

không triệu chứng.

Nghiệm pháp điện tâm đồ gắng sức trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân WPW không triệu chứng có độ nhạy (90%) và giá trị dự đoán âm tính (83,3%) cao; độ đặc hiệu (20%) và giá trị dự đoán dương tính (31,1%) thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cohen M.I., Triedman J.K., Cannon B.C. và cộng sự. (2012).** PACES/HRS Expert Consensus Statement on the Management of the Asymptomatic Young Patient with a Wolff-Parkinson-White (WPW, Ventricular Preexcitation) Electrocardiographic Pattern: Developed in partnership between the Pediatric and Congenital Electrophysiology Society (PACES) and the Heart Rhythm Society (HRS). *Heart Rhythm*, **9(6)**, 1006–1024.
2. **Gibbons Raymond J., Balady Gary J. và cộng sự. (2002).** ACC/AHA 2002 Guideline Update for Exercise Testing: Summary Article. *Circulation*, **106(14)**, 1883–1892.
3. **Brugada J., Katritsis D.G., Arbelo E. và cộng sự. (2020).** 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC) Developed in

- collaboration with the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *Eur Heart J*, **41(5)**, 655–720.
4. **Pappone C., Santinelli V., Rosanio S. và cộng sự. (2003).** Usefulness of invasive electrophysiologic testing to stratify the risk of arrhythmic events in asymptomatic patients with Wolff-Parkinson-White pattern: Results from a large prospective long-term follow-up study. *J Am Coll Cardiol*, **41(2)**, 239–244.
  5. **Nguyễn Thanh Hải và cộng sự. (2019).** Luận án Tiến sĩ: Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý tim và kết quả điều trị hội chứng Wolff-Parkinson-White ở trẻ em bằng năng lượng sóng có tần số radio. 163.
  6. **Leitch J.W., Klein G.J., Yee R. và cộng sự. (1990).** Prognostic value of electrophysiology testing in asymptomatic patients with Wolff-Parkinson-White pattern. *Circulation*, **82(5)**, 1718–1723.
  7. **Trần Văn Đông và cộng sự. (2004).** Nghiên cứu điện sinh lý và điều trị hội chứng Wolff-Parkinson-White bằng năng lượng sóng có tần số radio. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam* số 38, 20-26.
  8. **Facc A.D.S., Yee R., Facc G.G. và cộng sự.** Sensitivity and specificity of invasive and noninvasive testing for risk of sudden death in Wolff-Parkinson-White syndrome. 9.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VÀ NHỈ ĐƠN THUẦN QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠNG TÍNH ỔN ĐỊNH CÓ THÙNG MÀNG NHỈ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2019-2021

Nguyễn Triều Việt\*, Trần Huỳnh Phương Thảo\*, Dương Hữu Nghị\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật và nhĩ đơn thuần qua nội soi bằng màng sụn nắp bình tai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp lâm sàng trên 71 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán VTGMT ổn định có thủng màng nhĩ được điều trị phẫu thuật và nhĩ đơn thuần qua nội soi bằng màng sụn nắp bình tai. Địa điểm tại Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thời gian từ tháng 02-2019 đến tháng 04-2021. **Kết quả:** Có 71 trường hợp được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 52 nữ và 19 nam, Nhóm tuổi từ 16 – 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%; còn lại nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 32,4%, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44,27 ± 13,4 tuổi.

Tỷ lệ lành màng nhĩ sau 1 tháng là 94,4% và sau 3 tháng thì tỷ lệ lành tăng lên là 97,2%. Mức độ giảm thính lực trung bình trước mổ là 40,66 ± 12,44 dB, thính lực trung bình cải thiện sau 3 tháng còn 27,62 ± 9,17 dB. **Kết luận:** 97,2% bệnh nhân có triệu chứng chảy dịch tai trong tiền sử. Tỷ lệ lành màng nhĩ sau 1 tháng là 94,4% và sau 3 tháng thì tỷ lệ lành tăng lên là 97,2%. Sau 3 tháng phẫu thuật và nhĩ đơn thuần thì thính lực trung bình cải thiện từ 40,66dB ± 12,44 còn 27,62 ± 9,17 dB.

**Từ khóa:** Vá nhĩ đơn thuần, Underlay dưới nội soi.

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RESULTS OF ENDOSCOPIC TYMPANOPLASTY ON PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA HAVING TYMPANIC PERFORATION AT CAN THO GENERAL HOSPITAL AND CAN THO UNIVERSITY OF MEDICAL AND PHARMACY HOSPITAL IN 2019-2021

**Objective:** Describing the clinical, subclinical characteristics and assessing the results and figured out some relating elements of the endoscopic tympanoplasty in patients having chronic otitis media

\*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: vietctho@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 12/11/2021

Ngày duyệt bài: 15/12/2021

with tympanic perforation. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study, prospective design with clinical interventions on 71 cases of chronic otitis media with tympanic perforation were doing endoscopic tympanoplasty by using underlay technique. **Results:** There were 71 cases included in the study, of which 52 were female and 19 were male. The age group from 16 to 50 years old accounted for the highest rate of 67.6%; the remaining group of patients over 50 years old accounted for 32.4%, the average age of the study group was  $44.27 \pm 13.4$  years old. The rate of healing of the tympanic membrane after 1 month was 94.4% and after 3 months, the healing rate increased to 97.2%. The average level of hearing loss before surgery was  $40.66 \pm 12.44$  dB, the average hearing improved after 3 months to  $27.62 \pm 9.17$  dB. **Conclusions:** Up to 97.2% of patients have symptoms of persistent drainage from the middle ear. The rate of healing of the tympanic membrane after 1 month was 94.4% and after 3 months, the healing rate increased to 97.2%. After 3 months of tympanoplasty surgery, pure tone average improved from  $40.66\text{dB} \pm 12.44$  to  $27.62 \pm 9.17$  dB.

**Key words:** Tympanoplasty surgery, Underlay technique

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là bất kỳ sự thay đổi cấu trúc bên trong hệ thống tai giữa kết hợp với thủng của màng nhĩ trong một thời gian lớn hơn 3 tháng[9]. Bệnh có thể diễn tiến âm thầm, thường xuyên tái đi tái lại hay có những cơn bộc phát hồi viêm gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm đến tính mạng như viêm màng não, áp - xe não, liệt thần kinh mặt, cholesteatoma ống tai ngoài...[1]. Ngoài ra, bệnh để lại các di chứng như thủng mạn tính màng nhĩ, phá hủy xương con, xơ cứng màng nhĩ, là nguyên nhân chính dẫn đến giảm thính lực. Di chứng gián tiếp là sự chậm trễ ngôn ngữ và học tập của bệnh nhân [2].

Vấn đề điều trị viêm tai giữa mạn tính, ngoài việc lấy hết bệnh tích trong hệ thống hòm nhĩ-xương chũm làm cho tai giữa sạch, còn phục hồi cấu trúc tai giữa đã bị hư hại. Đó là mục tiêu tạo hình và phục hồi chức năng tai giữa.

Có rất nhiều kỹ thuật được sử dụng để giải quyết viêm tai giữa mạn tính. Phẫu thuật vá nhĩ, chất liệu ghép, đường mổ và phương pháp lựa chọn phụ thuộc vào tính chất, mức độ của bệnh, cũng như kỹ thuật và kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật. Lựa chọn đúng phương pháp điều trị không những giải quyết được bệnh tích, tránh biến chứng mà còn bảo tồn và phục hồi sức nghe.

Xuất phát từ tính quan trọng, thực tiễn, khoa học của bệnh và vấn đề điều trị viêm tai giữa mạn tính bằng phẫu thuật như nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả vá nhĩ đơn thuần bằng nội soi điều trị viêm tai giữa mạn

tính ổn định có thủng màng nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2019-2021" nhằm hai mục tiêu:

- *Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm tai giữa mạn tính ổn định có thủng màng nhĩ.*

- *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn nắp bình tai trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính ổn định có thủng màng nhĩ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân bị VTGMT có thủng màng nhĩ, được điều trị bằng phương pháp vá nhĩ đơn thuần qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ từ 02/2019 đến 04/2021.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN  $\geq 16$  tuổi được chẩn đoán VTGMT ổn định có thủng màng nhĩ được phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần qua nội soi bằng mảnh ghép màng sụn nắp bình tai theo phương pháp Underlay.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Được chẩn đoán là đợt cấp của VTGMT, không có thính lực đồ và phim Schuller, có viêm nhiễm ở mũi xoang và họng đang tiến triển, không ghi lại đầy đủ diễn tiến quá trình điều trị và những BN không đến tái khám.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có can thiệp lâm sàng.

Theo công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Tính ra được  $n = 44,71$ .

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu chọn là  $\geq 45$ .

Chúng tôi chọn ra được 71 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện tất cả những bệnh nhân.

### Nội dung nghiên cứu

**Đặc điểm chung:** Tuổi, giới.

**Các đặc điểm lâm sàng trước mổ:** Lý do đến khám, tiền sử chảy dịch tai: thời gian chảy; lượng và tính chất dịch tai.

**Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ:** Nội soi tai (Vị trí lỗ thủng, bờ lỗ thủng và kích thước lỗ thủng); Thính lực đồ: Mức độ và phân loại giảm thính lực (dẫn truyền hoặc hỗn hợp)[3]; Chụp phim X - quang Schullers [2].

**Theo dõi bệnh nhân sau mổ 1 tháng:** Cải thiện triệu chứng cơ năng và nội soi đánh giá tình trạng mảnh ghép. Theo dõi diễn tiến sau mổ 1 tháng.

**Theo dõi bệnh nhân sau mổ 3 tháng:** Nội soi đánh giá tình trạng mảnh ghép và đo lại sức nghe đơn âm tại ngưỡng tai đã được phẫu thuật và nhĩ. Theo dõi diễn tiến mổ 3 tháng.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn người bệnh, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu khi nhập viện điều trị. Đánh giá mức độ lành màng nhĩ và cải thiện thính lực qua kết quả nội soi tai và thính lực đồ của lần tái khám sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 1. Đặc điểm chung**

Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi	16 – 50 tuổi	48	67,6%
	>50 tuổi	23	32,4%
Giới	Nữ	52	73,2%
	Nam	19	26,8%

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân là nữ chiếm 73,2% và đa số ở nhóm tuổi từ 16 – 50 tuổi (67,6%).

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ và sự liên quan giữa các yếu tố

##### 3.2.1. Lý do vào viện

**Bảng 2. Lý do vào viện**

Lý do đến khám	Chảy dịch tai	Ù tai	Nghe kém	Ngứa tai	Phát hiện tình cờ
Số BN	29	18	20	3	1
Tỷ lệ %	40,8	25,4	28,2	4,2	1,4

**Nhận xét:** Có 5 lý do khiến bệnh nhân đến khám, trong đó chảy dịch tai chiếm tỷ lệ cao nhất 40,8%; chỉ có 1/71 trường hợp phát hiện tình cờ khi đi khám sức khỏe định kỳ.

##### 3.2.2. Chảy dịch tai

**Bảng 3. Tiền sử chảy dịch tai**

Thông tin chung	Số BN	Tỷ lệ %	
Tiền sử chảy dịch tai	Có	69	97,2
	Không	2	2,8
Thời gian	=<3 tháng	5	7,2
	> 3 tháng	64	92,8
Lượng	Ít	14	20,3
	Nhiều	55	79,7
Tính chất	Loãng	39	56,5
	Mủ hôi	30	43,5

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng chảy dịch tai trong tiền sử 97,2%. Trong số 69 bệnh nhân có tiền sử chảy dịch tai, đa số đều có tình trạng chảy dịch tai dai dẳng > 3 tháng, điều trị không hết hoặc hay tái lại nếu ngưng thuốc 92,8%. 79,7% chảy dịch tai lượng

nhiều. Tính chất dịch tai loãng chiếm 56,5%, cao hơn dịch mủ hôi là 43,5%.

#### 3.2.3. Nội soi

**Bảng 4. Kích thước lỗ thủng màng nhĩ trước mổ (% diện tích)**

Kích thước lỗ thủng	< 25% diện tích	25 – 50% diện tích	50 – 75% diện tích	> 75% diện tích
Số BN	26	19	11	15
Tỷ lệ %	36,6	26,8	15,5	21,1

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước diện tích chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6% là lỗ thủng nhỏ < 25% diện tích.

**Bảng 5. Vị trí của lỗ thủng trước mổ**

Vị trí của lỗ thủng	Số BN	Tỷ lệ %
Trước dưới	24	33,8
Sau dưới	2	2,8
Trước trên	1	1,4
Sau trên	1	1,4
Trung tâm	28	39,4
Thủng rộng (thủng >4 mm)	15	21,1

**Nhận xét:** Trong 71 bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi, lỗ thủng ở trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất 39,4%.

**Bảng 6. Bờ lỗ thủng**

Bờ lỗ thủng	Còn rìa	Mất rìa
Số BN	61	10
Tỷ lệ %	85,9	14,1

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thì lỗ thủng đều còn rìa chiếm 85,9%.

**Bảng 7. Tính chất hòm nhĩ**

Hòm nhĩ	Số BN	Tỷ lệ %
Khô	66	93
Ướt	5	7

**Nhận xét:** Có đến 93% bệnh nhân có hòm nhĩ khô khi vào viện phẫu thuật vá nhĩ, cao hơn nhiều so với trường hợp có hòm nhĩ ướt.

#### 3.2.4. Thính lực đồ trước mổ

**Bảng 8. Kiểu giảm thính lực**

Kiểu giảm thính lực	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	9	12,6
Dẫn truyền	44	62
Hỗn hợp	18	25,4

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 71 trường hợp được đo thính lực đồ đơn âm thì giảm thính lực kiểu dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất 62% với 44/71 trường hợp.

**Bảng 9. Mức độ nghe kém tai mổ trước mổ**

Mức độ điếc	Bình thường	Giảm thính lực nhẹ	Giảm thính lực vừa	Giảm thính lực nặng
-------------	-------------	--------------------	--------------------	---------------------

Số BN	8	36	21	6
Tỷ lệ %	11,3	50,7	29,6	8,5

**Nhận xét:** Mức độ giảm thính lực trung bình là 40,66dB ± 12,44. Chiếm tỷ lệ cao nhất là giảm thính lực mức độ nhẹ 36/71 trường hợp chiếm 50,7%; chiếm tỷ lệ thấp nhất là giảm thính lực nặng 6/71 chiếm 8,5%.

**3.2.5. X-quang schuller**

**Bảng 10. Loại xương chũm trên phim Schullers**

Xquang schuller	Số BN	Tỷ lệ %
Thông bào	19	26,8%
Xốp	23	32,4%
Đặc ngà	29	40,8%

**Nhận xét:** Trong các thể xương chũm khảo sát được trên xquang schuller, thể đặc ngà chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,8%, kế đến là thể xốp với 32,4% và ít nhất là thể thông bào với 26,8%.

**3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng**

**3.3.1. Đánh giá lành màng nhĩ qua nội soi**

**Bảng 11. Tình trạng lành của mảnh ghép sau mổ 1 và 3 tháng**

Tình trạng mảnh ghép	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Liên kín	67	94,4	69	97,2
Hở trước trên	4	5,6	2	2,8

**Nhận xét:** Tỷ lệ lành màng nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng là 94,4% và sau 3 tháng thì tỷ lệ lành tăng lên là 97,2%.

**3.3.2. Đánh giá cải thiện tình trạng thính lực qua thính lực đồ**

**Bảng 12. Mức độ giảm thính lực trước mổ và sau mổ 3 tháng:**

Mức độ giảm thính lực	Trước mổ		Sau mổ 3 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	8	11,2	35	49,3
Giảm thính lực nhẹ	36	50,7	29	40,8
Giảm thính lực vừa	21	29,6	7	9,9
Giảm thính lực nặng	6	8,5	0	0

**Nhận xét:** Sau 3 tháng phẫu thuật và nhĩ đơn thuần, nhìn chung thì từ giảm thính lực nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau 3 tháng thì thính lực bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,3%. Trước phẫu thuật có 8,5% giảm thính lực nặng, sau mổ thì 100% đều cải thiện thính lực với 0% trường hợp giảm thính lực nặng.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các

bệnh nhân đều trên 18 tuổi. Nhóm tuổi từ 16 – 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 68,3%; còn lại nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 31,7%. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44,27 ± 13,4. xảy ra ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ lần lượt là 73,2% và 26,8%

Theo kết quả của nhóm nghiên cứu Đoàn Thị Mỹ Trang và cs được báo cáo năm 2019 nghiên cứu trên 33 bệnh nhân thì giống với chúng tôi là đa phần bệnh nhân là người lớn, nhóm tuổi chủ yếu là từ 16 – 30 tuổi chiếm tỷ lệ 48,4%, phổ biến ở nữ nhiều hơn nam [5]. Còn theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoa và cs thì độ tuổi trung bình của mẫu là 40,50 ± 10,23, chiếm tỷ lệ cao nhất là 30–49 tuổi (70,0%), tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (70,0%; 30,0%) [4].

**4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ**

**4.2.1. Lý do vào viện.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 lý do khiến bệnh nhân đến khám, trong đó chảy dịch tai chiếm tỷ lệ cao nhất 40,8%. Hầu hết các trường hợp viêm tai giữa có thủng màng nhĩ đều gây ra triệu chứng khó chịu cho bệnh nhân, đặc biệt là chảy dịch tai. Tuy nhiên, vẫn còn một số bệnh nhân có rất nhiều đợt chảy dịch tai, ù tai hoặc sức nghe giảm nặng thì mới đến khám và nhập viện điều trị triệt để trong lần khám này.

**4.2.2. Nội soi tai.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước lỗ thủng chiếm tỷ lệ cao nhất 34,9% là lỗ thủng nhỏ < 25% diện tích. Vị trí chủ yếu ở trung tâm chiếm tỷ lệ 39,4%, chiếm tỷ lệ cao kế đến là vị trí trước dưới 33,8%. Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoa và cs thì tình trạng màng nhĩ trước phẫu thuật: thủng trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất đến thủng toàn bộ, màng nhĩ lệch ngoài, thủng nửa trước (25%, 20%, 15%, 15%) và thủng ở các vị trí khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (5% ở mỗi vị trí) [4].

Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thì lỗ thủng đều còn rìa chiếm 85,9%. Đây cũng là yếu tố góp phần tăng tỷ lệ thành công sau phẫu thuật vá màng nhĩ, vì khi lỗ thủng sát khung nhĩ sợi và khung nhĩ xương thì mảnh ghép sau khi đặt sẽ có nguy cơ trượt khỏi vị trí ban đầu dẫn đến kết quả màng nhĩ không lành sau phẫu thuật.

**4.2.3. Thính lực đồ trước mổ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44/71 trường hợp giảm thính lực kiểu dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này phù hợp với sinh lý nghe, vì trên lý thuyết, nghe kém dẫn truyền thể hiện sự tổn thương ở tai ngoài hoặc tai giữa, tổn thương

đường dẫn khí, sức nghe đường xương vẫn ở mức bình thường. Mức độ giảm thính lực chiếm tỷ lệ cao nhất là mức độ nhẹ 36/71 trường hợp chiếm 50,7%. Mức độ giảm thính lực trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,66dB  $\pm$  12,44 cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoa và cs là 39,21dB [4].

**4.2.4. X-quang schuller.** Trong các thể xương chũm khảo sát được trên xquang schuller, thể đặc ngà chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,8%, kế đến là thể xốp với 32,4% và ít nhất là thể thông bào với 26,8%. Có thể giải thích cho kết quả này vì đa số bệnh nhân đều bị viêm tai giữa đã lâu, tình trạng niêm mạc trong hòm nhĩ và xương chũm cũng bị ảnh hưởng, các tế bào chũm bị thoái hóa, không còn chức năng thông khí tai giữa. Bác sĩ cần dựa vào hình ảnh xương chũm trên xquang schuller để tiên lượng kết quả của cuộc phẫu thuật. Những trường hợp xương chũm thể thông bào và xốp thì cải thiện tương đối tốt hơn thể đặc ngà.

### 4.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và một số yếu tố liên quan

**4.3.1. Đánh giá lành màng nhĩ qua nội soi.** Tỷ lệ lành màng nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng là 94,4% và sau 3 tháng thì tỷ lệ lành tăng lên là 97,2%.

Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoa và cs thì sau mổ 3 tháng tỷ lệ lành là 84,6% (11/13 trường hợp vá nhĩ đơn thuần) [4]. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Mỹ Trang, Lê Thanh Thái và Hồ Mạnh Hùng thì tỷ lệ liền kín màng nhĩ sau 3 tháng là 81,8% [5]. Tỷ lệ lành thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, một phần vì số lượng mẫu nghiên cứu ít (13 và 33 trường hợp). Tỷ lệ lành màng nhĩ theo nghiên cứu của Đặng Vũ Hiệp, Nguyễn Văn Linh và nghiên cứu của Võ Đoàn Minh Nhật và cs lần lượt là 96,67% và 88,2% [6] [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng hòm nhĩ còn dịch không ảnh hưởng đến sự lành của màng nhĩ, 100% trường hợp không lành sau 1 tháng và 3 tháng đều có tình trạng hòm nhĩ khô. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,571 > 0,05$ .

Theo nghiên cứu của U P Santosh, K B Prashanth, Ms Sudhakar Rao thì trong 30 bệnh nhân phẫu thuật thì tỷ lệ thành công 80% trường hợp tai khô và 73,3% trường hợp tai ướt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ( $\chi^2=1.24$ ) và ( $p>0.05$ ).

**4.3.2. Đánh giá cải thiện tình trạng thính lực qua thính lực đồ.** Mức độ giảm thính lực trung bình trước mổ là 40,66dB  $\pm$  12,44.

Chiếm tỷ lệ cao nhất là giảm thính lực mức độ nhẹ chiếm 50,7%. Sau 3 tháng phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần, thính lực trung bình cải thiện còn 27,62  $\pm$  9,17 dB.

Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoa và cs thì sau phẫu thuật 3 tháng: dựa trên kết quả PTA trung bình, nhận thấy rằng sức nghe của nhóm vá nhĩ đơn thuần, đã có sự cải thiện tuy chưa nhiều lắm (sau phẫu thuật là 34,35 dB so với trước phẫu thuật là 39,21 dB) [4]. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Mỹ Trang, Lê Thanh Thái và Hồ Mạnh Hùng thì sức nghe trung bình sau phẫu thuật là 28,8  $\pm$  10,6dB, sức nghe cải thiện 13,0  $\pm$  7,4dB [5].

PTA theo nghiên cứu của Đặng Vũ Hiệp, Nguyễn Văn Linh và nghiên cứu của Võ Đoàn Minh Nhật và cs lần lượt là 26,33 dB so với trước mổ là 42,17 dB và 27,9  $\pm$  12,1 dB so với trước mổ là 39,3  $\pm$  14,8 dB. Hầu như theo các nghiên cứu trên thì sức nghe đều cải thiện đáng kể, đa số đều tốt hơn > 10dB [6] [7].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 71 bệnh nhân: ghi nhận 97,2% bệnh nhân có triệu chứng chảy dịch tai trong tiền sử. Trong đó tình trạng chảy dịch tai dai dẳng > 3 tháng chiếm 92,8%; chảy dịch tai lượng nhiều chiếm 79,7%; tính chất dịch loãng chiếm 56,5%.

Lỗ thủng màng nhĩ kích thước chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6% là lỗ thủng nhỏ; vị trí chủ yếu ở trung tâm 39,4%; còn rìa chiếm 85,9%. Có đến 93% bệnh nhân có hòm nhĩ khô khi vào viện phẫu thuật vá nhĩ.

Giảm thính lực kiểu dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất 62%; đa số là mức độ nhẹ chiếm 50,7%. Mức độ giảm thính lực trung bình trước phẫu thuật là 40,66dB  $\pm$  12,44. Xquang schuller thể đặc ngà chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,8%.

Tỷ lệ lành màng nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng là 94,4% và sau 3 tháng thì tỷ lệ lành tăng lên là 97,2%. Sau 3 tháng phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần thì thính lực bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 49,3%. thính lực trung bình cải thiện còn 27,62  $\pm$  9,17 dB. Trước phẫu thuật có 8,5% giảm thính lực nặng, sau mổ thì đều cải thiện thính lực với 0 trường hợp giảm thính lực nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Tân, (2001)**, "Viêm tai giữa mạn tính", Tai Mũi Họng thực hành, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, pp. 110-124.
2. **Nhạn Trưng Sơn, (2016)**, "X-quang trong viêm nhiễm vùng Tai Mũi Họng", Tai Mũi Họng quyển 1, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, pp.

- 196-217.
3. **Ngô Ngọc Liên, (2016)**, "Đo sức nghe bằng đơn âm tại ngưỡng", Tai Mũi Họng quyển 1, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, pp. 279-288.
  4. **Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoa, Phan Thị Mộng Thơ, Nguyễn Thị Thanh Thúy, Nguyễn Thị Nga, (2018)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ lại ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính", Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 22, số 6
  5. **Đoàn Thị Mỹ Trang, Lê Thanh Thái, Hồ Mạnh Hùng, (2019)**, "Đánh giá kết quả điều trị vá nhĩ đơn thuần bằng mảnh ghép màng sun bình tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ", Tạp chí Y – Dược học, trường Đại học Y Dược Huế, tập 9, trang 55.
  6. **Đặng Vũ Hiệp, Nguyễn Văn Linh, khoa TMH, (2020)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tạo hình màng nhĩ tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Quân Y 4", Kỷ yếu Hội nghị khoa học Tai Mũi Họng và phẫu thuật Đầu Cổ toàn quốc lần thứ XXIII, trang 97.
  7. **Võ Đoàn Minh Nhật, Lê Thanh Thái, Phan Văn Dũng, (2020)**, "Đánh giá kết quả vá nhĩ đơn thuần theo kỹ thuật Underlay có cố định thành trước đối với thủng nhĩ sát rìa trước", Kỷ yếu Hội nghị khoa học Tai Mũi Họng và phẫu thuật Đầu Cổ toàn quốc lần thứ XXIII, trang 100.
  8. **Marcos V.G, (2013)**, "Otitis Media", Otology and Neurology, Thieme Delhi Stuttgart, pp. 151-161.

## KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP DEXA Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS

Trần Việt Hoà<sup>1</sup>, Đào Bùi Quý Quyên<sup>2</sup>, Hoàng Trung Vinh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát mật độ xương bằng X-quang năng lượng kép (DEXA) ở người bệnh viêm thận lupus ban đỏ hệ thống đã và đang điều trị corticoid kéo dài. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus. Tất cả các bệnh nhân được đo mật độ xương để đánh giá tình trạng thiếu xương, loãng xương bằng phương pháp DEXA. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân viêm thận lupus là  $28,13 \pm 9,21$ , tỷ lệ nam là 13,3%, nữ chiếm 86,7%. Thời gian điều trị steroid trung bình là  $39,44 \pm 43,74$  tháng. Giá trị trung bình của mật độ xương tại cổ xương đùi là  $0,72 \pm 0,15$  g/cm<sup>2</sup>; ở vùng chậu là  $0,82 \pm 0,17$  g/cm<sup>2</sup>. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu xương chiếm 38,55%, loãng xương chiếm 8,44%. **Kết luận:** Giảm mật độ xương là biểu hiện hay gặp ở bệnh nhân viêm thận lupus.

**Từ khóa:** Viêm thận lupus, phương pháp DEXA, mật độ xương, loãng xương.

### SUMMARY

#### SURVEY ON BONE DENSITIES BY DEXA METHOD IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS

**Objectives:** Investigation of bone density by dual-energy X-ray (DEXA) in patients with systemic lupus erythematosus who have been receiving long-term corticosteroid therapy. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 83 patients diagnosed with lupus nephritis. All patients were measured bone

density to evaluate bone deficiency, osteoporosis by DEXA method. **Results:** The mean age of patients with lupus nephritis was  $28.13 \pm 9.21$ , the rate of male was 13.3%, female accounted for 86.7%. The mean duration of steroid treatment was  $39.44 \pm 43.74$  months. The average value of bone density at the femoral neck is  $0.72 \pm 0.15$  g/cm<sup>2</sup>; in the pelvis area is  $0.82 \pm 0.17$  g/cm<sup>2</sup>. The percentage of patients with osteoporosis accounted for 38.55%, osteoporosis accounted for 8.44%. **Conclusion:** Decreased bone density is a common in patients with lupus nephritis.

**Keywords:** Lupus nephritis, DEXA method, bone density, osteoporosis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống là bệnh tự miễn khi hệ thống miễn dịch của cơ thể bị rối loạn, bệnh có biểu hiện lâm sàng phức tạp, tổn thương nhiều cơ quan. Bệnh lupus ban đỏ hệ thống tiến triển từng đợt cần phải điều trị lâu dài bằng corticoid và phối hợp với các thuốc ức chế miễn dịch đặc hiệu [8]. Khi có tổn thương thận, việc điều trị sẽ khó khăn hơn, đặc biệt khi dùng corticoid. Việc bắt buộc sử dụng corticoid điều trị liều cao, kéo dài duy trì để kiểm soát bệnh khó tránh khỏi nhiều tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt là tác dụng phụ gây loãng xương do thuốc [1]. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mật độ xương bằng X-quang năng lượng kép (DEXA) ở người bệnh viêm thận lupus ban đỏ hệ thống đã và đang điều trị corticoid kéo dài.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 83 người bệnh được chẩn đoán Viêm thận lupus.

<sup>1</sup>PKDK Bảo Anh, Trảng Bom, Đồng Nai

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy, TPHCM

<sup>3</sup>Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Hòa

Email: lethangviet@yahoo.co.uk

Ngày nhận bài: 6/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/12/2021

Ngày duyệt bài: 22/12/2021