

## ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ SÀO BÀO XUYÊN ỐNG TAI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP TRẺ EM

Hồ Mạnh Phương<sup>1</sup>, Hồ Lê Hoài Nhân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Mặc dù ngày nay với sự hỗ trợ của nội soi, cắt lớp vi tính, việc khám và phát hiện viêm xương chũm cấp (VXCC), nhất là ở trẻ em, vẫn còn hạn chế. Vì vậy, tỷ lệ biến chứng vẫn còn cao. **Mục tiêu:** (1) Mô tả hình thái lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính (CLVT) của viêm xương chũm cấp trẻ em. (2) Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật khoét xương chũm và đặt ống thông khí (OTK) sào bào xuyên ống tai. **Đối tượng và phương pháp:** (1) 34 bệnh nhi VXCC được khám bằng nội soi và CLVT. (2) Đánh giá kết quả kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai. **Kết quả:** triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là rối loạn tiêu hóa; sập thành sau ống ống tai, chảy tai kéo dài sau đặt ống thông khí (OTK) màng nhĩ là các triệu chứng hay gặp nhất trên nội soi tai, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương cho thấy hình ảnh hủy các vách thông bào chũm và nhóm thông bào thái dương mòm tiếp phát triển mạnh. Với kỹ thuật khoét xương chũm và đặt OTK sào bào đường xuyên ống tai 40/44 (91%) tai khô sau phẫu thuật 4 tuần và 44/44 (100%) tai khô sau 6 tháng. **Kết luận:** (1) Khám lâm sàng kết hợp với nội soi tai và CLVT xương thái dương là 3 yếu tố cần bản đảm bảo không bỏ sót VXCC. (2) Đặt OTK sào bào ngoài việc giúp dẫn lưu dịch tiết, thông khí cho ốc nhĩ chũm còn có tác dụng theo dõi kết quả điều trị. (3) Với kết quả 44/44 (100%) khô tai, kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai là kỹ thuật hiệu quả trong điều trị VXCC trẻ em, có khả năng triển khai ứng dụng rộng rãi. (4) Nạo V.A và kiểm soát các yếu tố môi trường là điều trị hỗ trợ đảm bảo tính ổn định và hiệu quả của điều trị.

### SUMMARY

#### TRANS-OTURAL OSTOMY FOR THE TREATMENT OF ACUTE MASTOIDITIS IN CHILDREN

Nowaday with the support of endoscopy, computed tomography, acute mastoiditis examination and detection (VXCC), especially in children, is still limited. So the certificate variable rate is still high. **Objectives:** (1) Describe the clinical, endoscopic and computed tomography (CT) morphology of acute mastoiditis in children. (2) Evaluation of the effectiveness of mastoidectomy and trans-otural ostomy (OTK) placement. **Subjects and methods:** (1) 34 pediatric patients with VXCC were examined by endoscopy and CT. (2) Evaluation of mastoidectomy technique to place OTK through the ear canal. **Results:** The most common functional symptom was

digestive disorders; Collapse of the posterior wall of the ear canal, prolonged ear discharge after tympanic intubation (OTK) tympanic membrane are the most common symptoms on otoscopy, computed tomography (CT) images of the temporal bones show destruction. mastoid septum and temporomandibular group continue to develop strongly. With mastoidectomy and trans-cavitary OTK placement, 40/44 (91%) ears were dry 4 weeks after surgery and 44/44 (100%) ears were dry after 6 months. **Conclusion:** (1) Clinical examination combined with otoscopy and CT scan of the temporal bone are 3 basic factors to ensure that VXCC is not missed. (2) Placing OTK in the mastoid cavity, in addition to helping to drain the secretions and ventilating the mastoid cavity, also has the effect of monitoring the results of treatment. (3) With the results of 44/44 (100%) dry ear, mastoidectomy technique to place OTK in the ear canal is an effective technique in the treatment of VXCC in children, capable of wide application. (4) Removal of V.A. and control of environmental factors is supportive treatment to ensure the stability and effectiveness of treatment.

**Keyword:** acute mastoiditis in children.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong 10 năm trở lại đây, với sự ra đời của các kháng sinh mới, chúng ta quan niệm rằng kháng sinh có thể làm giảm tỷ lệ VXCC, hoặc ngăn ngừa được viêm tai giữa (VTG) không lan vào xương chũm. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu của Ivan B., Nikola M. Vladan S., Gordana M.; và Itzhak Brook [5,6] cho thấy tỷ lệ VXCC không hề giảm, mà thực tế chúng ta bỏ sót hoặc không nghĩ đến. Vì vậy, các biến chứng của VXCC như liệt mặt, viêm màng não vẫn xảy ra. Đặc biệt đối với những trường hợp VXCC hai bên, mà quá trình viêm lướt qua tai giữa đi thẳng vào xương chũm.

Kết quả điều trị kể cả phẫu thuật vẫn còn nhiều tai biến, nhất là đối với các phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm khi phẫu thuật trên xương chũm trẻ em. Vì vậy, nhiều thầy thuốc chọn lựa giải pháp điều trị nội khoa. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích tìm hiểu những dấu hiệu chẩn đoán và tìm ra phương pháp khoét xương chũm trẻ em có hiệu quả cao nhất. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1) Mô tả hình thái lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính (CLVT) của viêm xương chũm cấp trẻ em.

2) Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật khoét xương chũm và đặt ống thông khí (OTK) sào bào xuyên ống tai.

<sup>1</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Mạnh Phương

Email: hmpuong2803@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

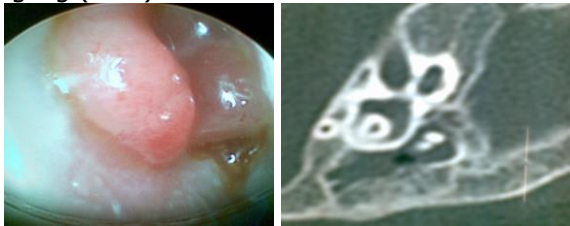
**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 34 trẻ tuổi từ 6 tháng đến 7 tuổi được chẩn đoán VXCC và được phẫu thuật KXC kết hợp đặt OTK sào bào xuyên ống tai.

**2.2. Phương pháp tiến hành**

▪ Tất cả các bệnh nhân được khám nội soi trước mổ, chụp ảnh và ghi nhận các biến đổi trên nội soi: tình trạng của màng nhĩ, mũi xoang, V.A.

▪ Chụp cắt lớp xương thái dương theo 2 bình diện tiêu chuẩn là đứng ngang (Coronal) và ngang (Axial) với mỗi lát cắt cách nhau 1mm.



**Hình 1. Hình ảnh nội soi và CT Scan tai**

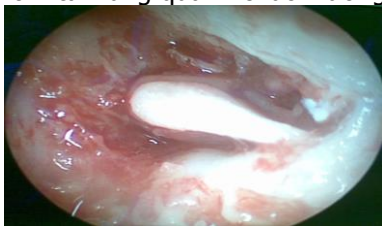
▪ **Các thì phẫu thuật:**

- Rạch da sau tai theo hình chữ S từ đỉnh rãnh sau tai đến mỏm chũm khoảng 3 – 4 cm.

- Rạch và bóc tách cốt mạc để bộc lộ mặt ngoài xương chũm.

- Khoan vào sào bào và mở rộng để lấy hết các nhóm thông bào xương chũm: chú ý các nhóm tế bào phát triển mạnh ở trẻ em như nhóm thái dương – mỏm tiếp, nhóm tế bào vảy, nhóm tường dây VII và các nhóm kém phát triển ở trẻ em như nhóm mỏm chũm làm cho dây VII có xu hướng ra nông hơn so với người lớn.

- Bộc lộ và mở rộng nhóm thái dương – mỏm tiếp và thương nhĩ để thấy rõ xương đe và khớp búa đe cho đến tận thương nhĩ trước. Lấy bỏ niêm mạc viêm che lấp eo nhĩ và phá bỏ dây chằng búa – đe ngoài để tạo dẫn lưu từ thương nhĩ vào hòm tai xung quanh chuỗi xương con.

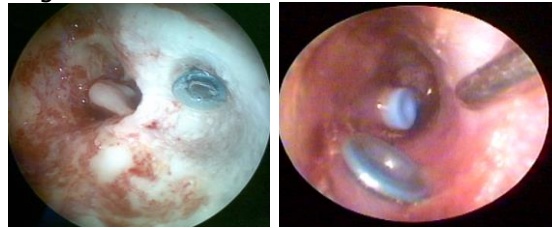


**Bảng 2. Triệu chứng cơ năng theo nhóm tuổi**

Triệu chứng	Sốt	Đau tai	Chảy tai	Gãi tai	Rối loạn tiêu hóa
6 tháng - 2 tuổi	18 (90%)	0	4	18 (90%)	16 (80%)
2 tuổi – 7 tuổi	3	6 (43%)	6	8	2
n	21	6	10	26	18

**Hình 2. Hốc mỡ chũm đã được dẫn lưu tốt vào hòm tai sau khi làm thông thoáng eo nhĩ và phá bỏ dây chằng búa – đe ngoài**

- Làm mỏng thành ống tai tối đa, dùng khoan kim cương kích thước 3 – 4mm khoan thủng thành sau ống tai. Luôn giữ cho mũi khoan nằm ngoài đường thẳng nối dài từ trục của mẫu ngăn xương đe. Đục thủng da ống tai bằng dao tam lăng và đặt OTK xuyên qua đường này từ ống tai vào sào bào sau khi đã đặt OTK màng nhĩ. Kiểm tra sự thông thoáng giữa hòm tai và hốc mỡ chũm bằng cách bơm dung dịch Bétadine vào hốc mỡ chũm và hút qua OTK màng nhĩ.



**Hình 3. Đặt OTK sào bào xuyên ống tai**

▪ Chăm sóc sau phẫu thuật và đánh giá kết quả

- Tất cả các bệnh nhân đều được làm thuốc tai hàng ngày cho đến khi khô tai.

- Giải quyết các yếu tố nguyên nhân như nạo V.A, cắt Amidan và điều trị viêm xoang sau phẫu thuật KXC khoảng 2 – 3 tuần.

- Tái khám định kỳ mỗi 2 tháng cho đến khi các OTK sào bào và OTK màng nhĩ được đẩy ra ngoài.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi gồm 34 bệnh nhân trong độ tuổi từ 6 tháng đến 7 tuổi, bao gồm 12 trẻ trai và 22 trẻ gái. Trong đó có 24 trẻ VXCC một bên, 10 trẻ VXCC cả 2 bên.

**Bảng 1. Phân bố lứa tuổi**

Lứa tuổi	6 tháng - 2 tuổi	2 tuổi – 7 tuổi
Số bệnh nhân	20	14
n	20	14
%	59%	41%
N	34	

Phần lớn các bệnh nhân của chúng tôi trong lứa tuổi nữ nhi (dưới 2 tuổi: 20/34), chỉ có 2 bệnh nhân trên 5 tuổi.

**3.2. Hình thái lâm sàng của VXCC**

Về triệu chứng cơ năng: 3 triệu chứng cơ năng nổi bật là sốt, gãi tai và rối loạn tiêu hóa. Đây cũng là các triệu chứng thường gặp nhất đối với nhóm trẻ dưới 2 tuổi. Trái lại, triệu chứng đau tai là triệu chứng hay gặp ở nhóm trẻ lớn.

**Bảng 3. Triệu chứng thực thể theo nhóm tuổi**

Triệu chứng Nhóm tuổi	Mất rãnh sau tai	Sập thành sau ống tai	Polyp ống tai	Chảy mủ tai kéo dài sau đặt OTK màng nhĩ
6 tháng - 2 tuổi	2	30	6	30
2 tuổi - 7 tuổi	1	14	4	14
n	3	44	10	44
%	7%	100%	23%	100%

Về triệu chứng thực thể: tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện sập thành sau ống tai và tình trạng chảy mủ tai kéo dài sau khi đã đặt OTK màng nhĩ. 8 trong số 10 bệnh nhân có triệu chứng chảy mủ tai có biểu hiện polyp ống tai với chân polyp ở lỗ thủng của góc sau trên màng nhĩ.

**Bảng 4. Hình thái tổn thương trên phim cắt lớp xương thái dương**

Hình thái CT Nhóm tuổi	Mất vách xương thông bào chũm	Mờ nhóm thông bào thái dương - mòm tiếp	Hình ảnh hủy xương tường thượng nhĩ
6 tháng - 2 tuổi	30	30	6
2 - 7 tuổi	14	8	4
N	44	38	10
%	100%	86%	23%

Trên tất cả các bệnh nhân đều có hình ảnh hủy các vách xương của thông bào chũm. Hầu hết (38/44) đều có nhóm thông bào thái dương - mòm tiếp phát triển. Tất cả các bệnh nhân có polyp ống tai ngoài đều có hình ảnh hủy xương ở tường thượng nhĩ.

### 3.3. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 5. Thời gian và tỷ lệ khô tai sau phẫu thuật**

Thời gian Nhóm tuổi	< 4 tuần	4 tuần - 6 tháng	n
6 tháng - 2 tuổi	29	1	30
2 - 7 tuổi	11	3	14
n	40	4	44
%	91%	9%	100%

Hầu hết bệnh nhân khô tai trong vòng 4 tuần đầu sau phẫu thuật, 4/44 bệnh nhân chảy tai kéo dài hoặc tái diễn sau phẫu thuật. Tình trạng chảy tai của bệnh nhân chỉ dừng lại sau khi chúng tôi kiểm soát tốt các tác nhân như: nạo V.A, tránh các tác nhân dị ứng.

## IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng hầu hết các bệnh nhân đều thuộc lứa tuổi nhũ nhi. Đây là lứa tuổi rất khó thăm khám, ngay cả việc khai thác triệu chứng lâm sàng lẫn khám nội soi. Tuy nhiên, chúng tôi thấy biểu hiện lâm sàng có thể chia làm 2 nhóm chính: (1) Nhóm bao gồm các bệnh nhân có diễn tiến VXCC trải qua các giai đoạn kinh điển (16/44 tai) như viêm tai

giữa, không được điều trị thích hợp, quá trình viêm lan vào xương chũm, sau đó xuất hiện các triệu chứng sập thành sau ống tai, polyp ống tai, và chảy mủ tai kéo dài không cải thiện sau đặt ống thông khí màng nhĩ. (2) Nhóm bao gồm các bệnh nhân có diễn tiến VXCC ngay từ khi khởi phát bệnh (28/44 tai), bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng sập thành sau ống tai, mất rãnh sau tai, các thông bào xương chũm bị xóa mờ và có hình ảnh hủy vách xương của các thông bào chũm ngay từ đầu. Nhóm bệnh nhân này chủ yếu bao các trẻ < 2 tuổi, ở các bệnh nhân này quá trình viêm lướt qua tai giữa và lan trực tiếp vào xương chũm. Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn hoàn toàn không gặp các thể viêm xương chũm tiềm tàng như trong y văn kinh điển. Biểu hiện lâm sàng cũng thay đổi rất nhiều so với các mô tả kinh điển trước đây: triệu chứng mất rãnh sau tai, tai vênh, .. chỉ thấy xuất hiện trên 3/44 tai. Thay vào đó các biểu hiện như: sập thành sau ống tai (44/44 tai) trên nội soi tai, chảy mủ kéo dài sau khi đã chích màng nhĩ đặt OTK và làm thuốc tai tích cực (44/44 tai), và dấu hiệu hủy vách xương của thông bào chũm trên CLVT (44/44 tai) là các dấu hiệu trung thành xuất hiện ở tất cả các trường hợp.

Với quy trình thăm khám thống nhất bao gồm nội soi tai chụp ảnh, chích màng nhĩ tháo mủ và đặt OTK màng nhĩ kết hợp làm thuốc tai tích cực, chụp CLVT xương thái dương chúng tôi đã xác định chính xác các trường hợp VXCC. Kết quả này được khẳng định qua quá trình phẫu thuật:

3/44 tai có tình trạng xuất ngoại sau tai tương ứng với các bệnh nhân có dấu hiệu mất rãnh sau tai; 23/44 tai có mũ đặc trong sào bào và tất cả các thông bào chũm, vách thông bào mủn nát; 18/44 tai có hiện tượng hình thành các áp xe nhỏ trong các thông bào chũm và dưới niêm mạc.

Với kết quả 40/44 (91%) tai khô sau mổ 4 tuần và 44/44 tai khô sau mổ 6 tháng. Kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai thực sự là kỹ thuật mang lại hiệu quả mỹ mãn. Tuy nhiên, để đạt được thành công này chúng tôi phải đảm bảo được 3 mục tiêu của phẫu thuật: (1) Lấy sạch các nhóm thông bào viêm, đặc biệt là nhóm thái dương – mòm tiếp; (2) Lấy bỏ niêm mạc viêm để giải phóng eo nhĩ và phá bỏ dây chằng búa đe ngoài để đảm bảo dịch tiết được dẫn lưu tốt xuống hòm tai qua cả trong và ngoài xương con; (3) Đặt OTK sào bào để đảm bảo thông khí cho sào bào và cân bằng áp lực để dịch tiết được dẫn lưu tốt xuống hòm tai. Ngoài ra, tất cả các trường hợp đều phải được nạo V.A để giải quyết hoàn toàn yếu tố nguyên nhân, đảm bảo hiệu quả bền vững của phẫu thuật.

#### V. KẾT LUẬN

Quy trình khám bao gồm nội soi chụp ảnh, đặt OTK màng nhĩ kết hợp hút mủ và làm thuốc

tai, chụp CLVT xương thái dương là quy trình nên được áp dụng như là một quy trình chuẩn hóa để tránh bỏ sót VXCC.

3 dấu hiệu: sập thành sau ống tai trên nội soi, chảy mủ tai kéo dài sau đặt OTK màng nhĩ, và hình ảnh mất vách xương của thông bào chũm trên CLVT xương thái dương là các dấu hiệu điển hình của VXCC và cũng là các dấu hiệu quyết định tiến hành phẫu thuật.

Kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai là kỹ thuật mang lại hiệu quả cao trong điều trị VXCC và có khả năng triển khai rộng ngay cả đối với các trường hợp VXC mạn tính.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Phong** (2001) Phẫu thuật Tai. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Tấn Phong** (2009) Phẫu Thuật Nội Soi Chức Năng Tai. Nhà xuất bản Y học.
3. **Palva T, Pukkinen K** (1959) Mastoiditis. J Laryngol Otol 73:573-588.
4. **Palva T, Virtanen H, Makinen J** (1985) Acute and latent mastoiditis in children. J Laryngol Otol 99:127-136.
5. **Ingvarsson L, Lundgren K, Olofsson B** (1985) Epidemiology of acute otitis media in children in an urban population. Auris Nasus Larynx 1 (Suppl 12): 105-107.
6. **Itzhak Brook** (2010) Pediatric Mastoiditis, <http://emedicine.medscape.com/article/966099>

## NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN DÂY THANH BẰNG LASER CO2 VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU TREO DÂY THANH ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH 2 BÊN TƯ THỂ KHÉP Ở NGƯỜI LỚN

Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Trung<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tổng quan kết quả điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thể khớp ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh. **Thiết kế nghiên cứu:** Tổng quan luận điểm. **Phương pháp:** Chúng tôi tìm kiếm trên sở dữ liệu PubMed, Medline, thư viện điện tử đại học Y Hà Nội để xác định các bài báo liên quan đến phẫu thuật điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thể khớp ở người lớn bằng phương pháp cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và nội

soi khâu treo dây thanh trong 15 năm trở lại đây. **Kết quả:** 27 nghiên cứu trong đó 17 nghiên cứu về phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2, 10 nghiên cứu về phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh được chọn vào tổng quan luận điểm này. Kết quả điều trị của phương pháp cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2: Tỷ lệ rút canuyn thành công là 63,4% - 100%, thời gian rút canuyn là 7 ngày - 6,2 tháng, tỉ lệ biến chứng là 7,7% - 75,1%, tỉ lệ phẫu thuật lại là 9,7% - 58,3%. Kết quả điều trị của phương pháp nội soi khâu treo dây thanh: Tỷ lệ rút canuyn thành công là 66,7% - 100 %, thời gian rút canuyn là 0 - 39 ngày, tỉ lệ biến chứng là 6,3% - 100%, tỉ lệ phẫu thuật lại là 3,3% - 20%. **Kết luận:** Điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thể khớp ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh đều cho kết quả khả quan vì cải thiện chức năng thở ở phần lớn bệnh nhân và rút được canuyn thành công ở

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Cường

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022