàng kiểm soát sau phẫu thuật, đồng thời phục hồi sức nghe cho người bệnh. Hiện nay chúng ta có rất nhiều kĩ thuật phẫu thuật khác nhau giải quyết viêm tai cholesteatoma. Tuy nhiên yếu tố quyết định trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật viêm tai giữa có cholesteatoma tái phát dựa vào: chuyên môn của bác sĩ phẫu thuật, cơ sở vật chất, mong muốn của bệnh nhân và chi phí điều trị, trong đó quan trọng nhất là vị trí và mức độ lan tràn cholesteatoma.

Phân loại theo mục tiêu phẫu thuật ta có 2 nhóm lớn là phẫu thuật tiết căn xương chũm và phẫu thuật bảo tồn. Phẫu thuật bảo tồn chính là các phẫu thuật xương chũm giữ nguyên thành ống tai mà điển hình là mở sào bào – thương nhĩ – mở hòm nhĩ lối sau. Phẫu thuật này khó thực hiện khi xương chũm đặc ngà, sào bào nhỏ (trường mổ hẹp, nguy cơ khoan vào dây VII, mê nhĩ...). Phẫu thuật tiết căn xương chũm hay phẫu thuật xương chũm kỹ thuật hở (open technic, canal wall down mastoidectomy) bao gồm: phá bỏ thành sau ống tai ngoài xương và tường thương nhĩ, hợp nhất các khoang của xương chũm và hòm nhĩ với ống tai ngoài thành hốc duy nhất, hạ thấp tường dây VII, chỉnh hình cửa tai rộng tương xứng. Vì tính an toàn cao, nguy cơ tái phát thấp mà những phẫu thuật này được ứng dụng rộng rãi cho viêm tai cholesteatoma nhưng đường vào sau tai với việc khoan bỏ mặt ngoài xương chũm đã tạo ra hốc mở rộng với nhược điểm chảy tai tái phát kéo dài, cửa tai xấu.

Phẫu thuật tiết căn xương chũm có thể chia thành phẫu thuật tiết căn xương chũm kinh điển và phẫu thuật tiết căn xương chũm bảo tồn. Các trường phái khác gọi là phẫu thuật kín và phẫu thuật hở. Trong 22 nghiên cứu, có 42,73% tai phẫu thuật theo phẫu thuật kín, 3,9% tai phẫu thuật cắt xương chũm tận gốc kỹ thuật Bondy sửa đổi. Các phẫu thuật thực hiện trước năm 2005 chủ yếu là phẫu thuật kín cắt chũm tiết căn. Nhưng từ năm 2005 đến 2018, phương pháp phẫu thuật nội soi, tiết căn xương chũm cải biên được sử dụng nhiều hơn, vừa lấy bỏ tối đa bệnh tích cholesteatoma, đồng thời bảo tồn giải

phẫu tai giữa và xương chũm, có thể chinh hình phục hồi chức năng nghe. Hiện nay, việc có cơ hội được thực hiện theo dõi hình ảnh cholesteatoma bằng chụp cộng hưởng từ (MRI) và nội soi tai mà không yêu cầu phẫu thuật lần thứ hai đã dẫn đến sự quan tâm trở lại trong việc quản lý cholesteatoma bằng kỹ thuật kín. Các nghiên cứu của Goyal<sup>1</sup> và cộng sự ở Ấn Độ trong thời gian từ 2009-2014, tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật theo phương pháp cải biên vì đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân tái phát cholesteatoma sau phẫu thuật kín trước đó. Nghiên cứu của Hamed Sajjadi thực hiện trên 182 bệnh nhân phẫu thuật kỹ thuật kín và 67 bệnh nhân phẫu thuật kỹ thuật hở, trong đó 49 bệnh nhân mổ lần 2 bằng phương pháp nội soi [3]. Tác giả Cao Minh Thành nghiên cứu trên các bệnh nhân phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ đường trong ống tai từ năm 2007-2011 [7]. Phẫu thuật tiết căn xương chũm, tạo hình màng nhĩ và hòm nhĩ nhỏ, chinh hình ống tai ngoài và phẫu thuật phục hồi ốc mỡ tiết căn xương chũm cổ điển bằng kỹ thuật tạo hình hòm nhĩ nhỏ, kỹ thuật bít lấp lỗ vòi được tác giả Lương Hồng Châu báo cáo năm 2010. Các phẫu thuật khoét rỗng đá chũm có ý nghĩa về mặt phẫu thuật là lấy hết bệnh tích của xương chũm đồng thời lấy hết bệnh tích của thủng tai. Trước đây, khoét rỗng đá chũm được áp dụng chủ yếu để giải quyết các loại viêm tai xương chũm mạn tính, đặc biệt chủ yếu loại có cholesteatoma đã lan rộng và gây biến chứng. Do đó thường được gọi là phẫu thuật khoét rỗng đá chũm toàn phần. Sau này nhờ sự phát triển của y học, sử dụng kháng sinh đi đôi với sự kiện toàn các dụng cụ vi phẫu thuật và quang học người ta có thể tiến hành phẫu thuật tai cùng với việc phục hồi thính lực cho bệnh nhân (phẫu thuật tạo hình màng nhĩ, hòm nhĩ: tympanoplasty).

Về kết quả và tính an toàn của các phương pháp phẫu thuật, 12 nghiên cứu được xem xét đã chỉ ra hiệu quả, biến chứng, tỉ lệ sót và tái phát cholesteatoma sau phẫu thuật. Các nghiên cứu đã cho thấy sau phẫu thuật đa số tai khô, giảm triệu chứng cơ năng. Tuy nhiên một số biến chứng đã được báo cáo như thủng màng nhĩ, chảy máu tai và hẹp lỗ tai... Một số biến chứng hiếm gặp như liệt mặt, mất hẳn thính giác, rò dịch não tủy... Các phương pháp phẫu thuật tiết căn xương chũm đều có nguy cơ xảy ra tai biến. Liệt mặt là biến chứng nặng của PT tai vì nó ảnh hưởng tới thẩm mỹ, dễ nhận ra, gây tổn thương tâm lý và làm xáo trộn cuộc sống của người bệnh. Có 3/22 nghiên cứu báo cáo biến chứng

này[5]. Sau phẫu thuật tiết căn xương chũm dịch rỉ viêm thường thấm qua mèche hoặc merocel ra cửa tai. Lượng dịch rỉ viêm nhiều hay ít và thời gian chảy dài hay ngắn phụ thuộc vào thể tích của ốc mỡ.

Kết quả cải thiện thính lực sau phẫu thuật khác nhau ở các nghiên cứu. Đa số nghiên cứu đo thính lực để xác định thể loại nghe kém và đánh giá mức độ suy giảm sức nghe tuy nhiên chỉ 7 nghiên cứu báo cáo kết quả. Nghe kém gồm nghe kém dẫn truyền, nghe kém hỗn hợp và nghe kém tiếp nhận. PT tai giữa có tỷ lệ nhất định gây biến chứng tai trong, dự trữ cốt đạo hay ngưỡng nghe đường xương giúp theo dõi chức năng tiếp nhận âm thanh của ốc tai trước và sau PT, đánh giá biến chứng mê nhĩ. Giá trị trung bình ngưỡng nghe đường khí khác nhau trong các nghiên cứu từ 34,5 dB đến 59,6 dB. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu khác nhau, mức độ tổn thương khác nhau của tai. Stish Nair và cộng sự nghiên cứu trên các đối tượng bệnh nhân phẫu thuật cholesteatomas lần đầu, Nguyễn Thu Hương và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa cholesteatoma tái phát phải phẫu thuật lại [6]. Có 3 nghiên cứu so sánh kết quả này giữa các phương pháp phẫu thuật. Các nghiên cứu này đều cho thấy phẫu thuật kỹ thuật kín có tỉ lệ thính lực ổn định và cải thiện cao hơn phẫu thuật kỹ thuật hở [6]. Với phương pháp mổ nội soi, có 4 nghiên cứu báo cáo sự cải thiện thính lực và kết quả sau mổ. Nguyễn Thị Tố Uyên và cộng sự thực hiện phẫu thuật nội soi tiết căn xương chũm đường trong ống tai kết quả triệu chứng cơ năng cải thiện rõ rệt, hết chảy tai và đau tai; tỷ lệ ù tai, chóng mặt giảm, thính lực đồ đạt kết quả khả quan về sức nghe [5]. Lela Migirov và cộng sự, Nguyễn Thị Tú Uyên và cộng sự theo dõi các bệnh nhân phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai thấy tình trạng vệ sinh tốt nhưng không thấy sự cải thiện thính lực. Stish Nair và cộng sự thực hiện phẫu thuật nội soi thấy bệnh nhân cải thiện về thính lực, ít đau sau mổ.

Sau phẫu thuật, các biến chứng, tái phát và sót cholesteatoma cần được theo dõi. 4 nghiên cứu so sánh tỉ lệ tái phát và sót cholesteatoma của các phương pháp phẫu thuật bao gồm: phẫu thuật kỹ thuật kín và phẫu thuật kỹ thuật hở. Kết quả cho thấy phương pháp phẫu thuật khoét chũm tiết căn kỹ thuật kín có tỉ lệ sót cholesteatoma và tái phát cao hơn. Nghiên cứu của Hamed Sajjadi và cộng sự theo dõi 249 ca phẫu thuật lần 1 cho thấy 22% phẫu thuật khoét chũm tiết căn kỹ thuật kín và 10% phẫu thuật

khoét chũm tiết căn kỹ thuật hở còn sót lại cholesteatoma, 16 (10,74%) bệnh nhân trong khoét chũm tiết căn kỹ thuật kín, 0 bệnh nhân trong khoét chũm tiết căn kỹ thuật hở tái phát [3]. Sau phẫu thuật lần 2 bằng nội soi, tỉ lệ sót lại cholesteatoma là 9,7% ở phẫu thuật kín và 5% ở phẫu thuật hở. M. Deniz<sup>1</sup> và cộng sự nghiên cứu trên 144 tai, thời gian theo dõi trung bình là 6 năm, báo cáo tình trạng sót cholesteatoma và tái phát trong từng nhóm lần lượt là: nhóm khoét chũm tiết căn cải biên có 4,16% và 8,33%, nhóm khoét chũm tiết căn 2,38% và 4,76%, khoét chũm tiết căn kỹ thuật kín 5 bệnh nhân 9,25% và 14,81%. Nguyễn Thu Hương và cộng sự báo cáo trên các bệnh nhân phẫu thuật lần 2, thời gian theo dõi 25,1 tháng, 3 tai phẫu thuật kín sót lại cholesteatoma và không tai phẫu thuật hở nào gặp tình trạng này, không tai nào của cả 2 nhóm bị tái phát[6]. Nghiên cứu của M. Badr-el-Dine trên 82 trường hợp được phẫu thuật bằng kỹ thuật giữ nguyên tường (canal wall up- CWU), và 10 trường hợp được phẫu thuật bằng thủ thuật hạ thấp tường (canal wall down- CWD), cho thấy tỉ lệ sót lại cholesteatoma và tái phát là 22,8% và 8,6%. Kết quả này tương đồng với nhiều dữ liệu nghiên cứu cho thấy cholesteatoma tái phát vẫn còn được quan sát thấy ở gần 20% các bệnh nhân phẫu thuật giữ nguyên thành sau ống tai, trong khi các kỹ thuật mở thường được công nhận với tỷ lệ bệnh sót lại dưới 7% và gần như không có bệnh nhân tái phát. Gaillardin và cộng sự sau thời gian theo dõi trung bình 48 tháng (24-96 tháng) tìm thấy tỷ lệ cholesteatoma còn lại 25% xem xét cholesteatomas trong 113 tai được phẫu thuật tạo hình ống tai kín. Mishiro và cộng sự mô tả cholesteatoma tái phát trong 19,4% tai được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình vành tai kín, tỉ lệ sót cholesteatoma lên đến 64%. Kết quả này có thể giải thích do nghiên cứu của tác giả trên đối tượng là trẻ em thực hiện phẫu thuật từ 1987 đến 1995, thời điểm này các phương pháp phẫu thuật chưa được cải tiến, còn nhiều hạn chế, các phương tiện hỗ trợ chẩn đoán và điều trị còn thiếu [4]. Filippo Di Lella<sup>1</sup> và cộng sự nghiên cứu trên 22 trường hợp (44,44%) khoét chũm tiết căn kỹ thuật kín, 3 (48,15%) trường hợp khoét chũm tiết căn kỹ thuật hở và bằng kỹ thuật Bondy sửa đổi trong 2 trường hợp (7,41%) báo cáo chỉ 1 ca phẫu thuật kín tái phát, không ca nào còn sót lại cholesteatoma. 19 (67,86%) bệnh nhân phẫu thuật khoét chũm tiết căn kỹ thuật hở, 9 (32,14%) bệnh nhân phẫu thuật khoét chũm tiết căn kỹ thuật kín được Matthew

L. Carlson và cộng sự theo dõi trong 48 tháng phát hiện 1 trường hợp phẫu thuật kín tái phát. Stash Nair và cộng sự theo dõi 32 bệnh nhân phẫu thuật nội soi, không có biến chứng sau phẫu thuật ở bất kỳ bệnh nhân nào, tỷ lệ chấp nhận mô ghép ở lần theo dõi tháng thứ ba là 100%, 2 bệnh nhân (6,3%) bị bệnh tái phát khi theo dõi 6 tháng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi chỉnh sửa. Sự dẫn truyền không khí và khoảng cách khí-xương đã được cải thiện đáng kể. Có 3 nghiên cứu thực hiện trên tổng số 318 bệnh nhân phẫu thuật khoét chũm tiết căn cải biên đều cho thấy kết quả cải thiện thính lực tốt, không có bệnh nhân nào tái phát, tỉ lệ sót cholesteatom lần lượt là 3%, 6,6%, 5,12% trong các nghiên cứu của Rashmi Goyal<sup>1</sup> và cộng sự, Pedro Blanco<sup>1</sup> và cộng sự, Payal Mukherjee và các cộng sự [2]. Nguyễn Hoàng Huy và cộng sự sau thời gian theo dõi báo cáo 4% bệnh nhân sót cholesteatoma, không trường hợp nào tái phát [8]. Phẫu thuật cắt xương chũm tiết căn cải biên cho phép dễ dàng kiểm tra xương chũm và tai giữa trong thời gian theo dõi ở cơ sở y tế và thường không cần phẫu thuật khám lần hai. Do đó, thủ thuật có lợi thế là ít tái phát và cải thiện thính giác tốt. Như vậy, phẫu thuật kỹ thuật kín có tỉ lệ tái phát và tỉ lệ sót cholesteatoma cao hơn phẫu thuật kỹ thuật hở. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát cholesteatoma phụ thuộc không chỉ vào thời gian theo dõi, phương pháp phẫu thuật và kỹ thuật phẫu thuật, mà còn phụ thuộc các phương pháp được sử dụng cho phân tích thống kê. Masafumi Sakagami và cộng sự đã phân tích tỷ lệ tái phát của cholesteatoma sau 345 lần can thiệp tạo hình vành tai (n = 113, CWD; n = 232, CWU) sử dụng phân tích Kaplan-Meier. Tỷ lệ tái phát chung trong 5 năm là 11,8%. Tỷ lệ tái phát tăng dần theo thời gian theo dõi. Tỷ lệ tái phát trong 5 năm là 3,9% ở bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình hạ thấp tường xương và 16,7% ở bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình tường xương còn nguyên vẹn. Trong nghiên cứu của S Prasanna Kumar và cộng sự, khoảng thời gian trung bình giữa lần phẫu thuật đầu tiên và phẫu thuật sau là  $4,3 \pm 2,11$  năm. Do đó, tác giả khuyên nên theo dõi tối thiểu 6 năm sau phẫu thuật cắt xương chũm sửa đổi.

Phẫu thuật kỹ thuật kín bảo tồn giải phẫu bình thường của ống tai và cho phép màng nhĩ ở vị trí bình thường, do đó sau phẫu thuật bệnh nhân cải thiện thính giác tốt. Nhược điểm của kỹ thuật kín là không có khả năng theo dõi cholesteatoma còn sót lại trong các giai đoạn sau phẫu thuật ở các phòng khám thông thường, tỉ lệ

sốt cholesteatoma và tỉ lệ tái phát cao. Do đó, điều quan trọng nhất là phải theo dõi bệnh nhân chặt chẽ và thực hiện phương pháp chẩn đoán lần thứ hai. Kỹ thuật hở có ưu điểm là tỉ lệ sót cholesteatoma và tỉ lệ tái phát thấp, tuy nhiên dễ bị biến chứng chảy máu, nhiễm trùng, cần được chăm sóc tại chỗ thường xuyên, do đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, kết quả cải thiện thính lực sau phẫu thuật không cao. Ngày nay, phẫu thuật nội soi đang trở nên phổ biến. Nội soi là phương tiện hữu dụng trước, trong và sau mổ, nội soi có thể giúp chúng ta đánh giá các túi co lõm hoặc các hốc phá hủy tự nhiên trước mổ. Thậm chí đối với các lỗ thủng màng tai rộng, nội soi còn có thể giúp chúng ta đánh giá sự toàn vẹn của chuỗi xương con. Kỹ thuật nội soi là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu với sự cải tiến về quang học và hình ảnh. Phương pháp nội soi tìm cholesteatoma tai giữa mang lại kết quả tốt về cấu trúc, chức năng cũng như chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng có thể áp dụng nội soi đường xuyên ống tai mà phẫu thuật này được chỉ định khi xương chũm đặc, sào bào nhỏ. Phẫu thuật nội soi cũng có một số nhược điểm. Trong phẫu thuật nội soi phẫu thuật nội soi, chỉ một tay được sử dụng với ống nội soi và tay kia thực hiện các thao tác để loại bỏ bệnh lý, hút, cầm máu và tái tạo. Đồng thời, bác sĩ phẫu thuật nội soi quan sát một màn hình trái ngược với việc nhìn trực tiếp vào tai được phẫu thuật qua ống soi, và điều này có thể dẫn đến mất nhận thức về chiều sâu. Các hạn chế này có thể được khắc phục bởi kinh nghiệm và tay nghề của phẫu thuật viên.

Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma cần được điều trị bằng phẫu thuật. Các mục tiêu của phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính có cholesteatom bao gồm loại bỏ bệnh tích, phục hồi hoặc bảo tồn thính giác và đảm bảo thẩm mỹ. Các phương pháp phẫu thuật khác nhau cho các kết quả khác nhau. Việc lựa chọn kỹ thuật phụ thuộc vào các yếu tố như tình trạng thông bào xương chũm, đặc điểm giải phẫu, thính lực, chức năng vòi nhĩ, trình độ của phẫu thuật viên, mong muốn của bệnh nhân... Trong đó quan trọng nhất là vị trí và mức độ lan tràn cholesteatoma.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này gợi ý một số ứng

dụng trong lâm sàng và nghiên cứu. Thứ nhất, hiện tại phương pháp phẫu thuật đa dạng, có ưu nhược điểm khác nhau. Do đó, cần thiết phải có những nghiên cứu đánh giá thêm về hiệu quả và các biến chứng có thể có của những biện pháp phẫu thuật này tới bệnh lý viêm tai giữa. Ngoài ra, các bằng chứng về hiệu quả giữa các phẫu thuật khác nhau trên cùng một loại viêm tai giữa cũng còn hạn chế, đòi hỏi cần có thêm những nghiên cứu so sánh để có thể tìm được những phương pháp tối ưu trong thực hành lâm sàng.

*Nghiên cứu này có một số hạn chế.* Thứ nhất, do sự khác nhau về đặc điểm đối tượng nghiên cứu và chất lượng báo cáo, nghiên cứu này không tiến hành phân tích gộp. Thứ hai, các nghiên cứu chủ yếu có thiết kế quan sát (hồi cứu), do đó mức độ bằng chứng về hiệu quả của các can thiệp chưa cao. Thứ ba, các nghiên cứu bằng tiếng Anh có thể chưa được hiểu đầy đủ về ý nghĩa lâm sàng. Cuối cùng, chúng tôi chưa tiến hành nghiên cứu định tính, chưa phỏng vấn sâu các phẫu thuật viên, các lãnh đạo bệnh viện về phương pháp phẫu thuật viêm tai giữa ở Việt Nam và kết quả điều trị để hiểu và phân tích sâu hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cosgarea M et al** (2011). Cholesteatoma – long – term follow – up in Romanian patients. Otolaryngology Head and Neck Surgery 147(2 Suppl):P201-P201.
2. **Blanco P., Gonzales F., Holguin J. và cộng sự.** (2014). Surgical management of middle ear cholesteatoma and reconstruction at the same time. Colomb Medica, 127–131.
3. **Sajjadi H.** Endoscopic Middle Ear and Mastoid Surgery for Cholesteatoma. Endosc Ear Surg, 8.
4. **Mishiro Y., Sakagami M., Okumura S. và cộng sự.** (2000). Postoperative results for cholesteatoma in children. Auris Nasus Larynx, 27(3), 223–226.
5. **Nguyễn Thị Tố Uyên.** Đánh giá kết quả nội soi tiết cận xương chũm đường xuyên ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa nguy hiểm. Luận An Tiến Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
6. **Nguyễn Thu Hương T.** (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và định giá kết quả phẫu thuật viêm tai giữa cholesteatoma tái phát. Luận An Tiến Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
7. **Cao Minh Thành** (2012). Phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ trong bệnh lý viêm thương nhĩ cholesteatoma. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108, Tập 7, 89–92.
8. **Nguyễn Hoàng Huy** (2018). Đánh giá kết quả chỉnh hình màng nhĩ, xương con đồng thời với phẫu thuật khoét chũm tiết cận. Luận An Tiến Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.