

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ SÀO BÀO THƯƠNG NHĨ XUYÊN ỐNG TAI

NGUYỄN TÂN PHONG, PHẠM THANH THẾ, HỒ LÊ HOÀI NHÂN

TÓM TẮT

Phẫu thuật sào bào thương nhĩ- vá nhĩ đã bộc lộ nhược điểm về giải quyết bệnh tích và dẫn lưu sau phẫu thuật. **Mục tiêu:** (1) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính viêm tai xương chũm mạn tính bệnh tích khu trú sào bào thương nhĩ. (2) Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi mở sào bào thương nhĩ xuyên ống tai. **Đối tượng và phương pháp:** 45 bệnh nhân phẫu thuật nội soi mở sào bào thương nhĩ xuyên ống tai. **Kết quả:** Viêm xương chũm khu trú hình thành từ túi co kéo có số lượng nhiều nhất 65.2%. Chụp cắt lớp vi tính có 75% trường hợp bệnh tích xâm lấn vào sào bào, sào đạo. Không tai sau phẫu thuật dưới 1 năm 96%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở sào bào thương nhĩ xuyên ống tai là phẫu thuật hiệu quả tạo điều kiện cho phẫu thuật chỉnh hình tai giữa trong điều trị viêm tai xương chũm mạn tính khu trú.

Từ khóa: Xương chũm mạn tính, mở sào bào thương nhĩ xuyên ống tai.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, mục đích khô tai là vấn đề ưu tiên đối với các phẫu thuật tai xương chũm. Nhưng hiện nay, mục đích cuối cùng của các phẫu thuật tai nhằm mang lại hiệu quả cho người bệnh là vấn đề phục hồi sức nghe chứ không chỉ dừng lại ở vấn đề khô tai. Tuy nhiên, trên thực tế bệnh nhân viêm tai đủ điều kiện cho chỉnh hình tai giữa là rất ít, nhiều trường hợp chảy tai dai dẳng mặc dù được điều trị nội khoa tích cực. Nguyên nhân chảy tai là do viêm dày niêm mạc khu trú trong các ngăn của thương nhĩ, sào đạo, sào bào. Bên cạnh đó, cấu trúc của niêm mạc hòm tai với niêm mạc sào đạo, sào bào là khác nhau. Niêm mạc sào đạo, sào bào là niêm mạc trao đổi không có chức năng vận chuyển dịch. Vì thế, viêm tai khu trú ở sào đạo, sào bào khó có thể dẫn lưu. Vì lý

do này nên người ta đề xuất ra một phẫu thuật trung gian là phẫu thuật sào bào thương nhĩ- vá nhĩ. Tuy nhiên, phẫu thuật này có nhược điểm căn bản thường tắc đường dẫn lưu sau phẫu thuật do đóng kín hốc mỡ. Trên thực tế có khá nhiều trường hợp bị viêm tái phát hốc mỡ chũm sau phẫu thuật do bí tắc dẫn lưu. Ở viêm này chẳng những phá hủy hệ thống xương con được tạo hình mà còn có thể gây các biến chứng nguy hiểm khác như liệt dây VII, viêm mê nhĩ hay viêm màng não. Những biến chứng nhẹ hơn là viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Chính vì những lý do đó nên mục đích nghiên cứu của chúng tôi là tìm ra một đường phẫu thuật tiếp cận ổ viêm sào bào thương nhĩ ngắn nhất và dẫn lưu tuyệt đối tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật chỉnh hình tai giữa.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính viêm tai xương chũm mạn tính bệnh tích khu trú sào bào thương nhĩ.

2. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi mở sào bào thương nhĩ xuyên ống tai.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

45 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở sào bào thương nhĩ xuyên ống tai.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Viêm tai xương chũm mạn tính khu trú.

Túi co kéo thương nhĩ khi đáy túi xâm lấn sào đạo, sào bào.

Cholesteatoma túi lan từ thương nhĩ vào sào đạo, sào bào.

Viêm thương nhĩ lan đến sào đạo, sào bào.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

3. Tiến trình nghiên cứu

a. Khám lâm sàng.

b. Nội soi đánh giá tình trạng màng nhĩ, hòm nhĩ qua lỗ thủng màng nhĩ.

c. Đo thính lực đánh giá loại điếc và khoảng cách đường xương - đường khí (ABG).

d. Chụp cắt lớp vi tính Chụp CLVT với hai bình diện đứng ngang (CORONAL) và nằm ngang (AXIAL). Các lát cắt mỏng bằng hoặc dưới 1mm nhằm đánh giá vị trí, kích thước tổn thương xương chũm và các xương con.

e. Tiến trình phẫu thuật:

Tiêm thấm và rạch da ống tai

Bóc tách vạt da bộc lộ thành sau ống tai

Khoan mở sào đạo

Mở sào bào thượng nhĩ

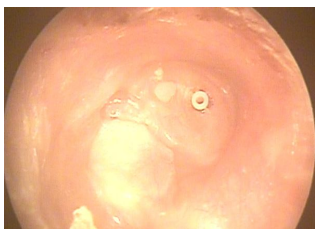
Xử lý bệnh tích hốc mỡ sào bào thượng nhĩ: có 3 đường lối xử lý các tổn thương:

Đặt ống thông khí sào bào cho các trường hợp hốc mỡ sào bào sạch.



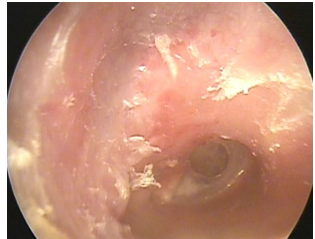
Hình 1: Đặt OTK sào bào và OTK màng nhĩ

Lắp sào đạo, thượng nhĩ bằng sụn và có thể đặt ống thông khí màng nhĩ cho các trường hợp túi co kéo.



Hình 2: Đặt sụn sào đạo và đặt OTK màng nhĩ

Loại trừ sào bào cho các trường hợp nguy hiểm như cholesteatoma túi xâm lấn sào đạo, sào bào.



Hình 3: Kỹ thuật loại trừ sào bào, hốc mỡ sào bào và ống tai hòa làm một

KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân loại bệnh lý viêm tai

Loại	Cholesteatoma	Túi co kéo	Viêm thượng nhĩ
n	9	25	11

%	18,8	56,2	25
---	------	------	----

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ viêm xương chũm khu trú hình thành từ túi co kéo có số lượng nhiều nhất. Đây cũng là một loại bệnh lý viêm tai rất phổ biến ngày nay được phát hiện nhờ kỹ thuật nội soi tai.

Bảng 2. Tổn thương xương chũm trên CLVT

Loại	Thượng nhĩ	Thượng nhĩ – sào đạo	Thượng nhĩ – sào bào
n	11	17	17
%	25	37,5	37,5

Tổn thương xương chũm trên chụp cắt lớp vi tính thường chỉ khu trú trong phạm vi thượng nhĩ, sào đạo và sào bào, phần xương chũm còn lại đặc ngà. Trên chụp cắt lớp vi tính có đến 34/45 trường hợp (chiếm 75%) bệnh tích đã lan vào sào đạo và sào bào.

Bảng 3. Phân loại kỹ thuật

Loại	Loại trừ sào bào	Đặt sụn sào đạo	Đặt OTK sào bào
n	9	25	11
%	18,8	56,2	25

Bảng 3 cho thấy kỹ thuật đặt sụn sào đạo đối với những trường hợp túi co kéo chiếm tỉ lệ cao tương ứng với tổn thương. Và với kỹ thuật này, ta có thể kết hợp chỉnh hình xương con trong 1 thì phẫu thuật.

Bảng 4. Tỷ lệ khô tai sau phẫu thuật

Thời gian	< 3 tháng	3-6 tháng	6 tháng- 1 năm	> 1 năm
n	30	9	4	2
%	67	20	9	4

Bảng 4 cho thấy khô tai sau phẫu thuật dưới 3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất, chỉ có 2 trường hợp khô tai sau 1 năm do tổn thương viêm kéo dài trên hệ thống niêm mạc lông chuyển gây hủy hoại nặng nề hệ thống này.

BÀN LUẬN

1. Đây là phẫu thuật có thể giải quyết triệt để bệnh tích vì tùy theo tổn thương mà chúng tôi có nhiều phương án xử lý khác nhau.

a. Đối với hốc mỡ sào bào sạch thì đặt ống thông khí sào bào để dẫn lưu và phòng ngừa tắc vòi (n/N:11/45). Tác dụng tạo nên khối đệm không khí cho phẫu thuật và nhĩ nếu có tắc vòi tạm thời.

b. Những trường hợp túi co kéo (n/N:25/45) thì tiến hành đặt mảnh sụn ở sào đạo và thượng nhĩ, đặt ống thông khí màng nhĩ để tránh hình thành túi co kéo vào vùng này.

c. Những trường hợp cholesteatoma xâm lấn vào sào bào (n/N:9/45) dùng phương pháp loại bỏ sào bào. Phương pháp này loại ổ viêm ra khỏi hòm tai, để cho hốc mỡ sào bào hòa vào ống tai làm một.

Ba kỹ thuật này ứng với ba tổn thương khác nhau đã giúp cho việc ngăn chặn các biến chứng tắc vòi, hình thành túi co kéo và cholesteatoma tái phát. Vì vậy nó tạo điều kiện cho chỉnh hình tai giữa được an toàn.

2. Các tổn thương giải phẫu trong phẫu thuật này rất ít vì sào bào nằm cách thành ống tai khoảng 3-4 mm trên những xương chũm đặc ngà. Vì vậy con đường xuyên ống tai là ngắn nhất dẫn đến sào bào cũng là con đường ngắn nhất hòa sào bào vào ống tai.

3. Phẫu thuật nội soi mở sào bào thượng nhĩ xuyên ống tai đã đạt được nguyên lý là: Tổn thương giải phẫu gây ra do phẫu thuật là ít nhất mà hiệu quả đạt được là tối đa vì nó là phẫu thuật chức năng có thể thay đổi tùy thuộc vào tổn thương và vẫn bảo vệ được vùng giải phẫu của hệ thống xương con tạo điều kiện cho phẫu thuật chỉnh hình xương con trong cả 1 thì lẫn 2 thì.

KẾT LUẬN

1. Phẫu thuật nội soi mở sào bào thượng nhĩ xuyên ống tai (Kỹ thuật Phong) có thể giải quyết triệt để bệnh tích tạo điều kiện an toàn làm nền cơ bản cho phẫu thuật chỉnh hình tai giữa

2. Phẫu thuật nội soi mở sào bào thượng nhĩ xuyên ống tai tạo con đường dẫn lưu ngắn và hợp lý.

3. Phẫu thuật nội soi mở sào bào thượng nhĩ xuyên ống tai đạt nguyên lý: Tổn thương giải phẫu thì tối thiểu và hiệu quả phẫu thuật thì tối đa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tân Phong (2001) Phẫu thuật Tai. Nhà xuất bản Y học.

2. Nguyễn Tân Phong (2009) Phẫu thuật Nội soi chức năng Tai. Nhà xuất bản Y học.

3. Hough J.V.D (1970) Tympanoplasty with the ossicular reconstruction. Laryngoscope, 80, pp 1368-1413.

4. Bruce Proctor (1991) Chronic otitis media and mastoiditis, Paparella II, chapter 29.

5. McGee M (1990) Non-Ossicle Homograft Bone Protheses in the Middle ear. Laryngoscope 100: 10