

CÔNG TY CỔ PHẦN BỆNH VIỆN QUỐC TẾ THÁI NGUYÊN

KỶ YẾU

HỘI THẢO KHOA HỌC (LẦN THỨ NHẤT, NĂM 2022)

CHUYÊN NGÀNH: TAI - MŨI - HỌNG

PHẪU THUẬT NỘI SOI

TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TAI - MŨI - HỌNG

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
NĂM 2022

MÃ SỐ: $\frac{03 - 67}{\text{ĐHTN} - 2022}$

BAN CHỈ ĐẠO

TTND.BSCC. Lê Xuân Tân	<i>Tổng Giám đốc CTCP Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>	Trưởng ban
PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong	<i>Chuyên gia chuyên ngành Tai - Mũi - Họng</i>	Phó trưởng ban
PGS.TS. Trần Đức Quý	<i>Giám đốc Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>	Phó trưởng ban
PGS.TS. Cao Thị Hồng	<i>Giám đốc Nhân sự và Marketing, CTCP Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>	Ủy viên
ThS. Lê Thị Thuý An	<i>Giám đốc Tài chính, CTCP Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>	Ủy viên
BS. Đặng Quang Thọ	<i>Trưởng khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>	Ủy viên

BAN CHUYÊN MÔN

PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong	<i>Chuyên gia chuyên ngành Tai - Mũi - Họng</i>
PGS.TS. Trần Đức Quý	<i>Giám đốc Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>
BS. Đặng Quang Thọ	<i>Trưởng khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>
BS. Trần Thu Bé	<i>Phó khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên</i>

MỤC LỤC

	Trang
LỜI MỞ ĐẦU.....	7
NỘI SOI CHÍNH HÌNH TAI GIỮA TRÊN HÓC MỔ KHOÉT CHŨM TIỆT CĂN.....	8
<i>TS. Phạm Thanh Thế, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
PHẪU THUẬT NỘI SOI MỔ THUỜNG NHỈ - SÀO BÀO XUYÊN ỐNG TAI ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI - XƯƠNG CHŨM MẠN TÍNH KHU TRÚ TẠI BV TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ.....	15
<i>BSCCKII. Hồ Lê Hoài Nhân, TS. Phạm Thanh Thế, TS. Châu Chiêu Hòa, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
CHẨN THUỜNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG	24
<i>ThS.BSCCKII. Nguyễn Đình Trường, ThS.BS. Nguyễn Toàn Thắng, ThS.BS. Tạ Phương Thúy, BS. Vũ Quang Hà, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
PHẪU THUẬT NỘI SOI CHOLESTEATOMA TÚI CO KÉO.....	30
<i>BS. Đặng Quang Thọ, BS. Trần Thu Bé BS. Hoàng Thị Kim Phượng, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
PHẪU THUẬT NỘI SOI VÙNG TRÁN.....	42
<i>ThS.BS. Lê Quang Hưng</i>	
ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG KHÔNG ĐẶT VẬT LIỆU CÀM MÁU TẠI KHOA TAI - MŨI - HỌNG, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỢP LỰC THANH HÓA	53
<i>ThS.BS. Lê Quang Hưng</i>	

MINI FESS ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG MÃN TÍNH TRẺ EM.....	74
<i>BS. Trần Thu Bé, BS. Đào Duy Mạnh</i>	
<i>BS. Nguyễn Văn Hậu, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LIỆT CƠ MỎ THANH QUẢN.....	80
<i>PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong, BSCKI. Vũ Phương Hà,</i>	
<i>BS. Đào Hải Long, BS. Nguyễn Thu Hiền</i>	
<i>và Khoa Tai - Mũi - Họng, BV Quốc tế Thái Nguyên</i>	
XỬ LÝ TAI BIẾN PHẪU THUẬT NỘI SOI	85
<i>PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
VAI TRÒ TRỤ GÓM SINH HỌC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI TAI	92
<i>BS. Phan Anh Linh, BS. Đặng Quang Thọ</i>	
GÂY MÊ MASK THANH QUẢN TRONG PHẪU THUẬT XƯƠNG CHŨM TRẺ EM.....	103
<i>BSCKII. Nguyễn Văn Nghĩa, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong</i>	
MỘT SỐ HÌNH ẢNH HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH VIỆN QUỐC TẾ THÁI NGUYÊN.....	109

LỜI MỞ ĐẦU

Thực hiện chủ trương của ngành Y tế, phát triển nghiên cứu khoa học, đẩy mạnh ứng dụng khoa học kỹ thuật, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, Công ty Cổ phần bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên tổ chức Hội thảo khoa học lần thứ Nhất, chuyên ngành Tai- Mũi- Họng với chủ đề: “*Phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý Tai - Mũi - Họng*”. Hội thảo là diễn đàn khoa học để các nhà khoa học, các y, bác sĩ, sinh viên, học viên sau đại học, nghiên cứu sinh được gặp gỡ, giao lưu, trao đổi học thuật, chia sẻ kinh nghiệm điều trị các bệnh lý trong lĩnh vực tai - mũi - họng và đầu - cổ.

Hội thảo đã nhận được sự hưởng ứng, chia sẻ nhiệt tình của của các nhà khoa học - chuyên gia trong lĩnh vực chuyên khoa phẫu thuật nội soi tai - mũi - họng từ nhiều bệnh viện trong cả nước. Nhiều báo cáo tham luận được các tác giả đúc kết kinh nghiệm từ thực tiễn gửi đến hội thảo mang giá trị khoa học cao, thiết thực giúp các y bác sĩ chuyên ngành Tai - Mũi - Họng nâng cao trình độ chuyên môn, mang lại hiệu quả trong điều trị, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân.

Tập Kỷ yếu này chủ yếu là tập hợp những báo cáo của các nhà khoa học - các chuyên gia tham gia hội thảo.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhưng bởi nhiều lý do nên trong quá trình biên soạn, thực hiện xuất bản kỷ yếu, khó tránh khỏi những thiếu sót. Ban tổ chức rất mong nhận được sự thông cảm và đóng góp chân thành của các nhà khoa học, các quý đồng nghiệp để rút kinh nghiệm cho những lần tổ chức Hội thảo sau.

Ban tổ chức chân thành cảm ơn các nhà khoa học, các chuyên gia, các phẫu thuật viên, đồng nghiệp xa gần đã chia sẻ, giúp đỡ để chúng tôi thực hiện kỷ yếu khoa học này.

Tháng 7/2022

Ban tổ chức Hội thảo

NỘI SOI CHÍNH HÌNH TAI GIỮA TRÊN HỐC MỔ KHOẾT CHŨM TIẾT CĂN

TS. Phạm Thanh Thế, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

Tóm tắt:

*Phẫu thuật chỉnh hình xương con bằng trụ gốm sinh học đã chứng minh được hiệu quả của nó gần 10 năm trải nghiệm ở nước ta. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi tạo hình chuỗi xương con bằng gốm sinh học trên hốc mổ khoét chũm tiết căn (KCTC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** (1) Nghiên cứu hình thái lâm sàng và chức năng nghe của những hốc mổ KCTC. (2) Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi thay thế xương con bằng trụ gốm sinh học ở bệnh nhân đã mổ KCTC. **Kết quả:** đánh giá tổn thương gây ra do mổ KCTC: sức nghe mất trung bình 46, 43 và 44 dB ở 3 tần số 500, 1000 và 2000 Hz; xương con tổn thương ở nhiều mức độ và hình thái khác nhau, nhưng chủ yếu gặp 2 dạng là mất búa - đe (39%) và mất cả 3 xương (28%). Khả năng phục hồi sức nghe khi thay trụ gốm sinh học tốt nhất ở nhóm tổn thương đơn thuần xương đe là 23,8 dB và kém nhất ở nhóm mất cả 3 xương là 17,9 dB trung bình ở cả 3 tần số. **Kết luận:** trụ gốm sinh học là chất liệu tối ưu hiện nay cho tạo hình xương con trên hốc mổ KCTC. Kỹ thuật nội soi tạo hình tai giữa (THTG) và chỉnh hình xương con (CHXC) là một kỹ thuật mới hiệu quả, mang tính kinh tế và phổ cập.*

Summary

Endoscopic Tympanoplasty on Radical Mastoidectomy Cavities

This study was done to evaluate the results of tympanoplasty and ossiculoplasty with ceramic prostheses. 67 patients were involved in this

study. 45 patients were done tympanoplasty in the second stage, and 22 patients were done in the first stage. All patients were ensured that: dry mastoid cavities in at least 6 months, conductive or mixed hearing loss with ABG ≥ 40 dB, and no eustachian tube dysfunction. The closure of postoperative ABG $> 40\%$ and stabilization of postoperative hearing proved that: this was a good technic and ceramic prostheses were appropriate for reconstructing radical mastoidectomy cavities.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những hốc mổ khoét chũm tiết căn (KCTC) xương chũm thường để lại di chứng thiếu hụt chức năng nghe trầm trọng, ảnh hưởng nặng nề đến đời sống, công việc và giao tiếp của bệnh nhân. Nguyên nhân nghe kém là do tổn thương của hệ thống xương con, thủng màng nhĩ, hoặc quá trình xơ dính gây cố định xương con còn lại. Màng nhĩ thủng thường xơ dày, dính vào thành trong hòm tai do mất chỗ bám ở đoạn sau trên của vòng khung nhĩ vì tường dây VII bị hạ. Một số trường hợp còn kèm theo tình trạng tắc vòi nhĩ gây cản trở cho phẫu thuật chỉnh hình tai giữa (CHTG). Vì vậy, trong phẫu thuật chỉnh hình tai giữa trên những trường hợp này sẽ rất phức tạp và chúng ta phải giải quyết các nhiệm vụ sau:

- 1) Tạo hình lại chuỗi xương con.
- 2) Khôi phục lại khoảng trống hòm tai bằng cách tạo lại đoạn sau trên của vòng khung nhĩ.
- 3) Vá màng nhĩ.
- 4) Thông khí hòm nhĩ.

Mục tiêu:

- 1. Mô tả hình thái lâm sàng và thính lực của các hốc mổ KCTC.**
- 2. Đánh giá kết quả của kỹ thuật THTG và tạo hình xương con (THXC) bằng trụ gốm sinh học trên hốc mổ KCTC.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 2 nhóm bệnh nhân:

Nhóm 1: gồm 45 bệnh nhân đã được mổ KCTC sau 1 năm.

Nhóm 2: gồm 22 bệnh nhân được mổ KCTC tối thiểu đường xuyên ống tai kết hợp THTG và THXC thì 1.

Tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm:

- Tai khô ít nhất 6 tháng đối với các bệnh nhân KCTC thông thường.
- Quá trình phẫu thuật đảm bảo kiểm soát hết bệnh tích trong hòm tai.
- Thính lực đồ điếc dẫn truyền hoặc điếc hỗn hợp mà khoảng trống đường khí - đường xương (ABG) trên 40 dB.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả từng trường hợp có can thiệp

2.3. Tiến trình nghiên cứu

a. Nội soi đánh giá tình trạng hốc mổ KCTC: xác định mức độ tổn thương màng nhĩ và xương con còn lại, tình trạng niêm mạc tai giữa, tường dây VII.

b. Đánh giá loại điếc và khoảng ABG trên thính lực đồ

c. Đánh giá tình trạng thông thoáng của vòi nhĩ và ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng vòi như: bất thường phát triển sọ mặt, viêm xoang.

d. Tiến trình phẫu thuật:

- Tạo hình đoạn sau trên vòng khung nhĩ bằng sụn nắp bình tai.
- Vá màng nhĩ bằng màng sụn nắp bình tai.
- Đặt ống thông khí hòm nhĩ qua màng nhĩ hoặc thượng nhĩ.
- THXC bằng các trụ gồm sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Các hình thái tổn thương xương con

	Mất búa đe	Mất 3 xương	Mất đe	Mất đe đập
Nhóm 1	14	13	6	2
Nhóm 2	12	6	10	4
<i>N</i>	26 (39%)	19 (28%)	16 (24%)	6 (9%)

3.2. Mức độ tổn thương sức nghe trước phẫu thuật

Kiểu TT \ TS (Hz)	Mất nghe trước mổ (Hz)		
	500	1000	2000
Mất xương đe	43,7 dB	42,7 dB	44,1 dB
Mất đe đập	45,8 dB	39,8 dB	43,7 dB
Mất búa đe	46,6 dB	43,2 dB	41,7 dB
Mất 3 xương	48,5 dB	47,1 dB	44,5 dB
<i>Trung bình</i>	46,1 dB	43,2 dB	43,5 dB

3.3. Mức độ phục hồi sức nghe sau phẫu thuật

Kiểu TT \ TS (Hz)	Phục hồi sức nghe sau phẫu thuật (Hz)		
	500	1000	2000
Mất xương đe	19,5 dB	18,3 dB	21,3 dB
Mất đe đập	16,7 dB	17,2 dB	19,7 dB
Mất búa đe	28,6 dB	26,4 dB	25,1 dB

Mất 3 xương	30,2 dB	31,4 dB	24,7 dB
Trung bình	23,75 dB	23,3 dB	22,7 dB
%	48%	46%	48%

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của các hốc mổ KCTC thường để lại di chứng tổn thương nặng nề hệ thống truyền âm do: màng nhĩ thủng và xơ dính với thành trong hòm nhĩ; hệ thống xương con bị tổn thương nặng nề, đôi khi chỉ còn lại xương bàn đạp cũng bị xơ cứng mất khả năng di động; thành sau trên của khung nhĩ cũng bị lấy đi do phải hạ tường dây VII, bởi vậy màng nhĩ ở phần này thường dính sát vào thành trong hòm tai làm thu hẹp khoảng trống hòm nhĩ. Một số trường hợp vòi nhĩ bị tắc gây trở ngại cho kỹ thuật CHTG. Vì vậy, hốc mổ KCTC thường để lại di chứng điếc dẫn truyền nặng nề hoặc điếc hỗn hợp làm ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp và công việc của người bệnh. Để thực hiện được kỹ thuật CHTG trên những hốc mổ KCTC cần khám nội soi tai, chụp ảnh, đánh giá thật đầy đủ và chi tiết những tổn thương của hệ thống truyền âm kết hợp với thính lực đồ nhằm đánh giá được chức năng của hệ thống màng nhĩ - xương con trước phẫu thuật.

Với tổn thương nặng nề của hệ thống màng nhĩ - xương con và thay đổi của hòm nhĩ sau KCTC, việc tái tạo lại sự liên tục của hệ thống truyền âm và đảm bảo chúng rung động hiệu quả là rất khó khăn, nhất là các trường hợp mất cả 3 xương. Để khắc phục khó khăn này, chúng tôi đã tạo ra các mẫu xương mới phù hợp với từng dạng tổn thương: “cút khuỷu” đối với trường hợp tổn thương tối thiểu ngành xuống xương đe, trụ dẫn kiểu “chiếc giày” đối với trường hợp mất búa đe và trụ dẫn kiểu “đe đóng giày” đối với trường hợp mất cả 3 xương. Các trụ dẫn này được làm từ chất liệu gốm sinh học sản xuất trong nước nên rất dễ dàng triển khai và áp dụng.

Phẫu thuật nội soi THPTG và THXC có đặc điểm rất cơ bản là hình ảnh phẫu trường rộng, rõ nét, dễ dàng thay đổi hướng để quan sát các góc ngách trong hòm nhĩ. Điều này cho phép chúng ta dễ dàng gỡ xơ dính của màng nhĩ và các xương con. Hốc mỏ KCTC lại rộng rãi nên rất thuận tiện cho thao tác các dụng cụ vi phẫu. Chúng ta có thể sử dụng ngay bộ nội soi mũi xoang để tiến hành phẫu thuật nên chúng ta dễ dàng triển khai áp dụng rộng rãi.

Kết quả phục hồi thính lực sau phẫu thuật cho thấy kỹ thuật THPTG và THXC bằng trụ gồm sinh học trên các hốc mỏ KCTC rất đáng khích lệ. Mức độ phục hồi thính lực đạt tối đa ở nhóm chỉ mất xương đe đơn thuần (trung bình ABG sau mổ < 20 dB). Ngay ở nhóm khó khăn nhất là tổn thương cả 3 xương, kỹ thuật của chúng tôi cũng cho thấy khoảng ABG trung bình sau mổ là 28,8 dB.

5. KẾT LUẬN

Tổn thương hệ thống truyền âm trên hốc mỏ KCTC thường rất nặng nề và rất đa dạng nên cần khám nội soi tai thật tỉ mỉ trước phẫu thuật để đánh giá chính xác tình trạng tổn thương hòm tai và chức năng vòi để chỉ định kỹ thuật thích hợp với từng trường hợp cụ thể.

Các kiểu trụ dẫn bằng gồm sinh học dùng trong THXC thực sự thích hợp cho việc THXC trên các hốc mỏ KCTC. Nó không những phục hồi tối đa khả năng nghe cho người bệnh mà còn mang tính phổ cập và kinh tế.

Sử dụng nội soi chỉnh hình tai giữa (kỹ thuật Phong) không chỉ dành cho những hốc mỏ KCTC mà còn có thể áp dụng cho các bệnh lý khác của tai giữa gây điếc do tổn thương chuỗi xương con như: xơ nhĩ, xẹp nhĩ, chấn thương tai giữa,... Kỹ thuật này lại có thể sử dụng chính bộ nội soi phẫu thuật mũi xoang nên nó rất khả thi về tính ứng dụng cho mọi cơ sở chuyên khoa trong cả nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong (2001), *Phẫu thuật tai*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Tấn Phong (2005), *Nội soi chỉnh hình tai giữa*, Hội nghị Tai Mũi Họng toàn quốc.
3. Cao Minh Thành (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm tai giữa mạn tính tổn thương xương con và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Anh Dũng, Nguyễn Tấn Phong, Lê Công Định (2006), *Gốm thủy tinh y sinh làm xương nhân tạo thay thế xương tai*, Hội nghị khoa học lần thứ XX Đại học Bách Khoa Hà Nội.
5. Hough J.V.D (1970), *Tympanoplasty with the interior insical graft technique and oscular reconstruction*, Laryngoscope, 80, pp 1368 - 1413.
6. Mc Gee M (1990). *Non - osicle homograft bone prosthesis in the middle ear*. Laryngoscope, 100: 10.
7. Mc Gee M., Hough J. V. D (1999). *Osiculoplasty - Otolaryngologic clinics of north America* 32: 3.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ THƯƠNG NHĨ - SÀO BÀO XUYÊN ỐNG TAI ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI - XƯƠNG CHŨM MẠN TÍNH KHU TRÚ TẠI BV TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ

BSCCKII. Hồ Lê Hoài Nhân, TS. Phạm Thanh Thế,

TS. Châu Chiêu Hòa, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

Tóm tắt:

*Phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ- sào bào đạt hiệu quả cao giải quyết bệnh tích và dẫn lưu sau phẫu thuật. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ - sào bào xuyên ống tai. **Đối tượng và phương pháp:** 78 bệnh nhân phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai. **Kết quả:** cholesteatoma gặp nhiều nhất (57%), viêm tai - xương chũm mạn tính đơn thuần khu trú sào bào thương nhĩ (31%), túi co kéo (12%). Chụp CLVT có 71% trường hợp bệnh tích xâm lấn vào sào bào. Khô tai sau phẫu thuật 3 tháng 96%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ - sào bào 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*

Summary

*Endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery is less invasive than postauricular surgery and provides full exposure of the tympanum and antrum to safely remove disease. **Object:** this study describes a Endoscopic transcanal attico-antrotomy technique and highlights its advantages for removal of disease in the tympanum and antrum. **Study design:** prospective study. **Methods:** endoscopic attico-antrotomy surgery was performed on 78 patients. **Results:** cholesteatoma (75%), chronic suppurative otitis media with disease confined to the tympanum-antrum(31%), retraction pocket(12%). Computer tomography scan demonstrated extent of the disease in antrum 71%. dry ear postoperative*

average time: 96%. **Conclusions:** endoscopic transcanal atticotomy surgery is a safe, efficacious, and minimally-invasive approach to remove disease from the middle ear and antrum.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật sào bào thượng nhĩ (SBTN) sau tai kinh điển bộc lộ một số nhược điểm:

Tổn thương giải phẫu rộng không cần thiết do đường vào sau tai dễ tiếp cận bệnh tích nằm sâu trong xương chũm và đường phẫu thuật phá hủy rộng phần vỏ xương chũm lành.[1]

Ngày nay, viêm tai- xương chũm mạn tính thường gặp thể xương chũm đặc ngà [2]. Do đó, phẫu thuật mở sào bào thượng nhĩ kinh điển qua mặt ngoài xương chũm thường phải đối mặt với tam giác màng não- tĩnh mạch bên- dây thần kinh VII bị thu hẹp lại. Vì vậy, khi vào sào bào nhiều nguy cơ va chạm vào các cấu trúc này gây biến chứng nguy hiểm. Đây là một thực tế mà hiện nay nhiều phẫu thuật viên phải đối mặt.

Vì những lý do trên mà chúng tôi thực hiện đường phẫu thuật ngắn hơn để tiếp cận ổ viêm và dẫn lưu ổ viêm ra ngoài vừa tránh được những biến chứng, đồng thời dẫn lưu hốc mở khỏi vùng hòm nhĩ tạo điều kiện cho phẫu thuật chỉnh hình màng nhĩ xương con đạt kết quả tốt đẹp.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

2.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính viêm tai- xương chũm mạn tính khu trú.

2.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ- sào bào xuyên ống tai điều trị viêm tai xương chũm mạn tính khu trú.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

78 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ- sào bào xuyên ống tai tại BV Tai mũi họng Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

• Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai xương chũm mạn tính khu trú: đơn thuần, túi co kéo hoặc cholesteatoma.

- Có kết quả nội soi đánh giá tình trạng màng nhĩ và thính lực đồ
- Hình ảnh CLVT xương thái dương: xương chũm đặc ngà, bệnh tích khu trú thượng nhĩ, sào đạo hoặc sào bào.

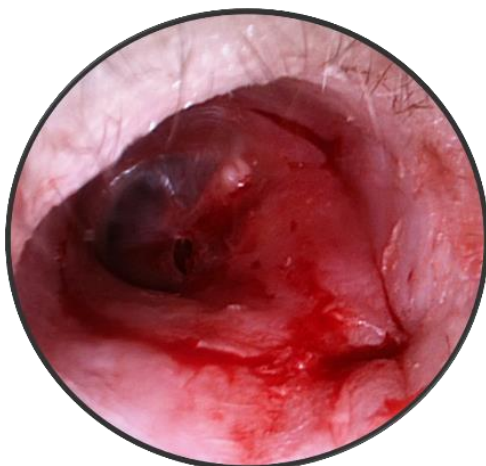
Tiêu chuẩn loại trừ

- Dị dạng ống tai
- Bệnh tích xương chũm lan rộng, xương chũm thể thông bào.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả từng trường hợp có can thiệp.

Các bước tiến hành

Tê tại chỗ: tiêm thâm da ống tai dưới cột mạc màng xương.

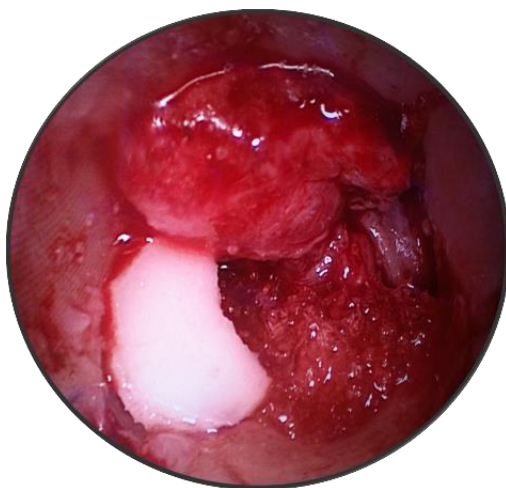


Ảnh 2.1. Rạch da ống tai

Rạch da ống tai và bóc tách vạt da ống tai: toàn bộ vạt da hình quả đào và nửa sau trên màng nhĩ được vén ra trước cho áp sát vào thành trước và dưới của ống tai.

Tùy theo sự xâm lấn của bệnh tích vào thượng nhĩ, sào đạo, sào bào mà chúng tôi có 2 kiểu xử lý:

. **Mở thượng nhĩ:** chỉ định trong các trường hợp viêm tai giữa mạn tính, túi co kéo, cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ ngoài, thượng nhĩ trong hay toàn bộ chưa lan vào sào bào. Sau khi mở thượng nhĩ xử lý bệnh tích và tạo hình tai giữa, để tránh túi co kéo thứ phát hình thành sau phẫu thuật và để tạo hình thượng nhĩ: ghép sụn che hốc mở thượng nhĩ .



Ảnh 2.2: Tái tạo tường TN

. **Mở sào bào thượng nhĩ:** sau khi đã xác định được vị trí thượng nhĩ- sào đạo trên thành ống tai, mở vào sào bào theo hướng từ trước ra sau lấy mốc là thừng nhĩ và ngành ngang xương đe. Bệnh tích của sào bào thượng nhĩ sẽ được xử lý. Sau đó, hạ thấp tường dây VII từ trong ra ngoài để hốc mở sào bào - thượng nhĩ đổ thông vào ống tai.

Kỹ thuật này được chỉ định trong các trường hợp viêm tai giữa mạn tính khu trú ở sào bào thượng nhĩ bao gồm: viêm tai xương chũm mạn tính; cholesteatoma lan từ thượng nhĩ vào sào đạo, sào bào; viêm thượng nhĩ lan đến sào bào.



Ảnh 2.3: Mở thượng nhĩ - sào bào hạ cầu xương

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Mức độ tổn thương trên CLVT

Tổn thương \ Số lượng	n	%
TN ngoài	9	11,5
TN trong	12	15,5
TN toàn bộ	57	73
TN - SB	57	73

Bảng 3.1: Tổn thương trên CLVT

Nhận xét : trong nghiên cứu của chúng tôi có 9/78(11,5%) trường hợp có hình ảnh tổn thương thượng nhĩ ngoài, 12/78 (15,5%) trường hợp tổn thương thượng nhĩ trong và chiếm tỷ lệ cao nhất là tổn thương toàn bộ thượng nhĩ và thượng nhĩ- sào bào có 57/78 (73%) trường hợp.

4.2. Loại viêm tai- xương chũm

Loại VT \ Số lượng	n	%
Cholesteatoma	45	57,7
VTGMT	24	30,8
Túi co kéo	9	11,5

Bảng 3.2: Loại viêm tai

Nhận xét : Cholesteatoma gặp nhiều nhất có 45/78 (57,7%) trường hợp, viêm tai xương chũm mạn tính đơn thuần có 24/78 (30,8%) trường hợp và gặp ít nhất là túi co kéo có 9/78 (11,5%) trường hợp.

4.3. Phân loại kỹ thuật

Số lượng Kỹ thuật	n	%
Mở TN	20	25,6
Mở SBTN	58	74,4

Bảng 3.3: Phân loại kỹ thuật

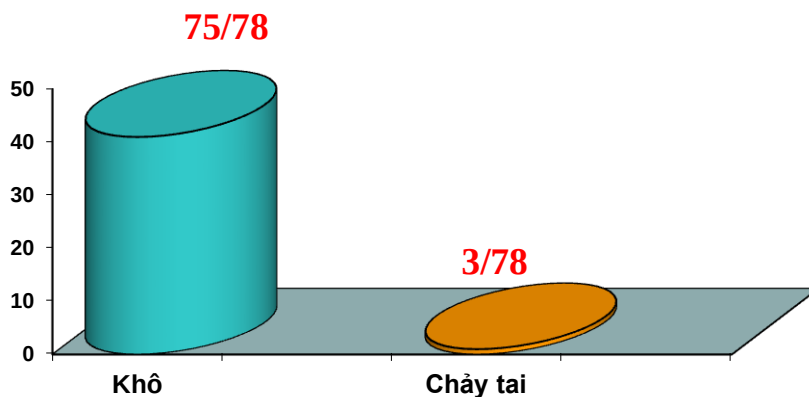
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20/78 (25,6%) trường hợp mở thượng nhĩ. Có tới 58/78 (74,4%) trường hợp mở sào bảo thượng nhĩ các trường hợp bệnh tích xâm lấn vào sào bảo.

4.4. Kết quả phẫu thuật

Thời gian khô tai

Thời gian khô tai sau phẫu thuật trung bình là 7,7 tuần (SD: 2,6), trường hợp khô nhanh nhất là 4 tuần và dài nhất là 12 tuần.

Kết quả khô tai sau 3 tháng:



Biểu đồ 3.1 : kết quả khô tai

Nhận xét: có 75/78 (96%) trường hợp tai khô (hốc mủ khô, không đọng dịch), chỉ có 3/78 (4%) trường hợp chảy tai.

5. BÀN LUẬN

Tổn thương trên CLVT:

CLVT với các lát cắt bằng hoặc nhỏ hơn 1mm cho hình ảnh tổn thương khu trú trong các ngăn của thượng nhĩ. Với hình ảnh CLVT này chẳng những giúp cho việc chẩn đoán trước phẫu thuật mà còn giúp cho việc chọn lựa phương pháp phẫu thuật cũng như là bản đồ trong lúc phẫu thuật. Trong nghiên cứu có 9/78(11,5%) trường hợp có hình ảnh viêm mờ thượng nhĩ ngoài, 12/78 (15,5%) trường hợp mờ thượng nhĩ trong và 57/78 (73%) trường hợp mờ toàn bộ thượng nhĩ. CLVT cho chúng ta hình ảnh rõ ràng tổn thương khu trú trong các ngăn của thượng nhĩ để từ đó lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại tổn thương.

CLVT giúp xác định bệnh tích xương chũm và mức độ thông bào của xương chũm. Đối với các trường hợp viêm tai xương chũm mạn tính có xương chũm đặc ngà, sào bào thu nhỏ làm cho tam giác đột phá bị thu hẹp lại. Đường vào sào bào qua mặt ngoài xương chũm rất khó khăn, nhiều nguy cơ va chạm vào dây VII, màng não hay tĩnh mạch bên. Trong khi đó với các trường hợp này, đường vào sào bào trong ống tai rất an toàn và tiện lợi. Việc đánh giá mức độ thông bào xương chũm trước phẫu thuật rất quan trọng. Từ đó chọn lựa phương pháp phẫu thuật cũng như chọn lựa đường vào xương chũm phù hợp.

Bàn luận về kỹ thuật:

Phẫu thuật này có thể thay đổi để thích ứng với sự đa dạng của bệnh nhằm phù hợp với cơ chế bệnh sinh vừa giải quyết triệt để bệnh tích vừa bảo tồn các cấu trúc giải phẫu còn nguyên vẹn. Nội soi mở thượng nhĩ-sào bào can thiệp trực tiếp vào vùng khởi phát bệnh lý đầu tiên ở thượng nhĩ. Sau đó tùy theo sự di chuyển của bệnh tích mà phẫu thuật này được tiến hành từ vùng mô bệnh tới mô lành, đuổi theo bệnh tích vừa giải quyết triệt để bệnh tích nhưng vẫn bảo tồn được mô lành. Phẫu thuật này có thể chỉ mở thượng nhĩ (20/78) hoặc sào bào thượng nhĩ (58/78) tùy theo sự lan rộng của bệnh tích.

Phẫu thuật mở sào bào thượng nhĩ ở mặt ngoài xương chũm đường sau tai được tiến hành dưới kính hiển vi cho ta một phẫu trường hẹp, khó đánh giá và xử lý bệnh tích ở các ngăn của thượng nhĩ nhất là thượng nhĩ trong và thượng nhĩ trước nếu ta muốn bảo vệ xương con. Ngoài ra, kính hiển vi cho trường ánh sáng thẳng từ sau ra trước không có sự cơ động như khi quan sát dưới nội soi. Nội soi mở thượng nhĩ- sào bào xuyên ống tai cho ta góc nhìn rộng, trực tiếp vào thẳng vùng bệnh lý ở thượng nhĩ cũng như có thể thay đổi góc nhìn khi cần. Chúng ta có thể thấy rõ tổn thương của hệ thống xương con cũng như bệnh tích khu trú ở các khoang của thượng nhĩ, xoang nhĩ, ngách mặt.. Vì thế có thể giải quyết triệt để bệnh tích cũng như bảo tồn được mô lành ở vùng này.

Đối với các trường hợp xương chũm đặc ngà, sào bào thu nhỏ, nội soi mở thượng nhĩ sào bào rất an toàn và tiện lợi. Phẫu thuật này can thiệp trực tiếp vào vùng bệnh tích ở thượng nhĩ sào bào. 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 đường xuyên ống tai là ngắn nhất dẫn đến sào bào và dễ dàng dẫn lưu bệnh tích từ hốc mỡ sào bào vào ống tai tạo điều kiện hòa sào bào vào ống tai làm một.

Phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ sào bào là phẫu thuật vào sào bào qua thành ống tai. Đây là con đường ngắn nhất tiếp cận sào bào so với các kỹ thuật mở sào bào kinh điển qua mặt ngoài xương chũm. Chính vì ưu điểm này tạo nên một hốc mỡ chũm nhỏ rất thuận tiện cho việc ghép da hốc mỡ. Da ghép hốc mỡ lại được tận dụng từ chính vạt da rạch ống tai với đầy đủ thành phần da và mô liên kết dưới da nên hốc mỡ thường khô nhanh hơn.

6. KẾT LUẬN

Tỷ lệ khô tai sau phẫu thuật này rất cao đặc biệt là kỹ thuật có hạ tường dây VII vì tường dây VII được hạ thấp không còn sự ngăn cách giữa hốc mỡ sào bào và thành ống tai. Do đó, phẫu thuật này đạt mục đích hòa hốc mỡ chũm vào ống tai làm một

Phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ sào bào có thể là phẫu thuật tùy biến có tính cơ động thích ứng theo hướng lan của bệnh tích.

Không biến chứng nguy hiểm và không viêm tái phát sau phẫu thuật do giải quyết triệt để bệnh tích và dẫn lưu ra ngoài ống tai nên tỷ lệ thành công sau phẫu thuật là rất cao và tạo điều kiện an toàn cho phẫu thuật chỉnh hình tai giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong, Nguyễn Thị Tố Uyên (2011), “Khoét chũm tiết căn tối thiểu đường xuyên ống tai”, *Nội san Hội nghị KHKT Toàn quốc Đại hội Tai Mũi Họng Việt Nam lần thứ XII*, tr.89- 93.
2. Sade, J. and C. Fuchs (1996), "Secretory otitis media in adults: I. The role of mastoid pneumatization as a risk factor", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 105(8), pp. 643-7.
3. Holt J.J (2008), "Transcanal antrotomy", *Laryngoscope*, 118(11), 2036-9
4. Tarabichi M (2010), "Transcanal endoscopic management of cholesteatoma.", *Otol Neurotol*, 31(4), 580-8
5. Marchioni D, et al (2010), "Endoscopic tympanoplasty in patients with attic retraction pockets", *Laryngoscope*, 120(9), 1847-55
6. Nguyễn Tấn Phong (1979), *Đặc điểm giải phẫu thừng nhĩ và đoạn 3 dây VII, ý nghĩa thực tiễn*, Luận văn tốt nghiệp nội trú chuyên khoa tai mũi họng, Trường Đại Học Y Hà Nội, tr.21-24
7. Nguyễn Tấn Phong (2009), "Mở sào bào thượng nhĩ đường xuyên ống tai", *Hội nghị Tai Mũi Họng Toàn Quốc*, tr.39-40
8. Tos M. (1995), *Transmeatal Canal Wall-Down Mastoidectomy, Mastoid Surgery and Reconstructive Procedures*. Vol. 2. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.pp.247-258

CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG

ThS.BSCKII. Nguyễn Đình Trường,

ThS.BS. Nguyễn Toàn Thắng, ThS.BS. Tạ Phương Thủy,

BS. Vũ Quang Hà, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hơn 25 năm trước đây, sự hiểu biết của chúng ta về chấn thương xương thái dương chỉ hạn hẹp trong phạm vi vỡ xương đá. Ngày nay danh từ “vỡ xương đá”, với cách phân loại này thì chúng ta chỉ xếp loại được những tổn thương giải phẫu lớn. Ngày nay danh từ “vỡ xương đá” được thay bằng “chấn thương xương thái dương” (Temporal Bone Fracture). Chấn thương xương thái dương rất phức tạp và đa dạng, cả về bề rộng lẫn bề sâu, cả về đại thể và vi thể. Chấn thương xương thái dương không chỉ tổn thương cả ba xương cấu tạo nên nó (xương đá, xương trai, xương nhĩ) mà còn có thể lan rộng sang các phần xương khác hoặc phối hợp với tổn thương thần kinh sọ não. Tổn thương cũng có thể khu trú vi thể gây nên những rối loạn hoặc mất chức năng của các thành phần thần kinh chứa đựng trong xương đá như mê nhĩ, dây thần kinh VII... mà thậm chí những tổn thương này không thấy được trên hình ảnh cắt lớp vi tính. Nếu ta sử dụng cách phân loại kinh điển thường dễ bị khu trú vào chấn thương xương đá mà bỏ qua các chấn thương thuộc các phần khác của xương thái dương như xương trai, xương chũm, xương nhĩ, và nhất là các tổn thương vi thể đặc biệt là các tổn thương chức năng không thấy được phim chụp cắt lớp vi tính, thậm chí cả những tổn thương muộn sau chấn thương. Khá nhiều tổn thương xương thái dương lại không xảy ra ở xương đá, tỷ lệ này chiếm 37-38% theo 1 số nghiên cứu. Những tổn thương vào 2 vùng này có những đặc điểm lâm sàng và di chứng rất khác biệt so với tổn thương xương đá đơn thuần trước đây. Chính vì những lý do trên mà chúng tôi tập trung vào các mục tiêu sau đây qua thực tiễn lâm sàng:

1) Nghiên cứu và thăm khám lâm sàng, CDHA của chấn thương xương thái dương.

2) Thăm khám chức năng: tiền đình, thính giác, thần kinh (dây VII, dây VIII,...).

3) Đối chiếu kết quả thăm khám lâm sàng, CDHA với các thử nghiệm thăm dò chức năng để giúp cho chẩn đoán khu trú vị trí tổn thương và mức độ tổn thương, từ đó đề xuất phương pháp can thiệp thích hợp.

2. NGUYÊN NHÂN CHẤN THƯƠNG

Các chấn thương của chúng tôi qua nghiên cứu 68 bệnh nhân gồm những nguyên nhân sau:

Các sang chấn do va đập

Do tai nạn giao thông

Do tai nạn sinh hoạt

Do hoả khí

Chấn thương phẫu thuật

Chấn thương âm thanh

Chấn thương áp lực

Các nguyên nhân trên có thể gây nên những tổn thương đại thể hoặc vi thể, đơn thuần hoặc phối hợp, tạo nên một bệnh cảnh lâm sàng rất phức tạp, đa dạng, khó khăn cho việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Chẳng hạn một sang chấn cơ học hoặc một chấn thương áp lực cũng có thể gây nên những đường vỡ rõ ràng hoặc chỉ gây nên những tổn thương kín đáo về mặt chức năng như: chóng mặt, điếc, hoặc phối hợp của 2 tổn thương đại thể và vi thể,... Trái lại có những chấn thương do đụng dập, do áp lực hoặc phẫu thuật có thể gây nên những tổn thương vi thể như: chóng mặt, điếc tiếp nhận, hoặc điếc dẫn truyền do trật khớp xương con.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Phân loại theo vị trí

- Loại 1: Đường võ trong (đường võ xương đá) bao gồm 3 đường võ kinh điển : ngang, dọc, chéo

- Loại 2: Đường võ ngoài (võ xương trai) là đường võ đi ngang qua mặt ngoài xương chũm: đường võ qua xương chũm (phần trai xương thái dương).

- Loại 3: Võ xương nhĩ: loại này thường để lại di chứng chít hẹp ống tai ngoài hình thành Cholesteatoma thứ phát bên trong đoạn chít hẹp

* Ba loại tổn thương này có thể phát hiện thấy trên phim CLVT với ba bình diện cắt: Coronal, Axial, Sagittal

- Loại 4: Chấn thương vi thể: thường không thể thấy được trên CDHA, nhưng đôi khi có thể phát hiện được bằng MRI và đặc biệt là các nghiệm pháp thăm dò chức năng như thăm dò chức năng tiền đình chủ quan và khách quan, thăm dò chức năng nghe, thăm dò chức năng dây VII...

*Khi phối hợp CDHA với các nghiệm pháp thăm dò chức năng, còn có thể giúp cho chúng ta theo dõi diễn biến và những biến chứng sau chấn thương để có chỉ định can thiệp thích hợp

3.2. Chấn thương vi thể ảnh hưởng đến chức năng nghe, thăng bằng

Đây là những tổn thương vi thể khó xác định nguyên nhân và vị trí tổn thương. Tuy nhiên, có thể dựa trên tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật kết hợp với thăm dò chức năng tai hoặc tiền đình như: nhĩ lượng, thính lực, ABR hoặc các nghiệm pháp thăm khám tiền đình, thậm chí là điều trị thử có thể xác định được vị trí tổn thương là thuộc về tai giữa hoặc tai trong (phần nghe hoặc thăng bằng). Trong một số trường hợp, các tổn thương vi thể có thể xác định được vị trí và nguyên nhân tổn thương qua chụp cắt lớp ngay sau phẫu thuật như: trật khớp xương con, dò dịch não tủy,...

3.3. Cận lâm sàng

a. Vai trò của CT scan với lát cắt 1 mm coup Sagittal có thể cho thấy hình ảnh trật khớp chuỗi xương con.

- Coup Coronal phần qua xương chũm có thể cho thấy động máu trong thông bào nông và sâu chung quanh đường vỡ và đường vỡ cắt vào đoạn 3 dây VII, tổn thương tai trong và ống tai.

- Coup Axial qua ống bán khuyên ngoài có thể thấy tổn thương vỡ ống bán khuyên ngoài vì thế, đoạn 2 dây VII

b. Thăm dò chức năng tai, thính lực, tiền đình có vai trò trong chẩn đoán những tổn thương vì thế mà CT scan không phát hiện được

c. Vai trò thính lực có thể cho biết vị trí tổn thương dựa vào điếc dẫn truyền hoặc điếc tiếp nhận

d. Vai trò khám tiền đình cho phép đánh giá tổn thương vì thế vào cơ quan tiền đình tai trong, là loại tổn thương hủy diệt hay tổn thương tăng kích thích (hội chứng mê nhĩ thể tăng kích thích)

4. KẾT LUẬN

Phân loại đường vỡ

a) Tổn thương xương thái dương rất đa dạng và phức tạp.

b) Đường vỡ trong (vỡ xương đá): đường vỡ chéo, đường vỡ dọc, đường vỡ ngang, đặc biệt đường vỡ dọc gây tổn thương đoạn 2 dây VII, màng nhĩ - chuỗi xương con. Các đường vỡ này phải sử dụng kỹ thuật giảm áp dây VII, kết hợp chỉnh hình màng nhĩ - xương con. Nhóm này chiếm tỉ lệ 37%

c) Đường vỡ ngoài (vỡ xương trại) gọi là đường vỡ ngang qua xương chũm, được chia làm 3 nhóm từ nông vào sâu. Đường vỡ sâu cắt qua thành sau ống tai, bờ sau màng nhĩ và đoạn 3 dây VII, màng nhĩ - chuỗi xương con.

d) Vỡ ống tai: vỡ xương nhĩ gây chít hẹp ống tai. Sử dụng kỹ thuật nội soi chỉnh hình ống tai, đặt lại xương nhĩ và cố định.

e) Đường vỡ vi thể gây tổn thương chức năng, tiền đình, ốc tai, được điều trị nội khoa, toàn thân là các thuốc giảm phù nề, tiêu huyết, chống viêm, đặc biệt loại phù nề sưng nước mê nhĩ do tụ máu có thể sử dụng phương pháp bơm Hydrocortisone qua màng nhĩ.

f) Xử lý rò dịch não tủy: khoét xương chũm, bít lấp hốc mỏ chũm bằng mỡ, khâu bít ống tai

Công trình được tiến hành bởi Khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Bộ Công an; Khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên; Bộ môn Tai - Mũi - Họng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong (2001), *Phẫu thuật tai*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Nguyễn Thị Quyên (2020). *Nghiên cứu hình thái đường vỡ trong chấn thương xương thái dương (Doctoral dissertation)*, trường Đại học Y Hà Nội).

3. Diaz, R. C., Cervenka, B., & Brodie, H. A. (2016). Treatment of temporal bone fractures. *Journal of Neurological Surgery Part B: Skull Base*, 77(05), 419-429.

4. Johnson, F., Semaan, M. T., & Megerian, C. A. (2008). Temporal bone fracture: evaluation and management in the modern era. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 41(3), 597-618.

5. Diaz, R. C., Cervenka, B., & Brodie, H. A. (2016). Treatment of temporal bone fractures. *Journal of Neurological Surgery Part B: Skull Base*, 77(05), 419-429.

6. Proops, D., Hawke, W., & Berger, G. (1986). Microfractures of the otic capsule: The possible role of masticatory stress. *The Journal of Laryngology & Otology*, 100(7), 749-758.
doi:10.1017/S0022215100100039

7. Zarandy, M. M., & Rutka, J. (2010). Trauma to the Inner Ear. In *Diseases of the Inner Ear* (pp. 41-45). Springer, Berlin, Heidelberg.
8. Agazzi, C., Cova, P. L., & Senaldi, M. (1957). Demonstration of microfractures of the temporal bone by means of stratigraphic investigation. *ORL*, 19(2-3), 143-158.
9. Ghorayeb, B. Y., & Yeakley, J. W. (1992). Temporal bone fractures: longitudinal or oblique? The case for oblique temporal bone fractures. *The Laryngoscope*, 102(2), 129-134.
10. Zehnder, A., & Merchant, S. N. (2004). Transverse fracture of the temporal bone. *Otology & Neurotology*, 25(5), 852-853.
11. Savva, A., Taylor, M. J., & Beatty, C. W. (2003). Management of cerebrospinal fluid leaks involving the temporal bone: report on 92 patients. *The Laryngoscope*, 113(1), 50-56.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CHOLESTEATOMA TÚI CO KÉO

BS. Đặng Quang Thọ, BS. Trần Thu Bé

BS. Hoàng Thị Kim Phụng, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

Tóm tắt

*Phẫu thuật nội soi cholesteatoma túi co kéo trực tiếp tiếp cận bệnh tích, hạn chế phá hủy phần xương lành, giải quyết triệt để bệnh tích, mà không ảnh hưởng đến phần hòm nhĩ tạo hình xương con. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cholesteatoma túi co kéo. **Đối tượng và phương pháp:** 15 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cholesteatoma túi co kéo. **Kết quả:** Túi co kéo kèm thủng tường thượng nhĩ gặp nhiều nhất (66,67%), túi co kéo kèm lỗ thủng màng căng (20%), túi co kéo khu trú ở màng chũm (13,33%). Chụp CLVT có 80% trường hợp bệnh tích xâm lấn cả thượng nhĩ sào đạo sào bào. Khô tai sau phẫu thuật 3 tháng chiếm 46,67%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi điều trị cholesteatoma túi co kéo đường xuyên ống tai là phẫu thuật hiệu quả trong việc ngăn ngừa hiện tượng chảy tai sau mổ, dẫn lưu hốc mổ chũm vào ống tai rộng rãi, giúp ta che các tổn thương (dây VII, OBK ngoài, màng não), phục hồi chức năng nghe nhờ tạo hình hệ thống xương con, khôi phục thông khí cho hòm nhĩ bằng ống thông khí qua mảnh ghép.*

Summary

*Endoscopic transcanal cholesteatoma retraction pocket surgery exposes directly and remove total diseases, reduces ruining normal bone parts and tympanum. **Object:** this study describes an endoscopic transcanal cholesteatoma retraction pocket technique and highlights its advantages. **Study design:** prospective study. **Methods:** endoscopic transcanal cholesteatoma retraction pocket was performed on 15 patients. **Result:** retraction pocket with perforation of scutum (66,67%), retraction pocket with perforation of pars tensa (20%), retraction pocket in pars*

*flaccida (13,33%). Computed Tomography Scan demonstrated extent of the disease in epitympanium, aditus ad antrum, antrum 80%. The dry-ear postoperative 3- months 46,67%. **Conclusion:** endoscopic transcanal cholesteatoma retraction pocket surgery prevents otorrhea postoperatively; drains extensively surgery cavity into ear canal; covers nerve VII, lateral semicircular canal, meninges; restores hearing with auditory ossicular reconstruction, restores ventilation tympanum with graft which is inserted ear tubes.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma túi co kéo là một loại bệnh đặc biệt gặp trong bệnh lý xẹp nhĩ khu trú mà miệng túi nằm ở phần màng chũm. Túi co kéo thường phát triển về phía sau đi từ thượng nhĩ sào đạo vào sào bào. Loại bệnh lý này thường phá huỷ hệ thống xương con trầm trọng gây điếc dẫn truyền hoặc hỗn hợp.

Phẫu thuật khoét chũm tiết căn (KCTC) kinh điển đường sau tai tạo nên một hốc mở chũm lớn do phá huỷ nhiều phần xương lành làm mất cân bằng tỉ lệ VA/S, dẫn tới tỉ lệ chảy tai kéo dài sau phẫu thuật chiếm từ 30 - 40%.

Phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai cho phép tiếp cận trực tiếp bệnh tích tổn thương nên thu hẹp được hốc mở chũm. Đặc biệt hốc mở được dẫn lưu rộng rãi vào ống tai trong trường hợp bệnh tích ở thượng nhĩ sào bào sào đạo chưa lan xuống trung nhĩ và hạ nhĩ, cho phép chúng ta thực hiện kỹ thuật tạo hình màng nhĩ xương con ngay trong một thì phẫu thuật nhằm phục hồi chức năng nghe cho người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị cholesteatoma túi co kéo đường xuyên ống tai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

15 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị cholesteatoma túi co kéo đường xuyên ống tai tại khoa Tai Mũi Họng BV Quốc Tế Thái Nguyên.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai xương chũm mạn tính khu trú: đơn thuần, túi co kéo hoặc cholesteatoma.

- Có kết quả nội soi đánh giá tình trạng màng nhĩ và thính lực đồ
- Hình ảnh CLVT xương thái dương: xương chũm đặc ngà, bệnh tích khu trú thượng nhĩ, sào đạo hoặc sào bào.

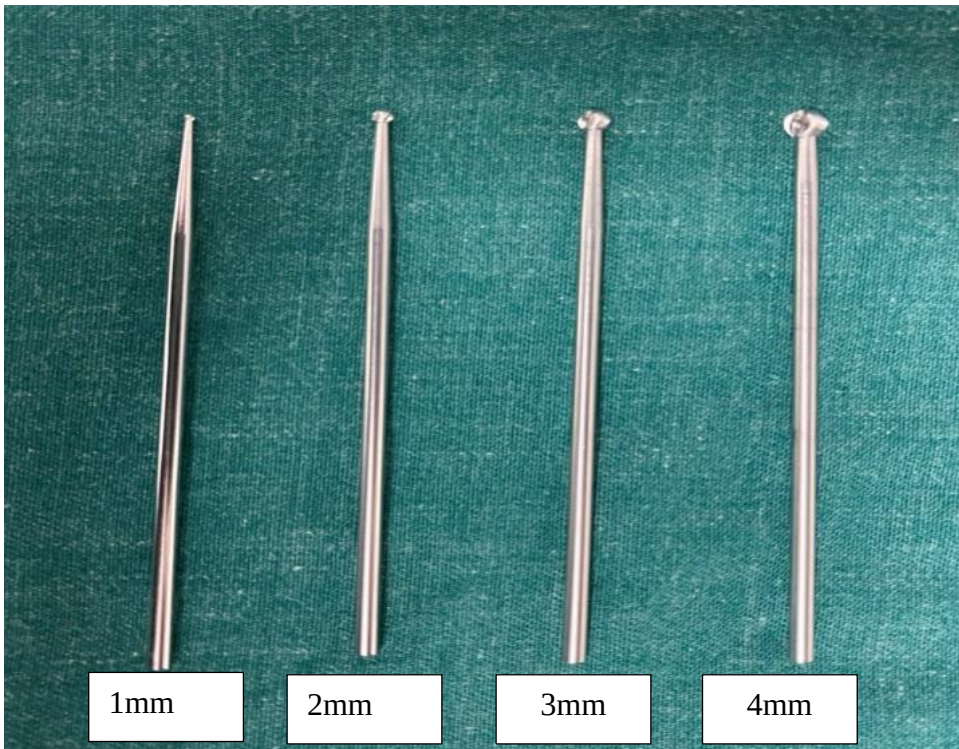
2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Dị dạng ống tai
- Bệnh tích xương chũm lan rộng, xương chũm thể thông bào.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: mô tả từng trường hợp có can thiệp

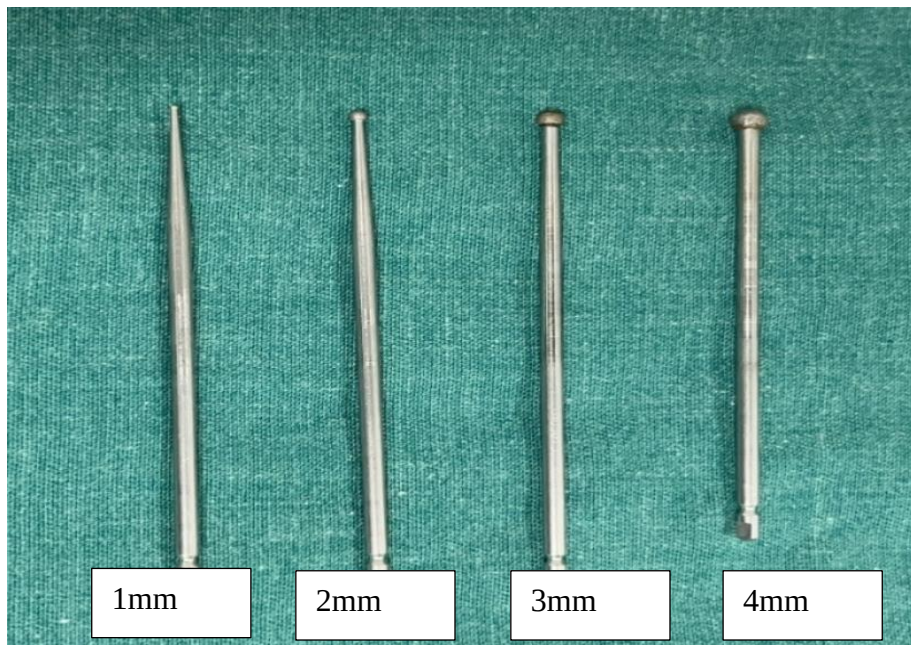
2.5. Dụng cụ tiến hành

- Optic nội soi 0 độ 4mm
- Bộ khoan cắt với các kích cỡ: 4mm, 3mm, 2mm, 1mm



Hình 2.1. Bộ khoan cắt với các kích cỡ

- Bộ khoan kim cương với các kích cỡ: 4mm, 3mm, 2mm, 1mm

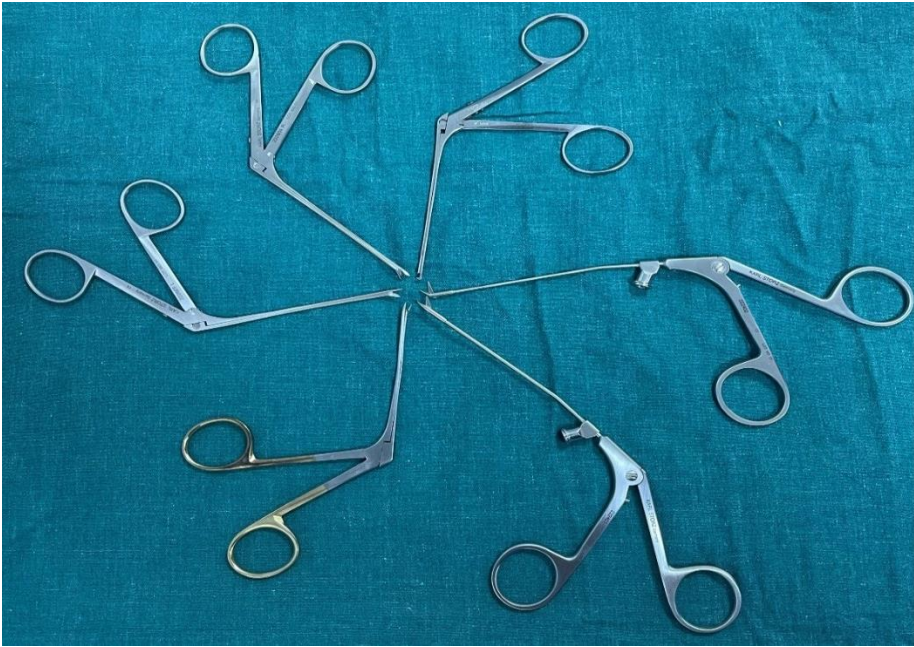


Hình 2.2. Bộ khoan kim cương với các kích cỡ

- Bộ dụng cụ vi phẫu tai



Hình 2.3



Hình 2.4

2.6. Các bước tiến hành

- *Thì 0*: Tê tại chỗ: tiêm thấm da ống tai dưới cốt mạc màng xương
- *Thì 1*: Rạch da hình quả đào, tiếp giáp tới bờ màng nhĩ
- + Bên phải rạch từ góc 1h đến góc 6h thành sau ống tai.
- + Bên trái rạch từ góc 11h đến góc 6h thành sau ống tai.



Hình 2.5. Rạch da hình quả đào, tiếp giáp tới bờ màng nhĩ

- *Thì 2:* Bóc tách vạt da và nửa sau trên của màng nhĩ, vén về phía trước dưới. Bộc lộ xương phía sau trên của ống tai.



Hình 2.6. Bóc tách vạt da, bộc lộ xương phía sau trên

- *Thì 3:* Tạo hình chiều của thượng nhĩ-sào đạo, sào bào lên thành sau trên ống tai.

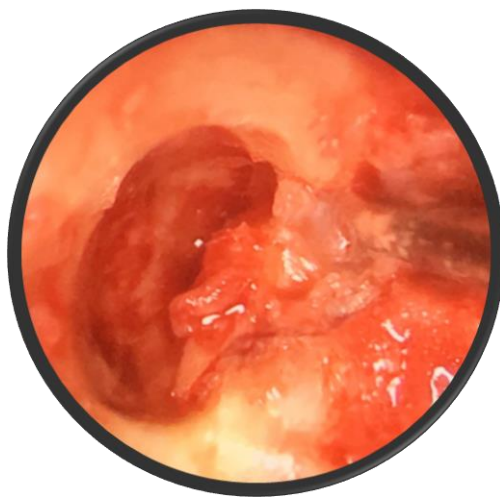
- *Thì 4:* Mở thượng nhĩ-sào đạo, sào bào bằng khoan cắt.



Hình 2.7. Khoét sào bào - thượng nhĩ

- *Thì 5:* Hạ vông tường dây VII:

+ Dùng khoan kim cương làm nhẵn bờ hốc mỏ và cắt cầu xương.

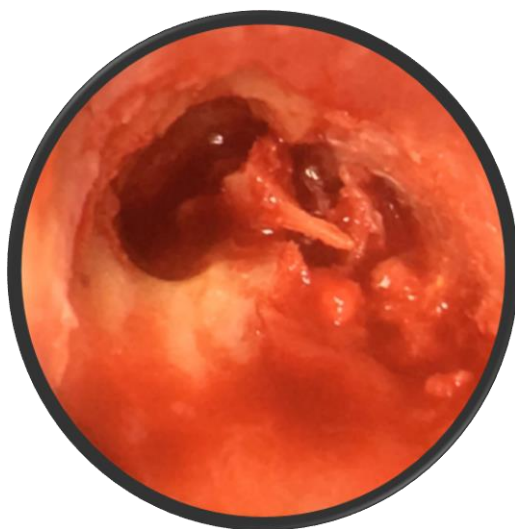


Hình 2.8. Cắt cầu xương

+ Làm mỏng tường dây và làm võng tường dây VII, đẩy sào bào đồ thẳng vào ống tai.

- *Thì 6:* Dùng que bông đi từ sau ra trước bắt đầu từ đáy sào bào, lấy toàn bộ túi cholesteatoma theo kiểu lộn bít tắt.

- *Thì 7:* Xử lý hệ thống xương con: cắt đầu xương búa, tháo xương đe; khoét rộng thượng nhĩ-sào đạo, sào bào.



Hình 2.9. Tháo xương đe



Hình 2.10. Cắt đầu búa

- *Thì 8:* Rửa sạch hốc mổ bằng betadin.
- *Thì 9:* Kiểm tra bệnh tích ở dây VII, ống bán khuyên hoặc màng não.
- *Thì 10:* Dùng trụ dẫn bằng gốm sinh học nối giữa cán búa và chỏm bàn đạp.



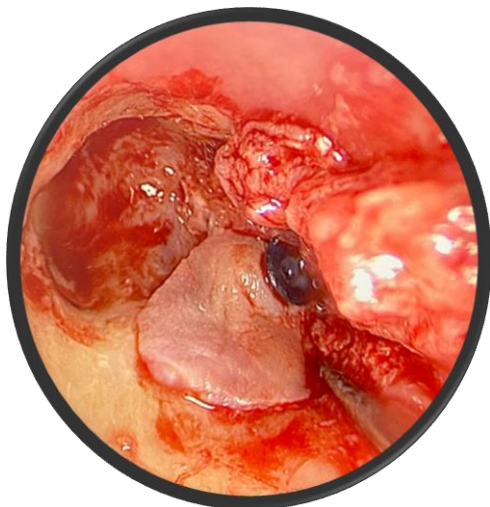
Hình 2.11. Thay xương đe bằng trụ gốm sinh học

- *Thì 11:* Đặt lại vạt da hình quả đào, che đậy các tổn thương dây VII, đoạn II ống bán khuyên, màng não.



Hình 2.12. Đặt lại vạt da, che đậy tổn thương dây VII, đoạn II ống bán khuyên, màng não

- *Thì 12:* Dùng màng sụn bình tai có đặt ống thông khí trên màng sụn để vá lỗ thủng hoặc đặt ống thông khí ở màng căng nếu màng căng nguyên vẹn.



Hình 2.13. Vá nhĩ bằng sụn có ống thông khí

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tổn thương trên nội soi

Loại tổn Thương	Túi co kéo khu trú ở màng chùng	Túi co kéo kèm thủng tường thượng nhĩ	Túi co kéo kèm lỗ thủng màng căng
n	2	10	3
%	13,33%	66,67%	20%

Bảng 3.1: Tổn thương trên nội soi

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/15 (13,33%) trường hợp là túi co kéo khu trú ở màng chùng, gặp nhiều nhất là 10/15 (66,67%) trường hợp là túi co kéo kèm thủng tường thượng nhĩ, và túi co kéo kèm theo lỗ thủng màng căng có 3/15 (20%) trường hợp.

3.2. Tổn thương trên CLVT

Loại tổn Thương	Khu trú ở thượng nhĩ	Tổn thương thượng nhĩ - sào đạo	Tổn thương thượng nhĩ-sào đạo - sào bào
n	2	1	12
%	13,33%	6,67%	80%

Bảng 3.2: Tổn thương trên CLVT

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/15 (13,33%) trường hợp có hình ảnh tổn thương khu trú ở thượng nhĩ, 1/15 (6,67%) trường hợp là tổn thương thượng nhĩ sào đạo, và chiếm tỷ lệ cao nhất là tổn thương thượng nhĩ - sào đạo sào bào có 12/15 (80%) trường hợp.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

Thời gian khô tai	01 tháng	02 tháng	03 tháng
n	3	5	7
%	20%	33,33%	46,67%

Bảng 3.3: Kết quả sau phẫu thuật

Nhận xét: có 3/15 (20%) trường hợp tai khô (hốc mỏ khô, không ứ dịch) sau 01 tháng, 5/15 (33,33%) trường hợp tai khô sau 02 tháng, và 7/15 (46,67%) trường hợp khô tai sau 03 tháng.

3.4. Kết quả thính lực

Thu hẹp ABG	10dB	20dB	25dB
n	7	6	2
%	46,67%	40%	13,33%

Bảng 3.4: Kết quả thính lực

Nhận xét: có 7/15 (46,67%) trường hợp thu hẹp ABG 10 dB, 6/15 (40%) trường hợp thu hẹp ABG 20 dB, và 2/15 (13,33%) trường hợp thu hẹp ABG 25dB.

4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị cholesteatoma túi co kéo đường xuyên ống tai chẳng những ngăn ngừa hiện tượng chảy tai sau mổ mà còn dẫn lưu hốc mổ chũm vào ống tai rộng rãi.

Vạt da ghép giúp ta che các tổn thương (dây VII, OBK ngoài, màng não).

Phục hồi chức năng nghe bằng tạo hình hệ thống xương con.

Khôi phục thông khí cho hòm nhĩ bằng OTK qua mảnh ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong, Nguyễn Thị Tố Uyên (2011), “Khoét chũm tiết căn tối thiểu đường xuyên ống tai”, *Nội san Hội nghị KHKT Toàn quốc Đại hội Tai Mũi Họng Việt Nam lần thứ XII*, tr.89- 93.

2. Nguyễn Tấn Phong (2001), Phẫu thuật tai, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Nguyễn Tấn Phong (2005), Nội soi chỉnh hình tai giữa, Hội nghị Tai Mũi Họng toàn quốc.

4. Nguyễn Tấn Phong (2009), "Mở sào bảo thượng nhĩ đường xuyên ống tai", *Hội nghị Tai Mũi Họng Toàn Quốc*, tr.39-40

5. Sade, J. and C. Fuchs (1996), "Secretory otitis media in adults: I. The role of mastoid pneumatization as a risk factor", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 105(8), pp. 643-7.

6. Holt J.J (2008), "Transcanal antrotomy", *Laryngoscope*, 118(11), 2036-9

7. Tarabichi M (2010),"Transcanal endoscopic management of cholesteatoma.", *Otol Neurotol*, 31(4), 580-8
8. Marchioni D, et al (2010), "Endoscopic tympanoplasty in patients with attic retraction pockets", *Laryngoscope*, 120(9), 1847-55
9. Tos M. (1995), *Transmeatal Canal Wall-Down Mastoidectomy, Mastoid Surgery and Reconstructive Procedures*. Vol. 2. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.pp.247-258

PHẪU THUẬT NỘI SOI VÙNG TRÁN

ThS.BS. Lê Quang Hưng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng trán là vùng với nhiều tổn thương lành tính hay gặp trong thăm khám lâm sàng trong đó u mỡ và u xương thường gặp nhiều nhất. U xương là khối u thường xuất hiện nhiều nhất trên xương mặt. Tại vùng trán u xương phát hiện khá dễ dàng do đặc tính vùng trán thường lộ rõ kèm theo sờ u xương chắc cứng không khó để ta nhận biết. Về lâm sàng, mặt bệnh nhân bị biến dạng làm bệnh nhân quan tâm lớn. U mỡ là khối u mềm, phát triển chậm, có ranh giới và mềm như kẹo cao su. Kiểm tra mô bệnh học cho thấy các tế bào mỡ với nhiều mức độ xơ hóa khác nhau. Nhiều tổn thương hiếm gặp nhưng thường gặp hơn ở nam giới trẻ tuổi.[1] Diễn biến lâm sàng thường không có triệu chứng, nhưng có thể gây đau do chèn ép dây thần kinh. Các u mỡ thường phát sinh dưới da hoặc trên màng xương ở mặt phẳng dưới cân sọ và có xu hướng nhanh chóng trở nên to như một khối rõ ràng. Các tổn thương khác trong chẩn đoán phân biệt bao gồm nang biểu bì hoặc nang bã đậu, u máu, ung thư mỡ (liposarcomas). Ngoài ra để chẩn đoán có thể phải cắt bỏ u. Nhiều kỹ thuật đã được mô tả trước đây về cắt u vùng trán. Phương pháp cắt bỏ khối u trực tiếp thông qua đường tiếp cận mở rộng hoặc phương pháp tiếp cận đường trán giữa đã được coi là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên sau phẫu thuật để lại sẹo vùng trán có thể làm mất đi tính thẩm mỹ. Với sự ra đời của ống nội soi, các kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn đã có từ đầu những năm 1990 nên trên thế giới không còn gọi là mới. Tại Việt Nam các phẫu thuật nội soi vùng trán được đề cập nhiều trong chuyên ngành tạo hình thẩm mỹ với ứng dụng căng da mặt, đối với chuyên ngành tai mũi họng và phẫu thuật đầu cổ tại Việt Nam hiện chưa có báo cáo. Vì vậy, chúng tôi đề xuất một phương pháp thay thế để phẫu thuật cắt bỏ khối u lành vùng trán qua mổ mở. Đó là phẫu thuật nội soi cắt bỏ khối u lành vùng

trán. Nội soi không chỉ hữu ích cho việc chẩn đoán mà còn là một công cụ điều trị để loại bỏ các tổn thương trán này.

Trong tương lai, tại Việt Nam phẫu thuật đề xuất này sẽ phát triển với các ứng dụng như phẫu thuật nội soi trong điều trị gãy xương hàm, gò má. Kèm theo các khối u lành tính ở các vùng khác của mặt.

Tại bệnh viện đa khoa Hợp Lực phẫu thuật nội soi u lành tính vùng trán được tiến hành từ 2016 có thể nói là một bước tiến trong việc mang lại thẩm mỹ cho người bệnh. Thông qua các ca lâm sàng tiêu biểu, phẫu thuật này thể hiện tính khả thi, tương đối dễ thực hiện, từ đó nhằm thay thế phẫu thuật mở bằng phẫu thuật nội soi.

CA LÂM SÀNG

CASE 1

Bệnh nhân nam 35 tuổi đi khám vì có một khối u đường kính 2 cm trên trán phải (hình 1), kích thước tăng chậm trong vài năm qua. Khối u nằm trên khoe mắt ngoài 3 cm. Tiền sử bệnh của bệnh nhân không có gì đáng kể, ngoại trừ xu hướng u to dần. Ngoài ra, bệnh nhân cũng phủ nhận bất kỳ chấn thương nào ở trán hoặc sự xuất hiện của các tổn thương da trong gia đình. Khám lâm sàng cho thấy một khối hình vòm mềm, di động và không lõm, phù hợp với u mỡ. Bệnh nhân mong muốn vết thương này được loại bỏ nhưng không muốn vì những vết sẹo lồi trước đó. Theo đó, bệnh nhân từ chối vết rạch trán thông thường khi thăm khám tại một cơ sở y tế khác.



Hình 1. U mỡ vùng trán

CASE 2

Bệnh nhân nữ 37 tuổi đi khám vì xuất hiện khối vùng trán. Khám lâm sàng có một khối cứng và bất động hơn nằm ở phía trên lông mày phải của bệnh nhân với đường kính 1,5 cm (Hình 2). Khối u không gây đau đớn. Về mặt lâm sàng phù hợp với u xương dạng xương. Tiền sử bệnh tật không có gì đáng kể, và bệnh nhân không có tiền sử can thiệp ở trán hoặc sự xuất hiện của các tổn thương da trong gia đình. Bệnh nhân mong muốn loại bỏ u và không để lại sẹo vùng trán.



Hình 2. U xương vùng trán

CASE 3

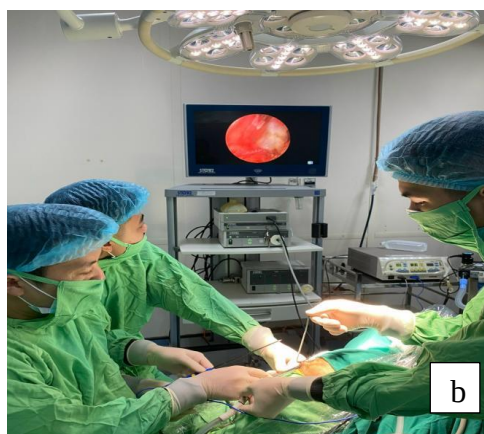
Bệnh nhân nữ 32 tuổi đi khám vì có một khối mềm và đơn độc nằm phía trán bên phải. Khám lâm sàng thấy khối di động có đường kính 2 cm, phù hợp với u nang rạch biểu bì hoặc u nang tuyến bã do da nhờn của bệnh nhân. Nó đã tăng kích thước trong vòng 5 tháng qua, và bệnh nhân mong muốn khối u được loại bỏ mà không để lại sẹo. Tiền sử bệnh của bệnh nhân không có gì nổi bật. Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương vùng này, tiền sử gia đình không ai liên quan.



Hình 3. Nang bì vùng trán

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các ca lâm sàng được thực hiện với sự đồng ý đầy đủ bằng văn bản và giải thích rõ ràng về phẫu thuật. Ngoài ra, bệnh nhân được thông báo rằng việc chuyển đổi sang phẫu thuật mở có thể là cần thiết. Một hệ thống video tiêu chuẩn bao gồm một camera nội soi ba chip (Karl-Storz), nguồn sáng xenon, màn hình tivi và đầu ghi video được sử dụng cho mỗi ca lâm sàng. Dụng cụ bao gồm Optic O° 4mm, dao điện, bay bóc tách, khoan hăng xomed... (hình 4 và 5)



Hình 4. Dụng cụ và tư thế mổ. a, một số dụng cụ; b, sơ đồ phẫu thuật



Hình 5. Khoan hummer và máy ảnh.

a, máy khoan hummer; b, máy ảnh canon

3. KỸ THUẬT MỔ

Trong số 3 bệnh nhân có 2 bệnh nhân được mổ dưới gây mê toàn thân, 1 bệnh nhân gây tê tại chỗ, tuy nhiên nếu những bệnh nhân hợp tác tốt và không có tiền sử dị ứng thuốc tê ta cũng có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ. Tất cả bệnh nhân còn được gây tê tại chỗ bằng lidocain (1%) và epinephrine (1: 100.000) (hình 6). Bệnh nhân không phải cạo tóc, ta sử dụng băng dính thái để băng lại tạo đường mổ (hình 6). Đường mổ tại ngay dưới đường chân tóc 1 cm (hình 7). Để không bị rụng tóc sau phẫu thuật, ta rạch song song với trục của nang tóc. Dao điện có thể được sử dụng để giảm thiểu chảy máu. Đường rạch da đầu sâu đến màng xương và ta bóc tách dưới màng xương đến tổn thương cần lấy bỏ. Trong quá trình bóc tách ta sử dụng nội soi để quan sát với Optic 0° 4 mm dài 175 mm. Chúng ta lưu ý không để thủng da trong quá trình bóc tách. Để xác định vị trí bóc tách đến tổn thương tốt nhất ta đánh dấu tổn thương ở ngoài da, kết hợp ấn tay từ bên ngoài vào để xác định tổn thương cần bóc tách một cách chính xác.



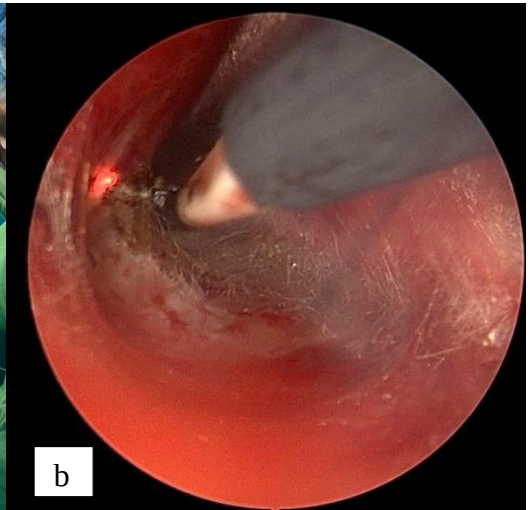
Hình 6. Bểng dính tạo đường mổ và gây tê tại chỗ



Hình 7. Đường mổ dưới chân tóc 1 cm dài 2 cm



a

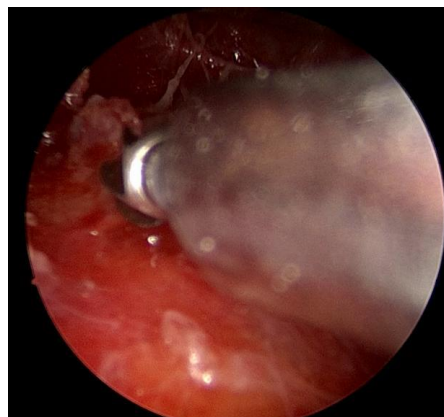
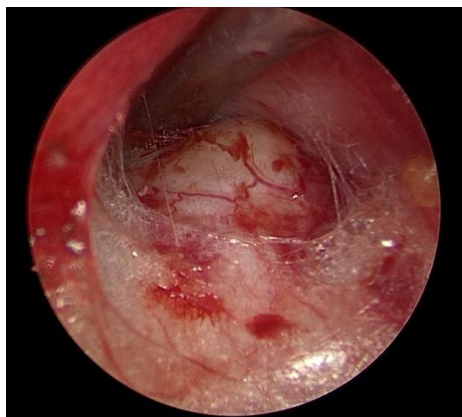


b

Hình 8. Bóc tách bằng dao điện. a, hình ảnh tay ngoài; b, hình ảnh tay trong

Với u mỡ để bóc tách hết và đường mổ dài ta có thể dùng dao điện có gắn mũi dài (hình 8). Còn đối với u xương ta sử dụng hệ thống khoan Hummer (Xomed) (hình 9) nếu không có khoan chúng ta có thể sử dụng đục kèm mài xương. Trong trường hợp nang bì chúng ta dùng dao điện bóc tách, bay bóc tách kèm kéo bóc tách. Lưu ý khi đốt ta sử dụng ống hút khối và chống mờ cho optic khi thực hiện phẫu thuật nội soi.

Các bệnh nhân sau mổ đều được rửa bằng nước muối sinh lý và kiểm tra chảy máu một lần nữa trước khi đóng vết mổ. Trong trường hợp có chảy máu ta có thể dùng dao điện hoặc Bipolar để cầm máu. Sau đó tiến hành rút ống nội soi bằng ép để loại bỏ không khí và dịch ứ đọng (hình 10). Trong tất cả các ca mổ chúng tôi sử dụng chỉ nylon 3.0 để đóng da. Bệnh phẩm sau khi lấy bỏ được gửi giải phẫu bệnh để chẩn đoán.



Hình 9. Hình ảnh mổ u xương. a, bóc lộ u xương; b, mũi khoan hummer



Hình 10. Bệnh nhân băng ép sau phẫu thuật

4. KẾT QUẢ

Phẫu thuật nội soi vùng trán được thực hiện với tất cả ca mổ trên ca 1 bệnh nhân u mỡ, ca 2 bệnh nhân u xương, ca 3 là nang bì. Tất cả 3 bệnh nhân trên được phẫu thuật dưới sự hỗ trợ của hệ thống nội soi, thông qua vết rạch 2 cm dưới chân tóc 1 cm. Trong quá trình phẫu thuật không có biến chứng phẫu thuật cũng như gây mê. Sau thời gian theo dõi 4 năm không có gì thay đổi. Bệnh không tái phát. Cụ thể không ghi nhận máu tụ, tổn thương thần kinh, chảy máu, nhiễm trùng, hay dấu hiệu rụng tóc. Vết mổ đều liền sẹo tốt và không thấy sẹo do đường mổ ẩn dưới chân tóc, tại vùng tương ứng với khối u trên da không có dấu vết gì. Điều này đã làm cho bệnh nhân hết sức hài lòng với kết quả thẩm mỹ tuyệt vời (hình 11). Các khối u sau khi mổ kết quả giải phẫu bệnh đều lành tính.

5. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng nhiều trong mọi chuyên ngành phẫu thuật, và với các phẫu thuật viên tai mũi họng điều này đã thành những thói quen hàng ngày. Có rất nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy nhiều bệnh lý khối u vùng trán lành tính có thể được thực hiện phẫu thuật dưới nội soi.



Hình 11. Bệnh nhân sau mổ u xương 1 tháng

Chúng tôi đề xuất rằng nội soi nên được sử dụng thường xuyên để đánh giá, chẩn đoán và loại bỏ các khối ở trán trong các trường hợp sau: (1) khối mềm và di động, (2) bệnh nhân có xu hướng hình thành sẹo lồi hoặc sẹo phì đại, (3) bệnh nhân có trán nhẵn và (4) bệnh nhân mong muốn không để lại bất kì sẹo nào tại vùng trán. Do đó, cắt bỏ khối vùng trán qua nội soi là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả, nó sẽ trở thành một lựa chọn điều trị cho bất kỳ bác sĩ phẫu thuật nào khi bệnh nhân yêu cầu có một kết quả thẩm mỹ hài lòng hơn. Trong nghiên cứu tiền cứu hiện tại, 3 bệnh nhân có khối vùng trán đã được cắt bỏ nội soi mà không có biến chứng. Ưu điểm của nội soi trán có rất nhiều: phẫu thuật an toàn, tương đối dễ thực hiện; ống nội soi cung cấp hình ảnh trực tiếp và phóng đại cho phép dễ dàng tiếp cận để lấy sinh thiết mô hoặc loại bỏ khối u chính xác. Một trong những lợi thế của việc sử dụng ống nội soi trong môi trường đặc biệt này là giảm nguy cơ vào thần kinh và đau sau khi rạch sâu vào trán, điều này không hiếm gặp vì một số dây thần kinh cảm giác của trán được cắt bằng kỹ thuật mở. Tỷ lệ nhiễm trùng đã giảm ở những bệnh nhân trải qua các phẫu thuật nội soi. Hơn nữa, việc bóc tách dưới hình ảnh nội soi trực tiếp đã được ghi nhận là làm giảm tỷ lệ tụ máu sau phẫu thuật, và sẹo rạch nhỏ và ẩn sau đường chân tóc. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng ở những nam thanh niên có đường chân tóc có thể thay đổi theo tuổi, vết rạch nên được đặt ở phía sau nhiều hơn. Ngoài ra, cắt bỏ nội soi làm giảm đau sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện và phục hồi nhanh. Nếu cần thiết ta cũng có thể phối hợp với các phẫu thuật khác trong tai mũi họng (mũi xoang, tai...)

Nhược điểm của phẫu thuật được Ernest D; Paige và cộng sự chỉ ra nhưng ít. Các biến chứng liên quan đến nội soi trán tương tự như những biến chứng được mô tả cho bất kỳ phẫu thuật nội soi nào, tức là tổn thương tế bào thần kinh, tổn thương mạch máu, thời gian mổ dài. Tuy nhiên, như với bất kỳ kỹ thuật mới nào, với sự đào tạo và thực hành thích hợp, bác sĩ phẫu thuật đã quen với thiết bị nội soi, thì tỉ lệ biến chứng có

thể cải thiện. Thật vậy, thời gian phẫu thuật ban đầu dài hơn, nhưng đã rút ngắn đáng kể sau 5 hoặc 10 ca đầu tiên. Trên thực tế, Paige và cộng sự báo cáo thời gian trung bình của phẫu thuật nội soi là 46,9 phút trong phân nhóm bệnh nhi của họ. Họ báo cáo chiều dài vết mổ là 1,1 cm, sự hài lòng của phụ huynh cao và không có biến chứng đáng kể. Tương tự như vậy, chi phí luôn là một vấn đề. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh viện đều đã có thiết bị nội soi và/hoặc chỉ cần bổ sung một số dụng cụ tối thiểu, thiết bị nội soi nói chung là có thể tiếp cận với phẫu thuật xâm lấn tối thiểu này.

6. KẾT LUẬN

Trong nhiều năm qua, phẫu thuật được hỗ trợ bởi ống nội soi đã được ưa chuộng vì nhiều lý do: xâm lấn tối thiểu, giảm đau và ít biến chứng sau mổ. Nó dẫn đến kết quả bệnh nhân vận động sớm hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, và quan trọng nhất, nó đảm bảo vẻ ngoài thẩm mỹ do một đường rạch ngắn được giấu sau chân tóc trong hầu hết các trường hợp. Chúng tôi đã đề xuất một phương pháp thay thế để phẫu thuật cắt bỏ khối u lành vùng trán trực tiếp bằng phẫu thuật nội soi, đã được chứng minh là hữu ích không chỉ để chẩn đoán mà còn là một công cụ điều trị để loại bỏ các tổn thương vùng trán. Báo cáo này mô tả kinh nghiệm lâm sàng với việc cắt bỏ khối u vùng trán ở 3 bệnh nhân. Các trường hợp này minh họa tính khả thi và dễ dàng trong việc loại bỏ nhiều loại khối u trên trán với kết quả thẩm mỹ tuyệt vời. Chúng tôi hy vọng rằng sẽ có nhiều bác sĩ phẫu thuật tai mũi họng, bác sĩ thẩm mỹ sử dụng phẫu thuật được đề xuất và sẽ tiếp tục khám phá các giới hạn an toàn của phẫu thuật thẩm mỹ nội soi này.

Tài liệu tham khảo

1. Kokoska, M. S., Branham, G. H., Hamilton, M. M., and Thomas, J. R. Endoscopic excision of a forehead mass. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 123: 815, 1997.

2. Paige, K. T., Eaves, F. F., III, and Wood, R. J. Endoscopically assisted plastic surgical procedures in the pediatric patient. *J. Craniofac. Surg.* 8: 164, 1997. Discussion 8: 169, 1997

3. Chen, Da-Jeng; Chen, Chien-Tzung; Chen, Yu-Ray; Feng, Guan-Ming. Endoscopically Assisted Repair of Frontal Sinus Fracture. *The Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care.* . 55.2, 2003

4. Meningaud JP, Toure G, Lantieri L. Endoscopic resection of osteoma of the forehead. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2008;42(6):286-289

5. Funayama E, Minakawa H, Oyama A. Forehead lipoma resection via a small remote incision using a surgical raspator. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(3):458-459.

6. Goh LHT, Tan BK, Liam FC. Endoscopic resection of forehead lipoma: a subperiosteal single-portal approach. *Indian J Plast Surg.* 2008;41(2):141-144

7. Sadick, Haneen; Huber, Michael. Endoscopic Forehead Approach for Minimally Invasive Benign Tumor Excisions. 2014; 16(5):352

8. Jung, Soyeon; Jung, Sung Won; Koh, Sung Hoon; Lim, Hyoseob. Forehead Mass Removal by Endoscopic Approach. 2016; 27(2): e215-e217

9. Salehi, BSc, Parsa P.; Gilmore, MD, Jim. Scar Avoidance in Removal of Forehead Lipomata: An Endoscopic Approach. 2017; 34(2):65-69

10. Bouguila, J.; Chahed, H. Endoscopic resection of forehead osteomas: Technical notes. 2019. S0294126019300573

11. Onishi K, Maruyama Y, Sawaizumi M. Endoscopic excision of forehead osteoma.

J Craniofac Surg 1995;6(6):516—8

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG
KHÔNG ĐẶT VẬT LIỆU CẦM MÁU TẠI KHOA TAI - MŨI - HỌNG,
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỢP LỰC THANH HÓA**

ThS.BS. Lê Quang Hưng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá việc đặt meche thường quy hoặc sử dụng các vật liệu cầm máu tại chỗ trong phẫu thuật nội soi mũi xoang

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu

Kết quả: Tổng cộng có 47 bệnh nhân, 31 nam và 16 nữ, tuổi từ 13-65 tuổi (trung bình 43) . 17 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mũi xoang đơn thuần, 21 bệnh nhân phẫu thuật mũi xoang kèm lấy polyp mũi, 9 bệnh nhân có phẫu thuật nội soi khác, 44 bệnh nhân gây mê toàn thân và 3 bệnh nhân gây tê tại chỗ. Có 8 bệnh nhân chảy máu dưới 50 ml (17%), 23 bệnh nhân chảy máu từ 50-100ml (48,9%), 13 bệnh nhân chảy máu từ 100-200ml (27,7%), 3 bệnh nhân chảy máu trên 200ml (6,4%). Trong đó 47 bệnh nhân không đặt không sử dụng vật liệu cầm máu hoặc đặt meche.

Kết luận: Hầu hết các phẫu thuật nội soi mũi xoang có thể không cần đến vật liệu cầm máu hoặc nhét meche. Gây mê toàn thân, sử dụng co mạch tại chỗ và phẫu thuật cẩn thận cũng tránh được sự cần thiết đặt meche mũi, làm cho bệnh nhân dễ chịu hơn, giảm được biến chứng sau mổ và biến chứng sau phẫu thuật.

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC SINUS SURGERY WITHOUT PACKING IN ENT DEPARTMENT OF HOP LUC HOSPITAL

Le Quang Hung

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate the routine use of packing or local hemostatic agents in endoscopic sinus surgery (ESS).

Methods: Packing and/or hemostatic agents were used only when necessary in 100 consecutive adult ESS patients in a tertiary academic hospital. Necessity for packing the nose after excessive bleeding was analyzed in relation to demographic characteristics, medical history, previous surgeries, current surgical procedure, type of anesthesia, and amount of intraoperative bleeding.

Results: The remaining 47 patients included 31 males and 16 females between the ages of 13 to 65 (mean 43). Seventeen patients underwent only ESS, 21 ESSs associated with nasal polypectomy, and 9 underwent other endoscopic procedures. Forty-four underwent the operation under general anesthesia and 3 under local anesthesia. Intraoperative blood loss was less than 50 mL in 8 patients (17%), 50 to 100 mL in 23 (48,9%), 100-200 ml in 13 (27,7%) and more than 200 mL in 3 (6,4%). In 47 patients (100%), packing or a hemostatic agent was not used. No patient had bleeding complications post operatively.

Conclusions: Most ESS procedures can be managed without packing or any other hemostatic measures. Local anesthesia, use of local vasoconstrictors, and careful operative technique minimize the need for nose packing, thus reducing patient's discomfort, postoperative complications, and cost of surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính là bệnh lý thường gặp. Việc điều trị các bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính bao gồm điều trị nội khoa cũng như phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi mũi xoang được thay thế cho các phẫu thuật cổ điển cách đây hơn 30 năm bởi tỷ lệ thành công cao, hạn chế biến chứng phẫu thuật, và sự tiến bộ trong dụng cụ cũng như chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật mang lại nhiều bước tiến mới. Phẫu thuật nội soi mũi xoang nhằm lấy đi các tổn thương niêm mạc xoang và xương viêm. Chảy máu là khó tránh khỏi trong phẫu thuật, đặc biệt là chảy máu quá nhiều có thể gây ảnh hưởng đến an toàn trong phẫu thuật. sử dụng thuốc co mạch tại chỗ hoặc đường tiêm kết hợp với gây mê toàn thân cũng được sử dụng để làm giảm thiểu số lượng máu mất trong phẫu thuật. tuy nhiên do chảy máu sau phẫu thuật lại khá phổ biến, các chuyên gia mũi xoang đã khuyến cáo việc sử dụng thường quy nhét bắc cũng như các vật liệu cầm máu nhằm kiểm soát chảy máu. Biến chứng của nhét bắc mũi là đau, chảy mũi, ngạt mũi, và khó chịu cho bệnh nhân. Rút bắc cũng gây đau đớn và có thể gây chảy máu lại. hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi sau mổ nội soi mũi xoang đều cảm thấy căng thẳng khi rút bắc hơn cả việc gây mê. Một vài bệnh nhân chỉ ra rằng họ thấy không thoải mái khi đặt và rút bắc. Tại nhiều nơi việc dùng bắc mũi sau mổ nội soi mũi xoang vẫn được xem như là một qui trình thường qui sau mổ. Tuy nhiên, nhiều công trình nghiên cứu cho thấy việc nhét bắc mũi sau mổ có một lợi điểm chính là tránh biến chứng chảy máu hậu phẫu, nhưng nó có thể gây ra nhiều khó chịu cho bệnh nhân, và có thể làm trầy xước niêm mạc mũi, chèn ép làm thiếu máu nuôi cho niêm mạc, hồ mổ lâu lành hơn. Để nghiên cứu phẫu thuật nội soi mũi xoang không sử dụng bắc chúng tôi đã nghiên cứu đề tài “đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu tại khoa tai mũi họng bệnh viện đa khoa Hợp Lực Thanh Hóa”

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

47 bệnh nhân đến khám tại khoa tai mũi họng bệnh viện Hợp Lực Thanh Hóa có chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 9 năm 2020 không sử dụng vật liệu cầm máu đáp ứng

✓ tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin và xét nghiệm cần thiết
- Bệnh nhân có phim chụp CLVT mũi xoang đúng tiêu chuẩn theo hai mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng nằm
- Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 6 tháng sau phẫu thuật
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu phẫu thuật nội soi mũi xoang và giải thích các yếu tố nguy cơ cho bệnh nhân

✓ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu
- Bệnh nhân không được thăm khám và theo dõi đầy đủ
- Bệnh nhân có các bệnh lý về máu

Phương pháp nghiên cứu:

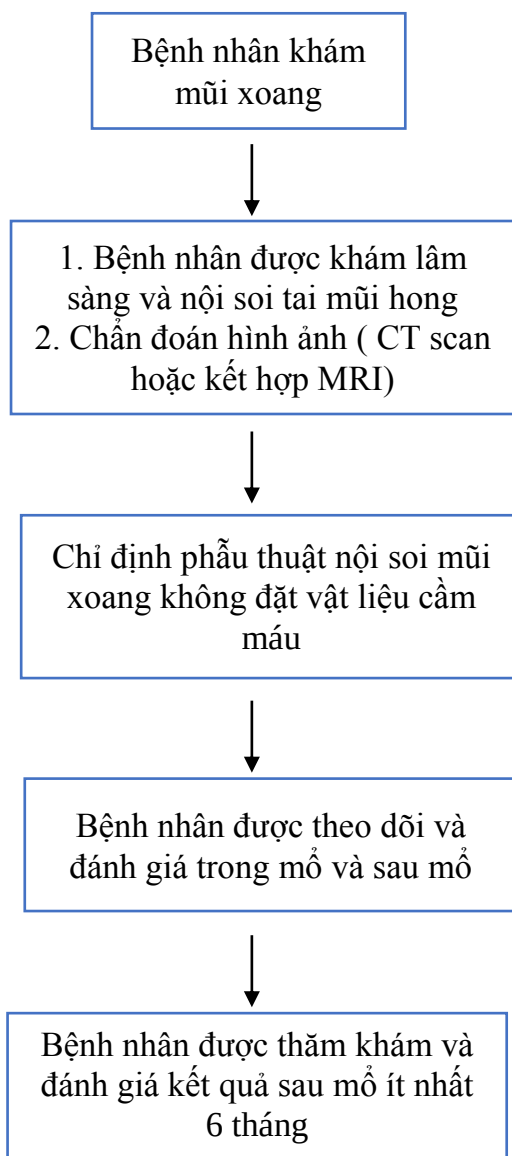
- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả từng trường hợp
- Bệnh nhân tiến hành cùng một phẫu thuật viên theo cùng một quy trình chăm sóc

Phương tiện nghiên cứu

- Dụng cụ khám Tai Mũi Họng thường qui
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi Karl - Storz

- Các dụng cụ phẫu sử dụng trong phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bức mũi: Merocel
- Bộ dụng cụ nội soi chẩn đoán và chăm sóc
- Bộ dụng cụ phẫu thuật và khâu vách ngăn

Các bước tiến hành



Tiêu chí đánh giá

- Về nội soi trước và sau mổ: đánh giá theo thang điểm Lund-Kennedy

Polyp	0-không có polyp ; 1-polyp khe giữa ; 2-polyp lan ra hốc mũi
Niêm mạc	0-bình thường ; 1-nề nhẹ ; 2-thoái hóa
Dịch tiết	0-sạch ; 1-dịch trong loãng ; 2-dịch đặc bản
Sẹo	0-không sẹo ; 1-sẹo hóa ít ; 2-sẹo hóa nhiều
Vảy	0-không có vảy ; 1-vảy ít ; 2-vảy nhiều
Phân loại	Tốt : 0-6 điểm ; trung bình : 7-13 điểm ; kém 14-20 điểm

+ Tốt: hốc mũi sạch, hoặc có ít xuất tiết nhày loãng. Niêm mạc, nhẵn, không dính, không có polyp, sẹo ít và không vảy.

+ Trung bình: hốc mũi ứ đọng dịch nhày, mũi đặc. Niêm mạc viêm nề, đỏ không có

polyp, sẹo nhiều và ít vảy.

+ Xấu: hốc mũi có nhiều mũi nhày, mũi đặc. Niêm mạc thoái hóa, Polyp tái phát, sẹo nhiều và nhiều vảy

- Sử dụng thang điểm VAS (visual Analog Scale) để đánh giá đau

0- Là không đau

1- Đau rất là nhẹ, hầu như không cảm nhận và nghĩ đến nó, thỉnh thoảng thấy đau nhẹ.

2- Đau nhẹ, thỉnh thoảng đau nhói mạnh.

3- Đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.

4- Đau vừa phải, bệnh nhân có thể quên đi cơn đau nếu đang làm việc.

5- Đau nhiều hơn, bệnh nhân không thể quên đau sau nhiều phút, bệnh nhân vẫn có thể làm việc.

6- Đau vừa phải nhiều hơn, ảnh hưởng đến các sinh hoạt hàng ngày, khó tập trung.

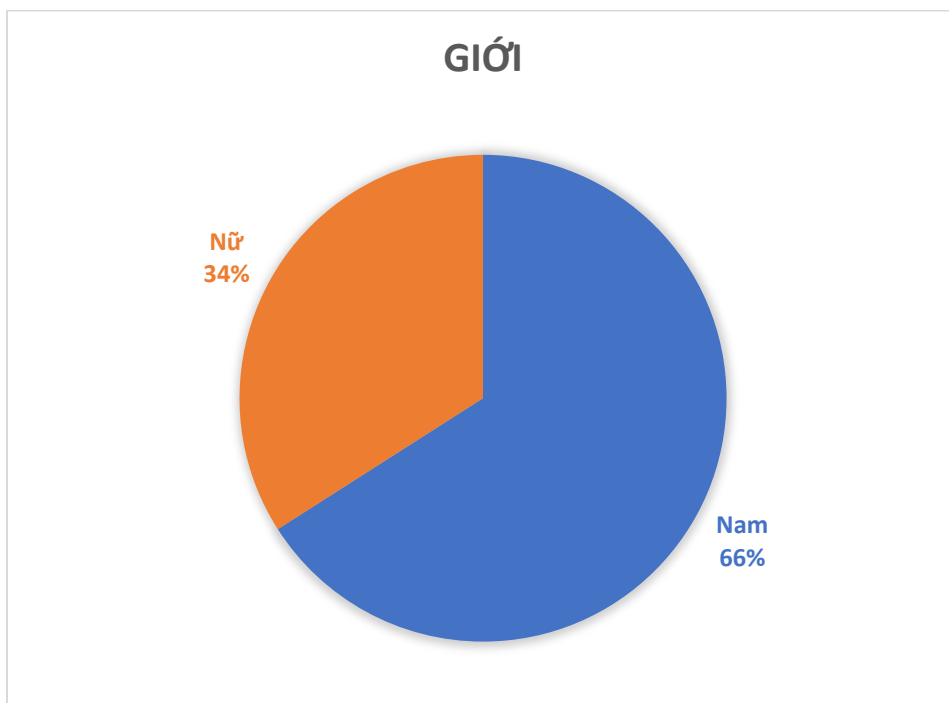
7- Đau nặng, ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Ảnh hưởng đến giấc ngủ.

8- Đau dữ dội, hạn chế nhiều hoạt động, cần phải nỗ lực rất nhiều.

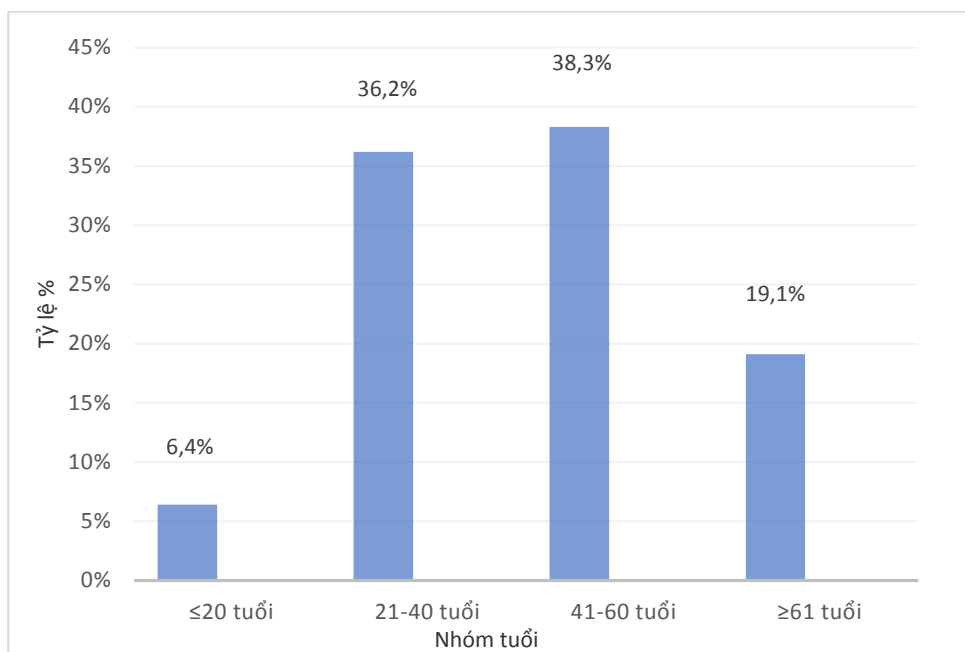
9- Đau kinh khủng, kêu khóc, rên rỉ không kiểm soát được.

10- Đau không thể nói chuyện được, nằm liệt giường và có thể mê sảng

3. KẾT QUẢ



Bảng 1: biểu đồ giới



Biểu đồ 2: nhóm tuổi

Triệu chứng cơ năng	n	%
Ngạt mũi	36	76,6
Đau nhức	36	76,6
Chảy mũi sau	32	68,1
Chảy mũi trước	31	66
Giảm ngửi	18	38,3
Ho	14	29,8
Hắt hơi	10	21,3
Chảy máu mũi	1	2,1
Mất mề	1	2,1

Bảng 1: triệu chứng cơ năng

Phương pháp mổ	n	%
Mở xoang hàm	13	27,7
Mở sàng hàm trán bướm + cắt polyp	8	17,0
Mở xoang hàm + cắt polyp	6	12,8
Mở sàng hàm trán + cắt polyp	4	8,5
Mở sàng hàm + cắt polyp	3	6,4
Mở xoang hàm + chỉnh hình vách ngăn	2	4,3
Cắt u	1	2,1
Cắt u hốc mũi+ cuốn mũi dưới	1	2,1
Mổ lấy dị vật	1	2,1
Mở sàng hàm	1	2,1
Mở sàng hàm trán	1	2,1
Mở sàng hàm trán bướm	1	2,1
Mở sàng hàm trán + chỉnh hình vách ngăn	1	2,1
Mở xoang bướm	1	2,1
Mở xoang hàm cắt u	1	2,1
Mở xoang hàm+chỉnh hình cuốn mũi+cắt polyp	1	2,1
Mở xoang hàm + chỉnh hình vách ngăn + cắt polyp	1	2,1
Tổng	47	100

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Chảy máu trong ổ	n	%
<50 ml	8	17
50-100 ml	23	48,9
100-200 ml	13	27,7
>200 ml	3	6,4
Tổng	47	100

Bảng 3: Chảy máu trong ổ

Phương pháp cầm máu trong ổ	n	%
Không	27	57,4
Laser	8	17,0
Đông hút	5	10,6
Bipolar	2	4,3
Khâu vách ngăn	2	4,3
Đông hút + bipolar	1	2,1
Đông hút+ khâu vách ngăn	1	2,1
Laser + khâu vách ngăn	1	2,1
Tổng	47	100

Bảng 4: Phương pháp cầm máu trong ổ

Triệu chứng cơ năng	n	%
Môi khô	0	0
Hắt hơi	0	0
Nuốt khó	0	0

Triệu chứng cơ năng	n	%
Nuốt khó	1	2,1
Ngủ không ngon giấc	1	2,1
Ngạt mũi	1	2,1
Chảy nước mắt	1	2,1
Ho	1	2,1

Bảng 5: Triệu chứng cơ năng ngày đầu

Thanh điểm thấp nhất	Điểm đau trung bình	Điểm đau cao nhất
1	2,83±0,868	4

Bảng 6 : điểm đau trung bình ngày đầu

Triệu chứng cơ năng	n	%
Ngạt	4	8,5
Môi khô	2	4,3
Ho	2	4,3
Chảy nước mắt	2	4,3
Nuốt khó	1	2,1
Chảy máu khi đi vệ sinh	0	0
Chảy máu khi ngồi	0	0
Chảy máu khi ho	0	0
Chảy máu khi nằm	0	0
sốt	0	0

Bảng 7. triệu chứng cơ năng ngày thứ 2

Thanh điểm thấp nhất	Điểm đau trung bình	Điểm đau cao nhất
1	1,4±0,538	3

Bảng 8. Điểm đau trung bình ngày thứ 2

Triệu chứng cơ năng	Tuần 1		Tuần 2		Tuần 3		Tuần 4		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ngạt mũi	1	2,1	0	0	1	2,1	1	2,1	2	4,3	1	2,1
Chảy mũi trước	1	2,1	1	2,1	1	2,1	2	4,3	2	4,3	1	2,1
Chảy mũi sau	28	59,6	13	27,7	9	19,1	5	10,6	3	6,4	3	6,4
Đau nhức	1	2,1	1	2,1	0	0	1	2,1	2	4,3	1	2,1
Giảm ngủ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chảy máu mũi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hắt hơi	1	2,1	1	2,1	1	2,1	0	0	1	2,1	1	2,1
Ho	1	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bảng 9. triệu chứng cơ năng khám lại

Triệu chứng	Sau 2 tuần		Sau 4 tuần		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tắc lỗ thông xoang hàm	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1	2,1
Vảy ít+polyp	1	2,1	0	0	0	0	0	0

Vẩy nhiều	3	6,4	0	0	0	0	0	0
Dính cuốn giữa	4	8,5	2	4,3	1	2,1	1	2,1
Polyp độ I	4	8,5	3	6,4	2	4,3	1	2,1
Polyp độ II	0	0	1	2,1	1	2,1	0	0
Polyp độ III	0	0	0	0	0	0	1	2,1
Sạch	15	31,9	36	76,6	41	87,2	43	91,5
Vẩy ít	19	40,4	4	8,5	1	2,1	0	0
Tổng	47	100	47	100	47	100	47	100

Bảng 10. Nội soi sau phẫu thuật

Phân loại	1 tuần		2 tuần		3 tuần		4 tuần		3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	39	83	38	80,9	42	89,4	39	83	42	89,4	43	91,5
Trung bình	8	17	9	19,1	5	10,6	8	17	4	8,5	3	6,4
Xấu	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,1	1	2,1
Tổng	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100

Bảng 11. Phân loại

4. BÀN LUẬN

*** Đặc điểm lâm sàng**

Dịch tễ học lâm sàng

Giới

Nghiên cứu của chúng tôi nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 66%, nữ chiếm tỷ lệ ít hơn 34%.

Tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi, lớn nhất là 65 tuổi, trên thực tế có thể mở được tuổi cao hơn.

Triệu chứng cơ năng

Nhìn chung 4 triệu chứng cơ năng hay gặp nhất của phẫu thuật nội soi mũi xoang chung là ngạt mũi, chảy mũi, đau nhức, giảm ngủ.

Phương pháp mổ

Ta có thể mổ nhiều kỹ thuật khác nhau từ mở nhóm xoang trước như mở xoang hàm đơn độc hoặc kết hợp giữa mở xoang hàm với phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn, hay xoang hơi cuốn giữa, hoặc cắt polyp. Hoặc kết hợp với mở ngách trán, sàng trước. Với nhóm xoang sau ta có thể mổ xoang bướm. Hoặc kết hợp cả nhóm xoang trước lẫn xoang sau. Với u hốc mũi ta cũng có thể cắt u máu vách ngăn, cuốn dưới và u nhú mũi xoang.

Riêng với phẫu thuật vách ngăn kết hợp tôi sử dụng kỹ thuật “ khâu vách ngăn đường hầm nhỏ” trong 4 ca phẫu thuật. Đây là kỹ thuật đơn giản và hiệu quả cao, có thể áp dụng thực tiễn.

Chảy máu trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi chảy máu trong mổ gặp nhiều nhất với 23/47 BN chảy máu từ 50-100ml, tiếp đến là 13/47 BN chảy máu từ 100-200ml, tiếp đến 8/47 BN chảy máu dưới 50 ml và 3/47 BN chảy máu trên 200ml tuy nhiên không bệnh nhân nào phải truyền máu và trong nghiên cứu của chúng tôi mở rộng phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu kết hợp nhiều phẫu thuật và cùng 2 bên tiến hành, kèm theo là cả bệnh lý khối u.

Tóm lại chảy máu trong mổ tuy có khác nhau tuy nhiên lượng chảy máu không có bệnh nhân nào phải truyền máu và đều nằm trong giới hạn cho phép

Chảy máu và đau sau mổ ngày 1 và 2

Chỉ có 1/47 bệnh nhân chảy máu vừa, nhưng tự cầm và không cần đặt meche. Còn lại 46/47 chảy máu rỉ rả kèm dịch tiết và máu đông chủ yếu khi ngồi, khi đi vệ sinh, khi ho. Và không có bệnh nhân nào phải đặt bắc trong ngày đầu tiên. Điều đó cho thấy việc theo dõi bệnh nhân về chảy máu quan trọng nhất là ngày đầu tiên tại bệnh viện. Đây là triệu chứng chính để quyết định đặt bắc hay không đặt bắc. Bệnh nhân đau ít là chủ yếu trung bình sau 2 ngày ($1,4 \pm 0,538$ điểm)

Triệu chứng lâm sàng khám lại tuần sau 6 tháng

Triệu chứng cơ năng đã cải thiện từ tuần thứ 2 đặc biệt là tình trạng chảy mũi sau, do đó bệnh nhân cần tuân thủ rửa mũi bằng nước muối ngày 2-3 lần. Tôi quan sát thấy bệnh nhân sử dụng cụ cầm máu (đông hút, bipolar, laser) cải thiện triệu chứng cơ năng lâu hơn so với không sử dụng ($P < 0,05$).

Triệu chứng nội soi hốc mũi sau 6 tháng theo dõi

Tình trạng vảy vẫn còn sau 2 đến 4 tuần ở phần những bệnh nhân dùng laser, bipolar hay laser. Do đó nên hạn chế đột khi không cần thiết. Và tình trạng dính cuốn, hẹp lỗ thông xoang hàm, polyp tái phát từ tháng thứ 3. Điều đó cho thấy bệnh mũi xoang cần phải theo dõi lâu dài và không phụ thuộc phẫu thuật có đặt vật liệu cầm máu hay không. Hạn chế của chúng tôi hiện chưa làm mô bệnh học để theo dõi đánh giá liền mô sau mổ.

**** Phân loại***

Kết quả tốt sau 1 tháng là 83%, sau 3 tháng là 89,4 %, sau 6 tháng là 91,5%. Điều đó cho thấy với bệnh lý mũi xoang cần điều trị lâu dài và bệnh nhân thăm khám định kì. Với kết quả trung bình, ta tiếp tục theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân tự kỉ, dẫn đến không tuân thủ điều trị.

4. KẾT LUẬN

Qua 47 bệnh nhân phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu

4.1. Điều trị phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt nguyên liệu cầm máu

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang không đặt vật liệu cầm máu là phẫu thuật được thực hiện an toàn với nhiều loại phẫu thuật khác nhau, nhiều phẫu thuật trong cùng một phẫu thuật, có thể 1 hoặc 2 bên.

- Bệnh nhân cần được giải thích và tuân thủ thực hiện theo đúng quy trình.

- Có sự phối hợp giữa 2 khoa gây mê hồi sức và khoa tai mũi họng thực hiện đúng quy trình trong và sau mổ.

- Theo dõi sau mổ ngày đầu là quan trọng để phát hiện nguy cơ chảy máu và xử lý kịp thời.

4.2. Không cần thiết phải đặt vật liệu cầm máu sau mổ

- Trong tất cả bệnh nhân của tôi không cần đặt vật liệu cầm máu ngay từ đầu với tất cả bệnh nhân phẫu thuật, nếu có các yếu tố nguy cơ chảy máu sau mổ ta có thể sử dụng đông hút, bipolar, laser...

- Bệnh nhân không chảy máu, tình trạng đau ít, ho hay hắt hơi ít gặp.

- Không ảnh hưởng giấc ngủ nhiều cũng như ăn nhai, nuốt, chảy nước mắt, môi khô.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phong, N.K., H.K. Cường, and N.H. Khô, *Phương pháp may cố định và không nhét bác trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn* Y học TP Hồ Chí Minh, 2003. 7(1): p. 75-78.

2. Quang, V.T., *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang*. Trường Đại học Y Hà Nội, 2004.

3. Hữu, P.K., *Lâm sàng phẫu thuật nội soi mũi xoang*. Nhà xuất bản Y học, 2010.

4. Long, N.P. and Đ.L. Hương, *Kết Quả Bước Đầu Cải Tiến Một Số Kỹ Thuật Cầm Máu Trong Phẫu Thuật Nội Soi Mũi Xoang* Tạp chí được học dân sự 2018. **9**.

5. Hưng, L.Q. and P.K. Hữu, *So sánh kết quả sau mổ nội soi mũi xoang trên bệnh nhân có và không nhét bắc mũi*. Y Học TP. Hồ Chí Minh 2008. **12**(1): p. 1-5.

6. Thi, Đ. Đ, *Nghiên cứu hình thái giải phẫu khối bên xương sàng của người Việt ứng dụng trong phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang mạn tính*. Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.

7. Schoenberg, M.V., P. Robinson, and R. Ryan, *Nasal packing after routine nasal surgery - is it justified?* Journal of Laryngology & Otolology, 1993. **107**(10): p. 902-905.

8. R, R., Orlandi, and D.C. Lanza, *Is Nasal Packing Necessary Following Endoscopic Sinus Surgery?* The Laryngoscope 2004. **114**(4).

9. Yildirim, A., et al., *Nasal septal suture technique versus nasal packing after septoplasty*. Am J Rhinol, 2005. **19**(6): p. 599-602.

10. Eliashar, R., et al., *Packing in endoscopic sinus surgery: is it really required?* Otolaryngol Head Neck Surg, 2006. **134**(2): p. 276-9.

11. Mo, J.H., et al., *No packing versus packing after endoscopic sinus surgery: pursuit of patients' comfort after surgery*. Am J Rhinol, 2008. **22**(5): p. 525-8.

12. Bajaj, Y., et al., *Is nasal packing really required after septoplasty?* Int J Clin Pract, 2009. **63**(5): p. 757-9.

13. Dubin, M.R. and S.D. Pletcher, *Postoperative packing after septoplasty: is it necessary?* Otolaryngol Clin North Am, 2009. **42**(2): p. 279-85, viii-ix

14. Friedman, M. and T. Pulver, *Efficacy and Safety of FESS without Nasal Packing for CRS*. Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2010.

15. Walikar, B.N., et al., *A comparative study of septoplasty with or without nasal packing*. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2011. **63**(3): p. 247-8.

16. Wee, J.H., C.H. Lee, and C.S. Rhee, *Comparison between Gelfoam packing and no packing after endoscopic sinus surgery in the same*

17. Verim, A., et al., *Role of nasal packing in surgical outcome for chronic rhinosinusitis with polyposis*. Laryngoscope, 2014. **124**(7).

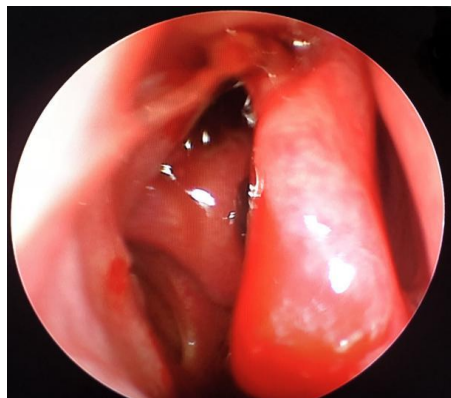
PHỤ LỤC



Sau mổ ngày đầu



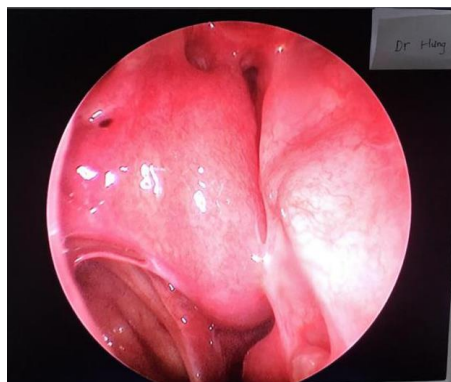
Sau mổ ngày đầu



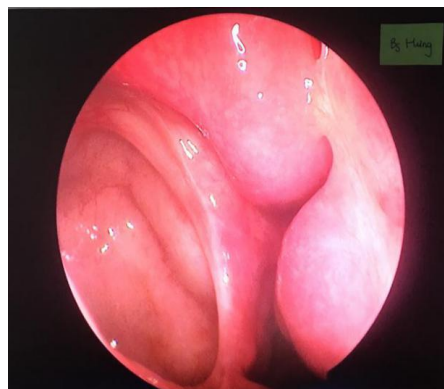
Sau mổ 1 tuần



Sau mổ 1 tháng



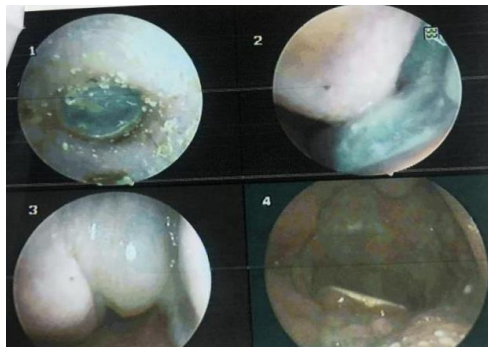
Sau mổ 3 tháng



Sau mổ 6 tháng

Bệnh nhân Nguyễn Văn H. MBA:19040228

Polyp killian



Hình ảnh nội soi trước mổ



Hình ảnh CT scan mũi xoang



Bệnh nhân sau khi rút ống nội khí quản



Bệnh nhân được rút bác mũi



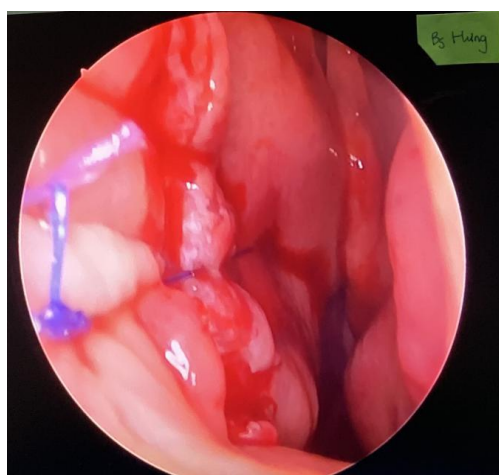
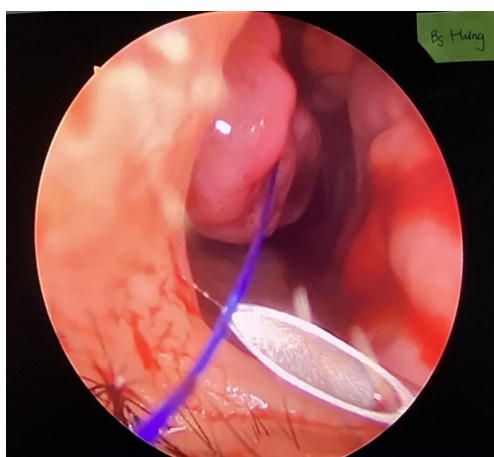
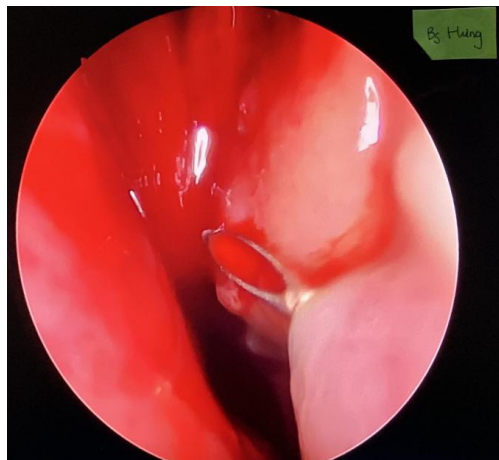
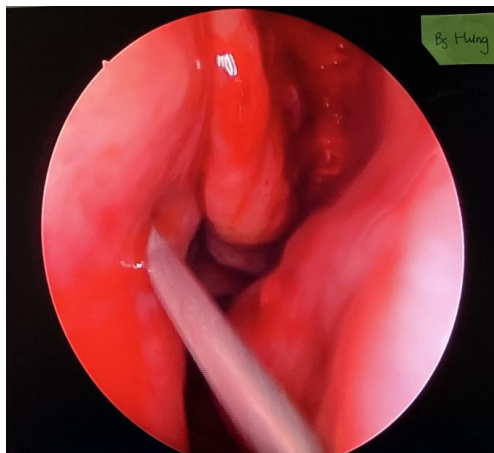
*Bệnh nhân sau khi tỉnh được hướng dẫn
đùn dịch sang 1 bên*



Hố mổ ngày đầu tiên

Bệnh nhân Lê Ngọc H. MBA:18013

Viêm mũi xoang polyp mũi 2 bên



Kỹ thuật tạo đường hầm và khâu vách ngăn sụn hoặc xương

MINI FESS ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG MÃN TÍNH TRẺ EM

BS. Trần Thu Bé, BS. Đào Duy Mạnh

BS. Nguyễn Văn Hậu, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi - xoang mãn tính là một hội chứng đặc trưng bởi tình trạng viêm dai dẳng của niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, kéo dài trên 12 tuần. Ở trẻ em, điều này dẫn đến các triệu chứng nghẹt mũi, chảy mũi, đau nhức mặt, và ho. Nó cũng có thể gây ra các biến chứng về viêm tai giữa, polip mũi, viêm phế quản...

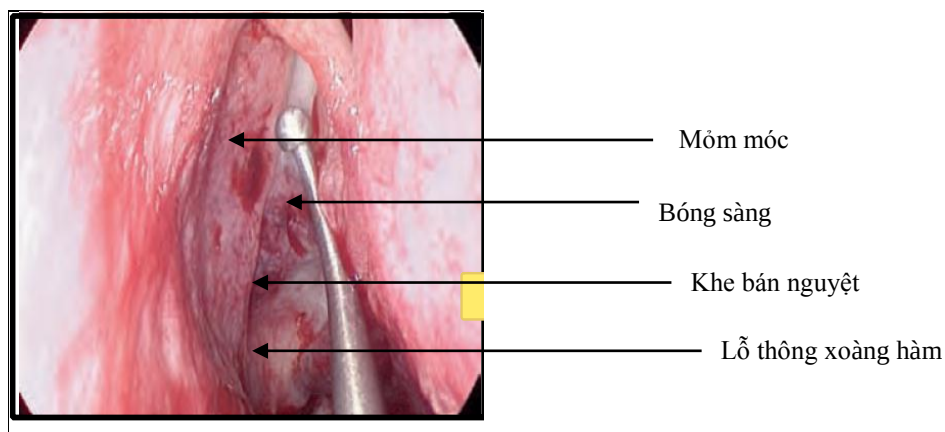
MINI FESS là một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu được sử dụng để điều trị viêm mũi xoang khu trú. Hiện nay, viêm xoang mãn tính trẻ em được điều trị nội khoa không có kết quả sau 4 - 6 tuần có chỉ định MINI FESS. Điểm mấu chốt cần phải hiểu rõ đặc điểm giải phẫu và bệnh lý mũi xoang trẻ em.

MINI FESS rất ưu điểm đối với trẻ em viêm xoang trước khu trú. Đặc biệt là những tổn thương giải phẫu và biến chứng gây ra rất tối thiểu vì vậy phẫu thuật được họ gọi tên là phẫu thuật chức năng xoang hạn chế. Mặc dù vậy, kỹ thuật cũng gặp phải những hạn chế trong điều trị và sẵn sóc sau mổ nhằm hồi phục chức năng dẫn lưu thông khí của các xoang. Để khắc phục những nhược điểm trong khâu sẵn sóc và điều trị sau mổ có được kết quả cao và thuận tiện cho việc áp dụng việc sẵn sóc này đối với trẻ nhỏ, chúng tôi chọn lựa kỹ thuật FESS hạn chế có đặt dẫn lưu xoang hàm nhằm mục đích rửa xoang và làm thuốc sau phẫu thuật để mau chóng phục hồi sự hoạt động bình thường của xoang.

2. NỘI DUNG

2.1. Sơ lược giải phẫu ngách mũi giữa

- 3 cấu trúc giải phẫu nằm trong ngách giữa đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật NSCNMX : mòm móc, bóng sàng, khe bán nguyệt



- Mòm móc: là một mòm của xương sàng, dính với xương sàng bằng mảnh nền, gồm 2 phần đứng và ngang. Mòm móc che khuất lỗ thông xoang hàm ở phía sau, đây là mòm giải phẫu quan trọng để tìm xoang hàm trong phẫu thuật

- Khe bán nguyệt: khe 2 chiều ở giữa bờ tự do của mòm móc và thành trước bóng sàng.

2.2. Thông khí và dẫn lưu xoang

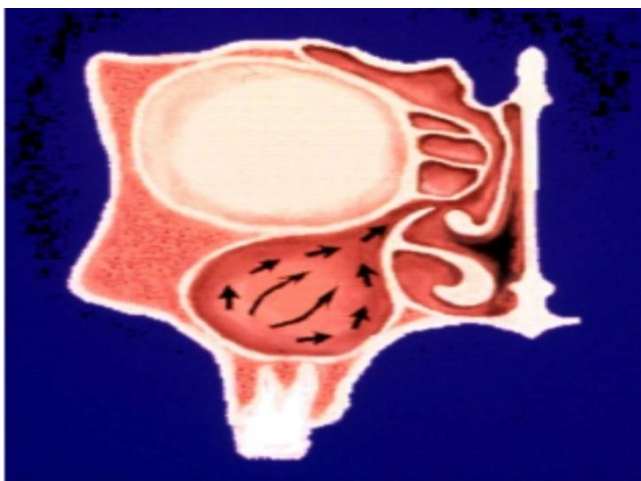
Các tiêu chuẩn hoạt động xoang bình thường:

- + Lỗ thông xoang thông thoáng (thông khí)
- + Đường vận chuyển niêm dịch không ứ trệ.
- + Vận chuyển niêm dịch bình thường.

Vận chuyển niêm dịch:

a. Trong xoang hàm - sàng: sự vận chuyển niêm dịch bắt đầu từ đáy xoang rồi lan ra xung quanh, lên các thành của xoang theo kiểu hình sao, dịch vận chuyển dọc theo các thành của xoang để đi lên trên trần xoang, từ đây dịch tập trung về lỗ thông xoang. Khi niêm dịch đã vượt qua lỗ thông xoang, nó vẫn chưa đến được khe giữa, dịch này còn đi qua một hệ thống phức hợp lỗ ngách.

b. Vùng phức hợp lỗ ngách: niêm dịch xoang sẽ vận chuyển dọc theo phễu sàng để đi qua khe bán nguyệt, vượt qua mặt trong cuốn giữa ở phần sau để đổ về họng mũi.



Hình 1. Vận chuyển niêm dịch trong xoang hàm

2.3. Lỗ thông xoang và cơ chế viêm xoang sàng - hàm

a. Lỗ thông xoang và phức hợp lỗ ngách : Trong bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên, Niêm mạc mũi bị sưng lên làm tắc nghẽn lỗ thông của xoang cạnh mũi. Chính sự tắc nghẽn này làm dịch không dịch chuyển từ lòng xoang theo sinh lý đi vào phức hợp lỗ ngách mà ứ đọng trong lòng xoang. Cùng với sự lưu giữ chất nhầy và nhiễm trùng sau đó tạo ra các dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng của viêm xoang.

b. Vận chuyển niêm dịch trong xoang hàm và cơ chế trong xoang hàm

3. MỤC TIÊU PHẪU THUẬT

- Tái lập dẫn lưu xoang.
- Cắt đứt vòng xoắn bệnh lý
- Khôi phục hoạt động niêm dịch lông chuyển.
- Chỉ áp dụng kỹ thuật khi điều trị nội khoa thất bại.
- Không làm tổn thương mầm răng.

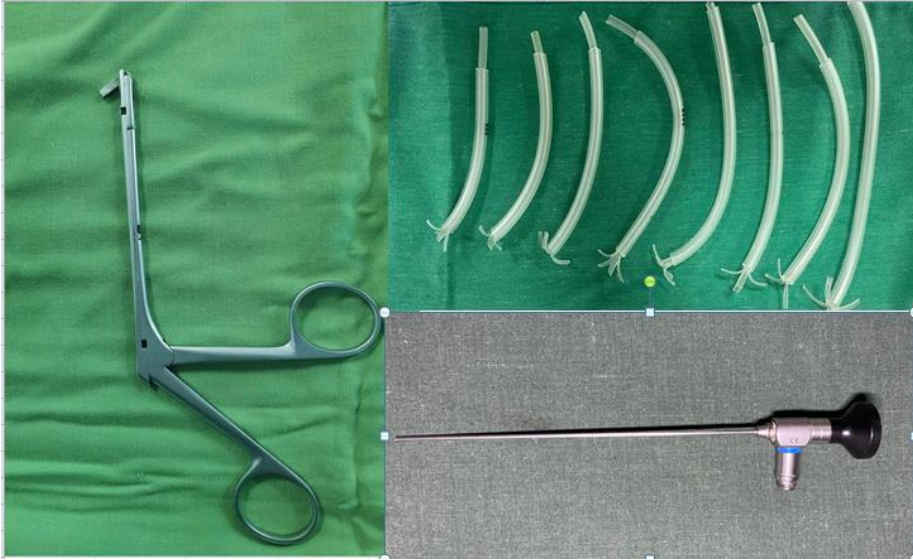
4. PHƯƠNG TIỆN VÀ PHƯƠNG PHÁP

4.1. Phương tiện

Bộ dụng cụ mổ xoang trẻ em gồm:

- Kim cắt ngược

- Ống nội soi 2,7 mm
- Ranh dẫn lưu xoang
- Đầu cắt Hummer



Hình 2. Dụng cụ phẫu thuật

4.2. Phương pháp

a. Gây mê mask thanh quản



Hình 3. Gây mê mask thanh quản

- Ưu điểm:
- + Thời gian gây mê ngắn.
- + Ít thuốc
- + Không gây co thắt thanh quản
- + Thoát mê nhanh

b. Các thì phẫu thuật

- Thì 1: Cắt mỏm móc phần thấp
- Thì 2: Làm nhẵn bờ lỗ thông xoang hàm
- Thì 3: Đặt ống dẫn lưu qua lỗ thông xoang

c. Chăm sóc sau mổ:

- Bơm rửa xoang:
- + Bằng nước muối sinh lý với viêm xoang thông thường
- + Bằng Betadin pha loãng nếu viêm xoang do nấm
- + Bằng kháng sinh pha hydrocortisol với viêm xoang nhiễm trùng

5. KẾT LUẬN

- MINI FESS rất hiệu quả đối với viêm xoang trẻ em mà điều trị nội khoa thất bại do các nguyên nhân khác nhau (viêm xoang thông thường, viêm xoang do nấm, viêm xoang do răng)

- Không gây tổn thương màng răng.
- Không gây biến chứng nguy hiểm.
- Thích hợp với viêm xoang trước của trẻ em (thường gặp)
- Chăm sóc sau mổ đơn giản và không gây khó chịu cho trẻ.
- Đạt hiệu quả cao: Hình ảnh xoang sáng trở lại sau 3 - 4 tuần.

Công trình được thực hiện tại Khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong (2001), *Phẫu thuật nội soi chức năng xoang*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Eladl, H. M., & Elmorsy, S. M. (2011). Endoscopic surgery in pediatric recurrent antrochoanal polyp, rule of wide ostium. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 75(11), 1372-1375.
3. Manning, S. C., Biavati, M. J., & Brown, O. E. (1995). Endoscopic sinus surgery in the pediatric age group. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 112(5), P117-P117.
4. Verma, H., Manchanda, S., Kumar, S., Saini, V., Bhoi, D., Tangirala, N., ... & Gupta, A. (2021). Endoscopic Anatomy and Surgery. In *Essentials of Rhinology* (pp. 1-30). Springer, Singapore.
5. Thaler, E. R. (2002). Postoperative care after endoscopic sinus surgery. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 128(10), 1204-1206.
6. Pransky, S. M., & Low, W. S. (1996). Pediatric ethmoidectomy. *Otolaryngo-logic Clinics of North America*, 29(1), 131-142.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LIỆT CƠ MỎ THANH QUẢN

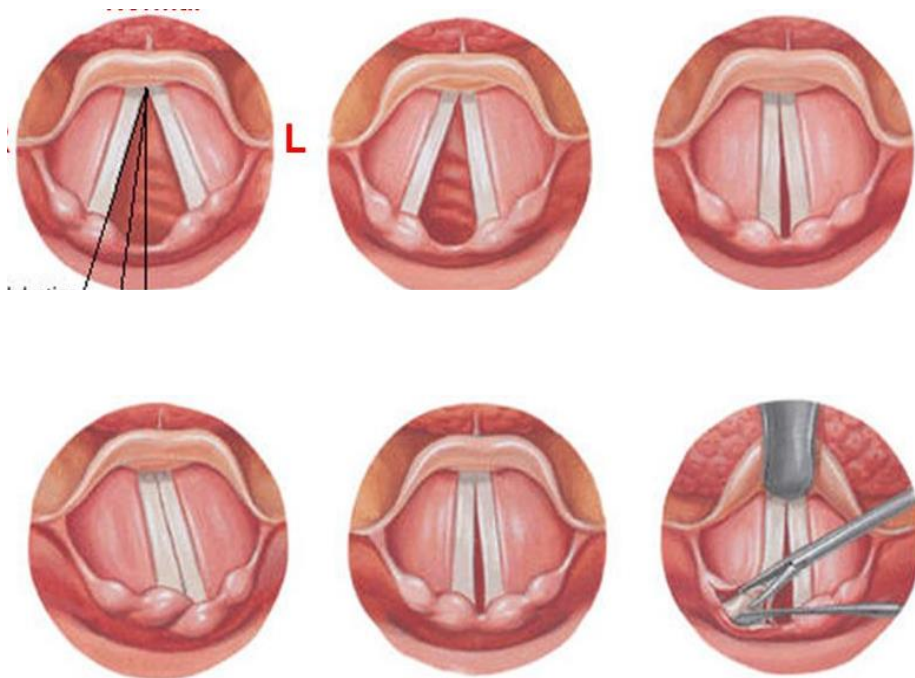
PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong, BSKL. Vũ Phương Hà,

BS. Đào Hải Long, BS. Nguyễn Thu Hiền

và Khoa Tai - Mũi - Họng, BV Quốc tế Thái Nguyên

1. Đặt vấn đề

Liệt cơ mở thanh quản là tình trạng tổn thương cơ mở thanh quản 2 bên mà nguyên nhân thường xảy ra sau chấn thương thanh quản hoặc phẫu thuật tuyến giáp hậu quả thường gây nên khó thở thanh quản.



Hình 1. Liệt cơ mở thanh quản

Trong rất nhiều trường hợp phải mở khí quản cấp cứu. Có nhiều phương pháp điều trị liệt cơ mở thanh quản, tuy nhiên hiệu quả không ổn định lại phức tạp đặc biệt là làm ảnh hưởng tới chức năng phát âm của bệnh nhân thậm chí tình trạng hẹp thanh môn có thể trở lại do tiêu chỉ khâu.

Trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi sử dụng kỹ thuật cắt 1/3 sau bờ tự do dây thanh nhằm khôi phục lại đường thở cho người bệnh và đồng thời giữ được chức năng phát âm cho bệnh nhân.

2. Tổng quan

2.1. Giải phẫu, chức năng thanh quản

2.1.1. Giải phẫu thanh quản

Thanh quản là cơ quan phát âm và thở, nối hầu với khí quản

Thanh quản được cấu tạo bởi các tổ chức sụn, sụn và cơ.

Các cơ thanh quản

Nhóm cơ khép (làm hẹp thanh môn). Nhóm cơ làm rộng thanh môn. Nhóm cơ làm căng và chùng dây thanh âm.

Thần kinh

Do hai dây thần kinh thanh quản trên và dưới, tách từ dây thần kinh X vận động cho hầu hết các cơ của thanh quản.

2.1.2. Chức năng sinh lý thanh quản

2.1.2.1. Thở

Khi thở hai dây thanh âm được kéo xa khỏi đường giữa làm thanh môn được mở rộng để không khí đi qua. Động tác trên được thực hiện bởi cơ mở (cơ nhăn phễu). Hai dây thanh mở ra và khép lại theo nhịp thở được điều chỉnh bởi hành tủy.

2.1.2.2. Phát âm

Lời nói phát ra do luồng không khí thở ra từ phổi tác động lên các nếp thanh âm. Sự căng và vị trí của nếp thanh âm ảnh hưởng đến tần số âm thanh.

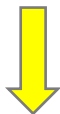
2.2. Nguyên nhân liệt cơ mở thanh quản

Có nhiều nguyên nhân gây liệt cơ mở thanh quản được phân chia làm 2 nhóm: trung ương và ngoại biên. Hay gặp nhất là ngoại biên do phẫu thuật tuyến giáp, phẫu thuật thực quản hay khối u vùng cổ.

2.3. Phẫu thuật cắt bán phần dây thanh điều trị liệt cơ mở thanh quản

2.3.1. Nguyên tắc, mục tiêu phẫu thuật

MỤC TIÊU PHẪU THUẬT



Phục hồi chức năng thở



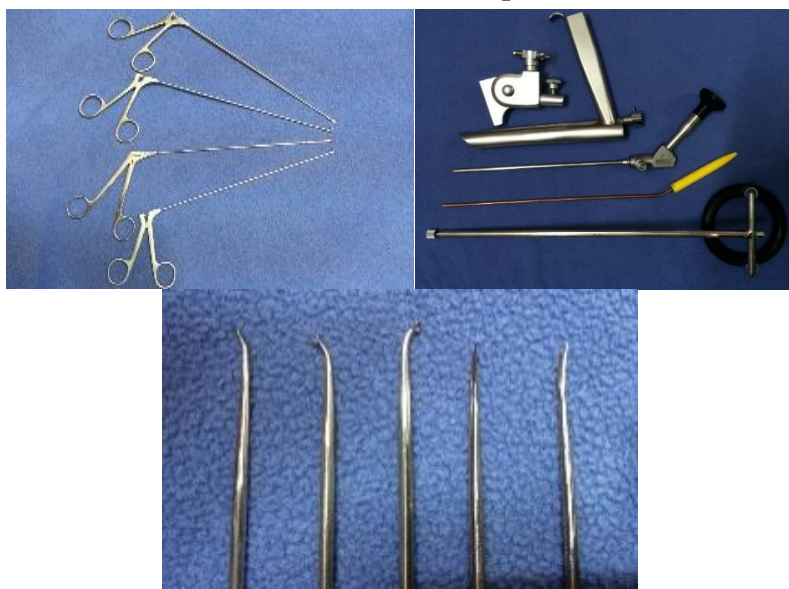
**Bảo toàn chức năng
phát âm**

2.3.2. Các bước tiến hành cắt bán phần dây thanh

- Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật



Hình 2. Bộ mở khí quản



Hình 3. Bộ dụng cụ soi treo vi phẫu thanh quản + hình ảnh dụng cụ cắt

Phẫu thuật thực hiện 2 thì

- Mở khí quản (Thì 1): Mở khí quản trung bình gây mê bằng Mask thanh quản hoặc Mở khí quản/ ống nội khí quản. Rút nội khí quản và gây mê qua canuyn mở khí quản giải phóng vùng tiền đình thanh quản cho phẫu thuật.

- Nội soi soi treo cắt bờ tự do 1/3 sau dây thanh bằng dòng cao tần (Thì 2): đặt nội soi treo với optic 15 độ phẫu thuật qua màn hình nội soi phóng đại. Tiến hành cắt 1/3 sau dây thanh âm 2 bên từ bờ tự do đến tận mấu thanh tạo một hình khuyết tròn tạo đường lưu thông không khí. Thực hiện 2 bước: cắt dây thanh và là bề mặt niêm mạc. Sử dụng đông điện ở 2 chế độ: **Chế độ đông (Coagulation) và (SPRAY) đốt bề mặt.**

2.4. Kết quả phẫu thuật

Sau 1 tuần bệnh nhân hết phù nề dây thanh, hướng dẫn bệnh nhân tập thở qua khe thanh môn.

Rút canuyn mở khí quản khi bệnh nhân đã thở tốt. Khâu đóng lỗ mở khí quản.

Hướng dẫn bệnh nhân luyện giọng.

3. Kết luận

3.1. Phẫu thuật nội soi cắt mép sau của khe thanh môn phục hồi chức năng thở và bảo toàn chức năng phát âm

3.2. Phẫu thuật đạt hiệu quả chắc chắn hơn.

3.3. Phẫu thuật đạt độ an toàn cao không gây tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Văn Minh, Hoàng Văn Cúc (1999), *Giải phẫu người*. NXB Y học Hà Nội.

2. Ngô Quang Quyền (1997), *Giải phẫu thanh học*. Giải phẫu người. NXB Y học.

3. Nguyễn Hoàng Huy (2004), *Nghiên cứu lâm sàng và biến đổi thanh điệu ở bệnh nhân ung thư thanh quản*, Luận văn tốt nghiệp BSNT bệnh viện. Đại Học Y Hà Nội.

4. Phạm Văn Hữu, Lê Công Định (2013), *Kết quả phẫu thuật cắt dây thanh điều trị ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học lâm sàng số 69 - tháng 1/2013.

5. Carl E.Silver MD (1981), "Surgical anatomy of the larynx". In "Surgery for cancer of the larynx" vol2.p13-23.

6. Gandhi, S. (2011). "Management of bilateral abductor palsy: Posterior cordectomy with partial arytenoidectomy, endoscopic approach using CO2 laser." *Journal of Laryngology and Voice* 1(2): 66.

7. Maurizi, M., et al. (1999). "CO2 laser subtotal arytenoidectomy and posterior true and false cordotomy in the treatment of post-thyroidectomy bilateral laryngeal fixation in adduction." *European archives of oto-rhino-laryngology* 256(6): 291-295.

8. Jackowska, J., et al. (2018). "Outcomes of CO2 laser-assisted posterior cordectomy in bilateral vocal cord paralysis in 132 cases." *Lasers in medical science* 33(5): 1115-1121.

9. Landa, M., et al. (2012). "Posterior cordectomy. Our experience." *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)* 63(1): 26-30.

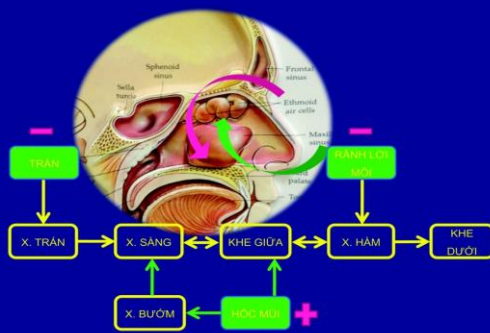
10. Oswal, V. and S. Gandhi (2009). "Endoscopic laser management of bilateral abductor palsy." *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* 61(1): 47-51.

XỬ LÝ TAI BIẾN PHẪU THUẬT NỘI SOI

PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

XỬ LÝ TÀI BIẾN PHẪU THUẬT NỘI SOI

PSG.TS NGUYỄN TẤN PHONG
(KHOA TMH BVQT THÁI NGUYÊN)



TAI BIẾN CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI XOANG

1. Tai biến nặng.

- Rò dịch não - tủy.
- Chảy máu não, viêm màng não.
- Mù mắt

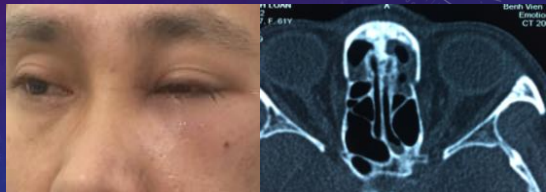
2. Tai biến nhẹ và trung bình:

- Song thị .
- Vỡ xương giấy.
- Phòi mủ ổ mắt.
- Xơ dính hốc mũi.
- Mất ngủ
- Viêm xoang tái phát
- Polyp mũi xoang tái phát.



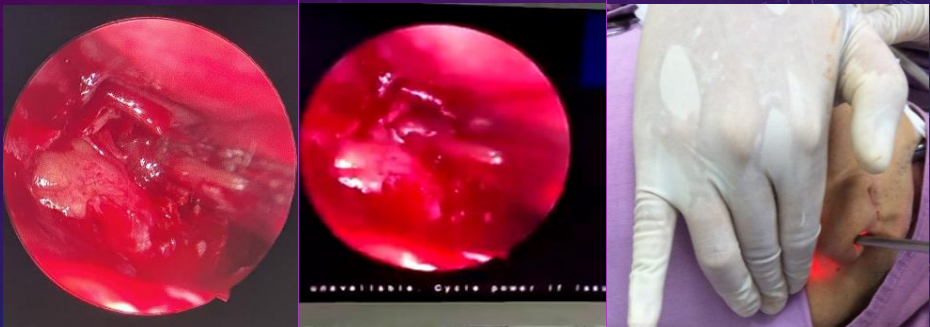
TAI BIẾN NHẸ VÀ TRUNG BÌNH

1. Song thị .
2. Vỡ xương giấy.
3. Phôi mỡ ổ mắt.
4. Xơ dính hốc mũi.
5. Mất ngủ
6. Viêm xoang tái phát
7. Polyp mũi xoang tái phát



(VU MINH T. 36T BV TMH)

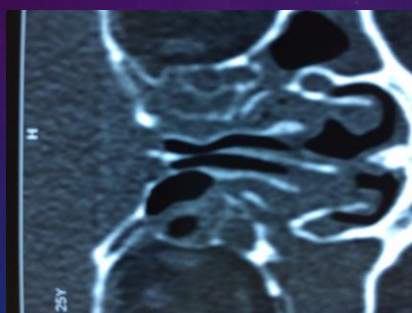
PHÔI MỠ Ổ MẮT



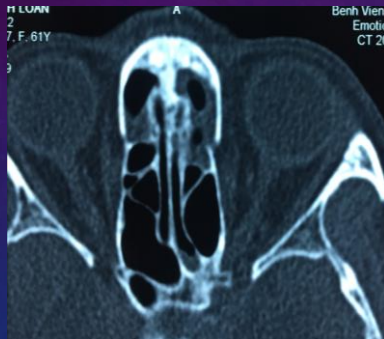
BIẾN CHỨNG Ổ MẮT DO XOANG



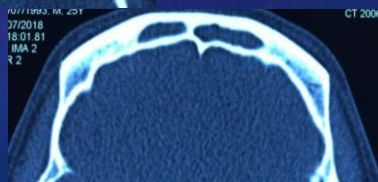
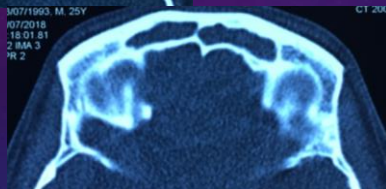
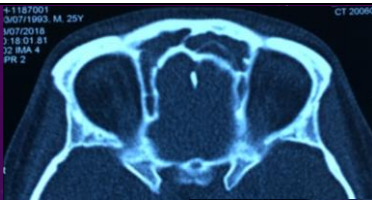
VỠ XƯƠNG GIẤY



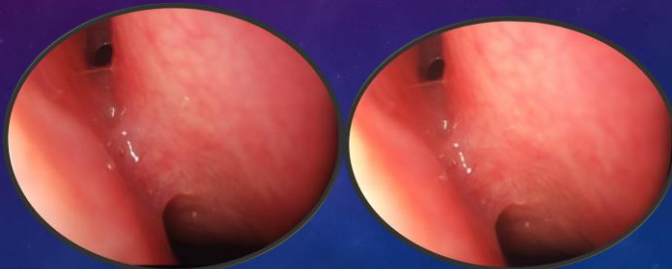
VỠ THÀNH NGOÀI XOANG SÀNG



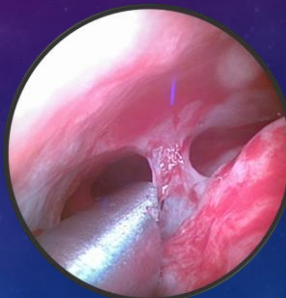
VIÊM XOANG TRÁN SAU CHÂN THƯƠNG.



XƠ DÍNH HÓC MŨI



XƠ DÍNH KHE GIỮA VÀ VIÊM XOANG TRÁN



NGUYÊN LÝ PHẪU THUẬT

1/ Tính âm dương trong kỹ thuật.

2/ Gom nhiếp 6 căn (Tính thống nhất 6 giác quan.)

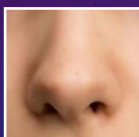
THU NHIẾP 6 CĂN



NHÂN
THỨC



NHĩ
THỨC



TỶ
THỨC

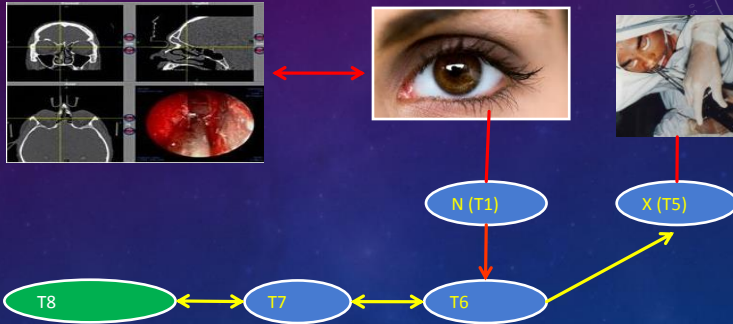


VỊ
THỨC

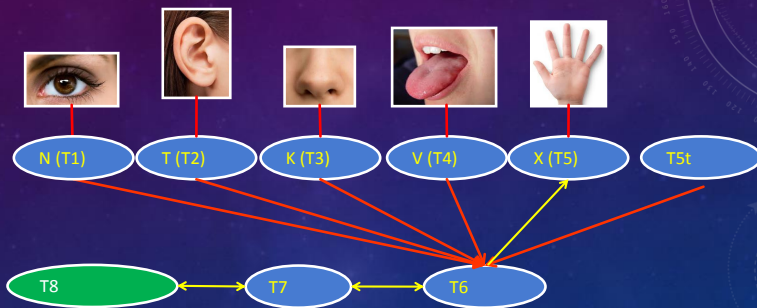


XÚC
THỨC

PHỐI HỢP TÁM THỨC



THỨC TRONG PHẪU THUẬT



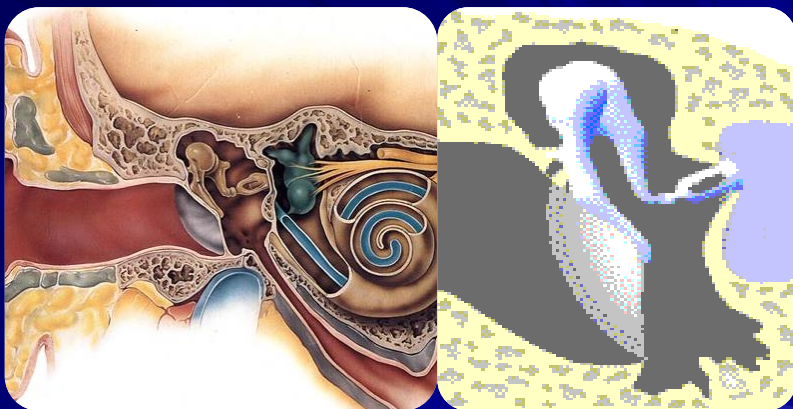
VAI TRÒ TRỤ GỒM SINH HỌC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI TAI

BS. Phan Anh Linh, BS. Đặng Quang Thọ

VAI TRÒ TRỤ GỒM SINH HỌC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI TAI

BS Phan Anh Linh

BS Đặng Quang Thọ



Tổn thương xương con

❖ Thường gặp trong các bệnh tai giữa:

- Viêm tai giữa mãn tính
- Xơ nhĩ, xẹp nhĩ, xốp xơ tai, cholesteatoma (mắc phải hoặc bẩm sinh)
- Dị dạng bẩm sinh
- Chấn thương

❖ Cần chẩn đoán sớm và chính xác



XƯƠNG BÚA

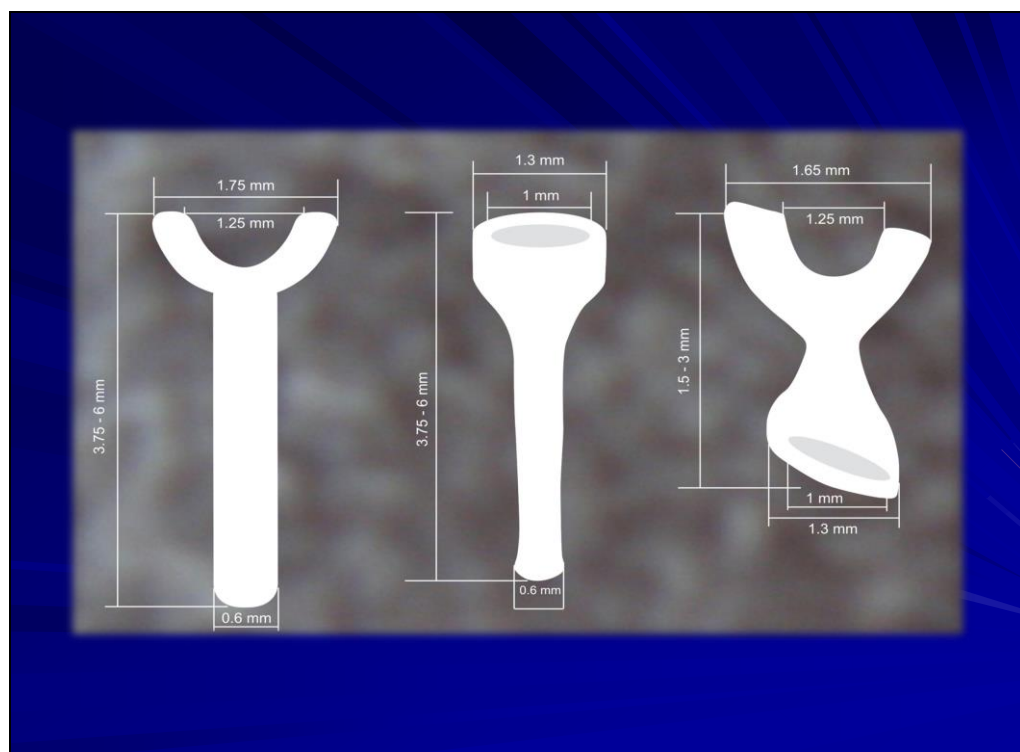


XƯƠNG ĐE



XƯƠNG BÀN ĐẠP

CÁC DẠNG TỔN THƯƠNG XƯƠNG CON

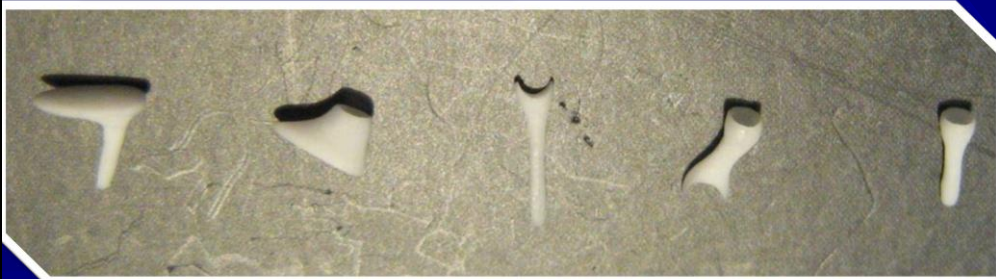
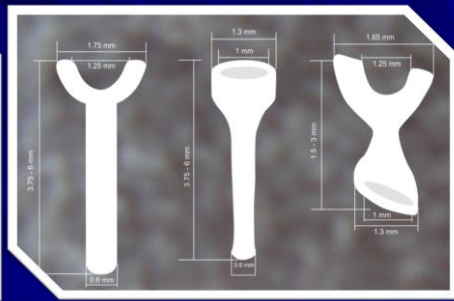
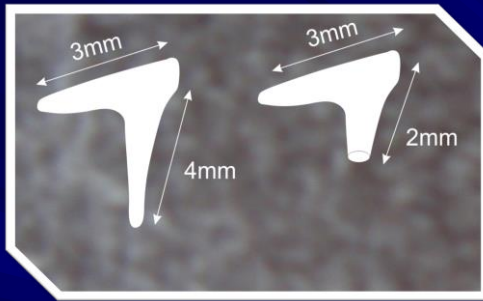




GỐM SINH HỌC

3 MẪU XƯƠNG CƠ BẢN

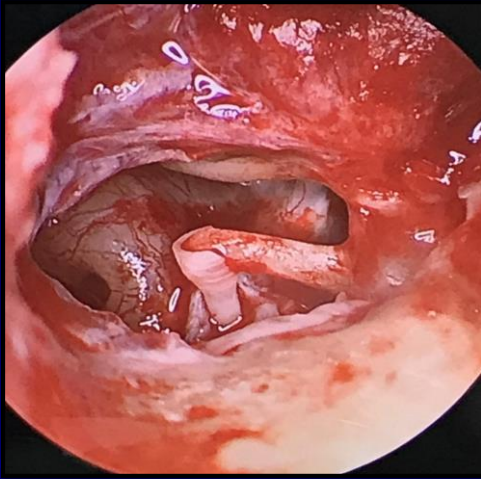




GỖM THAY THÊ 2 HOẶC 3 XƯƠNG

KHUỖY ĐE ĐẠP

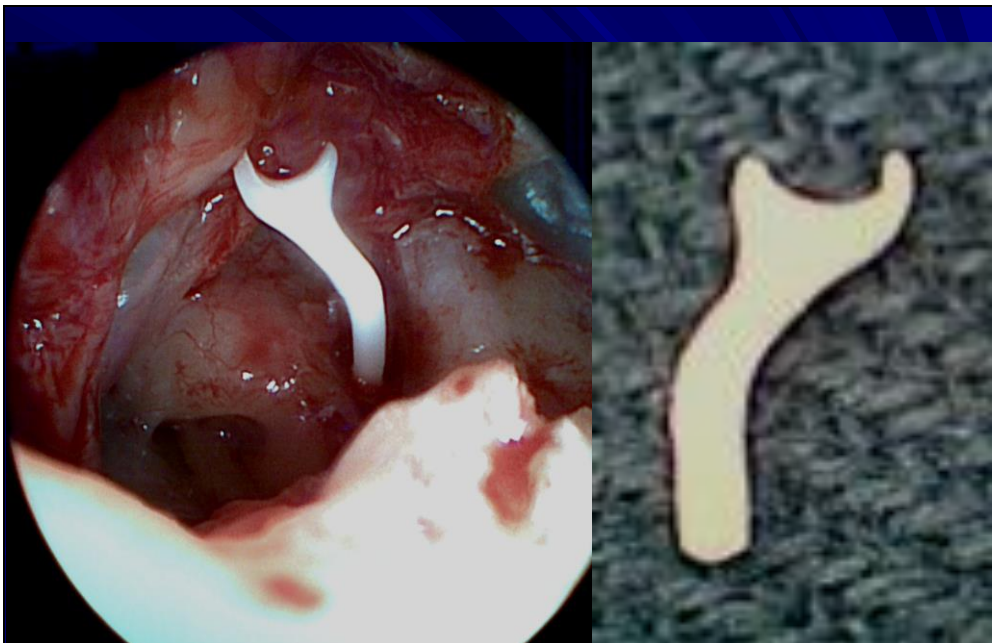




BÀN ĐẠP KHUYẾT TRONG HÒM TAI



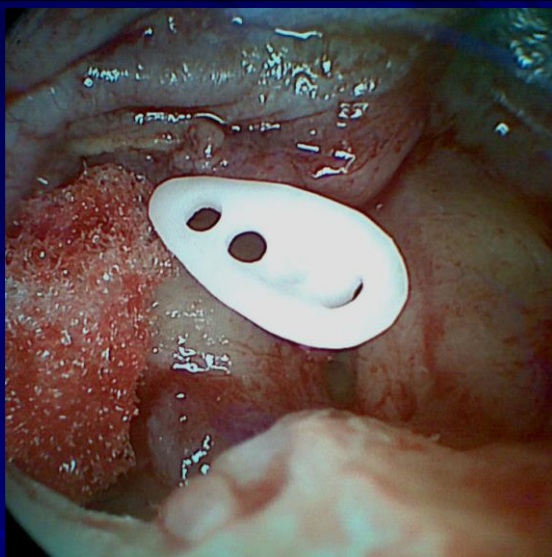
ĐE – ĐẠP



ĐE ĐẠP CONG TRONG HÒM TAI



ĐE - ĐẠP SÚNG LỤC TRONG HÒM TAI



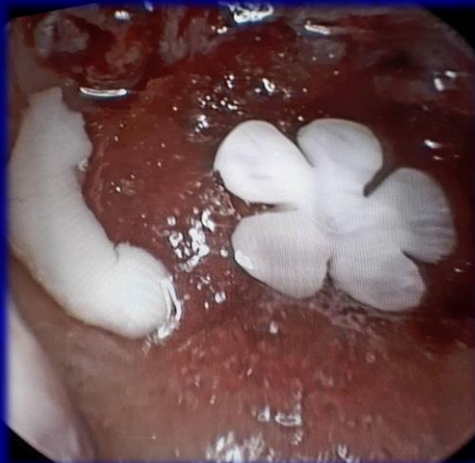
ĐỀ GIÀY TRONG HÒM TAI



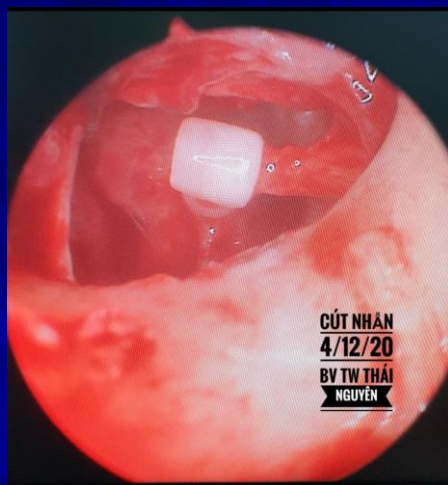
ĐỀ LÒNG MÁNG (ĐUÔI CÁN BÚA)



ĐE LÒNG MÁNG (ĐẦU CÁN BÚA)



**HOA BAN TÂY BẮC NỞ TRONG HÒM TAI
THAY 3 XƯƠNG (BÚA – ĐE – BÀN ĐẠP)**



KẾT LUẬN

- ❖ Cần chẩn đoán chính xác các hình thái tổn thương xương con:
 - Tổn thương 1 xương
 - Tổn thương 2 xương
 - Tổn thương 3 xương
- ❖ Có đầy đủ các dạng xương con, kích thước khác nhau bằng trụ gồm sinh học
- ❖ Phục hồi hệ thống truyền âm đạt hiệu quả cao.

**GÂY MÊ MASK THANH QUẢN
TRONG PHẪU THUẬT XƯƠNG CHŨM TRẺ EM**

BSCKII. Nguyễn Văn Nghĩa, PGS.TS. Nguyễn Tấn Phong

**GÂY MÊ MASK THANH QUẢN
TRONG PHẪU THUẬT XƯƠNG
CHŨM TRẺ EM**

*NGUYỄN VĂN NGHĨA (Trưởng khoa gây mê Bv.An Việt)
NGUYỄN TẤN PHONG*

A. Đặt vấn đề

**B. Phương pháp
nghiên cứu**

**MASK
THANH
QUẢN**

Sơ lược chung

**C. Kết quả và
kết luận**

A. ĐẶT VẤN ĐỀ

ƯU ĐIỂM CỦA MASK THANH QUẢN

- Trong gây mê hồi sức.vấn đề quản lý đường hô hấp mang tính quyết định.
- Phương pháp quản lý đường hô hấp tốt :
 - ✓ Mô kéo dài
 - ✓ Mô phức tạp
 - ✓ Mô mọi lứa tuổi .Đặc biệt tuổi già và trẻ em
 - ✓ Mô mọi tư thế
 - ✓ Phối hợp nhiều loại thuốc trong gây mê để tránh ngộ độc

NHUỘC ĐIỂM CỦA MASK THANH QUẢN

- Kỹ thuật cao, đặt rất khó. Thậm chí đặt nhầm vào thực quản.
- Phải dùng nhiều loại thuốc phối hợp.
- Dễ gây tổn thương dây thanh âm và đường hô hấp dẫn đến sau khi mổ bệnh nhân khàn tiếng và ho kéo dài. Cuộc mổ càng kéo dài nguy cơ tổn thương đường hô hấp càng cao.
- Giai đoạn thoát mê rất nguy hiểm vì CO THẤT và ỨNG TÁC ĐỀM DẪI có khả năng tử vong.
- Khi thoát mê bắt buộc phải dùng máy hút.

B. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1. Tất cả bệnh nhân được mổ tai có chỉ định gây mê :
 - Viêm tai xương chũm
 - Cấy điện cực ốc tai.
2. Gây mê cho mọi lứa tuổi.



PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU

- Máy gây mê hoàn chỉnh để theo dõi :
 - Áp lực đường thở.
 - SpO₂.
- Các thuốc gây mê.



C. KẾT QUẢ

1. Tổng số 200 case:

- ❖ Cây điện cực ống tai: 135 case
- ❖ Viêm tai xương chũm: 65 case
- ❖ Tuổi thấp nhất: 16 tháng tuổi
- ❖ Cao nhất: 62 tuổi

2. Theo dõi :

- Áp lực dương thở: 16 case
- Dung tích thở vào tương đương dung tích cài đặt
- SaPO2 97% đến 100%

Trong quá trình mổ bệnh nhân nằm yên. Sau mổ 15 – 20p bệnh nhân tỉnh hoàn toàn. Rút mask thành quản

Không có bệnh nhân nào phải dùng máy hút khi thoát mê.



BÀN LUẬN

1. Mask thanh Không gây tổn thương răng miệng và đường hô hấp.
2. Mask thanh quản lý rất tốt đường hô hấp :
 - ✓ Áp lực đường thở.
 - ✓ Dung tích thở vào đúng bằng dung tích cài đặt.
 - ✓ SaPO2 EtCO2 luôn ở giới hạn bình thường.
3. Không có bao giờ bị co thắt và tăng tiết đàm dãi.
4. Trong giai đoạn thoát mê .bệnh nhân tỉnh sẽ tự đẩy mask thanh quản ra ngoài. Các phản xạ tự bảo vệ tuyệt đối an toàn đường hô hấp.
5. Không ho hoặc khàn tiếng sau gây mê.
6. quản tạo điều kiện tốt nhất cho phẫu thuật viên làm việc. Không cản trở phẫu thuật viên thao tác kỹ thuật.

KẾT LUẬN

Mask thanh quản. An toàn tuyệt đối cho cuộc phẫu thuật.
Phương pháp này khắc phục triệt để những nhược điểm của ống nội khí quản.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH VIỆN QUỐC TẾ THÁI NGUYÊN













NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

Địa chỉ: Phường Tân Thịnh - Thành phố Thái Nguyên - Tỉnh Thái Nguyên

Điện thoại: 0208 3546616; Fax: 0208 3840017

Website: nxb.tnu.edu.vn * E-mail: nxb.dhtn@gmail.com

KỶ YẾU

HỘI THẢO KHOA HỌC (LẦN THỨ NHẤT, NĂM 2022)

CHUYÊN NGÀNH: TAI - MŨI - HỌNG

PHẪU THUẬT NỘI SOI

TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TAI - MŨI - HỌNG

Chịu trách nhiệm xuất bản:

TS. PHẠM QUỐC TUẤN

Giám đốc - Tổng biên tập

Biên tập: HOÀNG ĐỨC NGUYỄN

Thiết kế bìa: TRẦN DUY HƯNG

LÊ THÀNH NGUYỄN

Chế bản: HOÀNG ĐỨC NGUYỄN

Sửa bản in: NÔNG THỊ NINH

Liên kết xuất bản:

Công ty Cổ phần Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên

(Địa chỉ: Số 328, đường Lương Ngọc Quyến, phường Đồng Quang, TP Thái Nguyên)

ISBN: 978-604-350-099-8

In 200 cuốn, khổ 17 x 24cm, tại Xưởng in - Nhà xuất bản Đại học Thái Nguyên (Địa chỉ: Phường Tân Thịnh - Thành phố Thái Nguyên - Tỉnh Thái Nguyên), gia công tại Công ty Cổ phần In Hà Nội (Địa chỉ: Lô 6B, CN 5, Cụm CN Ngọc Hồi, Thanh Trì, Hà Nội). Giấy phép xuất bản số: 2201-2022/CXBIPH/3-67/ĐHTN. Quyết định xuất bản số: 143/QĐ-NXBĐHTN, ngày 4/4/2022. In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2022.