

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SÀO BÀO THƯỢNG NHĨ KẾT HỢP CHỈNH HÌNH TAI GIỮA ĐƯỜNG XUYÊN ỐNG TAI TẠI THÁI NGUYÊN

Saing Pisy*, Nguyễn Tấn Phong**, Trần Duy Ninh***,
Nguyễn Công Hoàng****, Nguyễn Toàn Thắng***

TÓM TẮT

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm kéo dài trên ba tháng của tai giữa. Thuật ngữ viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm dùng để gọi những trường hợp viêm tai giữa mạn tính có tổn thương ăn mòn xương và tổ chức xung quanh, có thể gây biến chứng nguy hiểm, không tự khỏi, không đáp ứng với điều trị nội khoa và chỉ định phẫu thuật gần như là phương pháp tuyệt đối. Trong đó, viêm tai giữa cholesteatoma là một trong những bệnh lý nguy hiểm của tai giữa có thể gây biến chứng nguy hiểm như liệt mặt, rò ống bán khuyên ngoài, điếc tiếp nhận. Phẫu thuật nội soi mở sào bào - thượng nhĩ kết hợp chỉnh hình tai giữa đạt hiệu quả cao để giải quyết bệnh tích này và dẫn lưu tốt sau phẫu thuật. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa mạn tính có tổn thương xương con, và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở sào bào - thượng nhĩ kết hợp chỉnh hình tai giữa đường xuyên ống tai. **Đối tượng nghiên cứu:** 42 bệnh nhân phẫu thuật nội soi mở sào bào - thượng nhĩ kết hợp chỉnh hình tai giữa đường xuyên ống tai. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả từng trường hợp có can thiệp hồi cứu kết hợp với tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $46,8 \pm 14,9$ tuổi, nữ gặp nhiều nam, ba triệu chứng hay gặp nhất là nghe kém, ù tai và chảy tai, viêm tai giữa cholesteatoma 47,6%, còn xếp nhĩ 40,5%, ngưỡng nghe trung bình đường khí trước mổ $56,9 \pm 11,5$ dB và ABG trước mổ $39,5 \pm 8,5$ dB, hình ảnh cắt lớp vi tính có tổn thương toàn bộ thượng nhĩ 85,8%, tổn thương xương đe 77,8%, chỉnh hình tai giữa loại II là 83,3%, thu hẹp TB đường khí sau mổ là $20,1 \pm 1,4$ dB, ABG sau mổ là $13,5 \pm 1,2$ dB, khô tai sau phẫu thuật 3 tháng là 95,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở sào bào - thượng nhĩ kết hợp chỉnh hình tai giữa đường xuyên ống tai là phẫu thuật hiệu quả tạo điều kiện cho hốc mổ chũm khô nhanh, bảo tồn sức nghe cho bệnh nhân trong điều trị viêm tai xương chũm mạn tính khu trú.

Từ khoá: Viêm tai giữa mạn tính cholesteatoma, tổn thương xương con, phẫu thuật nội soi mở sào bào - thượng nhĩ.

* Bệnh viên Đa khoa Hồng Ngọc

** Trường Đại học Y Hà Nội

*** Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên,

**** Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Saing Pisy, Số ĐT: 0979922939 Email: drpisy791977@gmail.com

Nhận bài: 15/1/2023. Ngày nhận phản biện: 26/1/2023

Ngày nhận phản hồi: 8/2/2023. Ngày duyệt đăng: 10/2/2023

EVALUATE THE RESULTS OF ENDOSCOPIC TRANCANAL ATTICO-ANTROTOMY SURGERY COMBINED WITH TYMPANOPLASTY

SUMMARY

*Chronic otitis media is the inflammation of the middle ear more than three months. The term of dangerous chronic otitis media is used to refer to cases of COM with erosive bone and pulsating tissue damage, can cause serious complications, do not respond to medical treatment and surgical indication are almost absolute methods. In particular, cholesteatoma otitis media is one of the dangerous diseases of the middle ear that can cause dangerous complications such as facial paralysis, external semicircular canal fistula and neurosensory hearing loss. Endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery combined with tympanoplasty is less invasive than postauricular surgery and provides full exposure of the tympanum and antrum to safely remove disease. **Objects:** To describe the clinical and subclinical characteristics of chronic otitis media with ossicles chain lesions, and evaluate the results of endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery combined with tympanoplasty. **Study subjects:** 42 patients with endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery combined with tympanoplasty. **Methods:** Describe each case with retrospective intervention combined with prospective study. **Results:** Mean age was 46.8 ± 14.9 years old. Women more than men. The most three symptoms were hearing loss, tinnitus and otorrhea. Cholesteatoma otitis media (47.6%), atelectasis and retraction pocket (40.5%). Computer tomography scan demonstrated total attic opacity (85.8%). Preoperative ABG (Air-Bone Gap) is 39.5 ± 8.5 dB and postoperative ABG of type II tympanoplasty is 27.6 ± 3.6 dB. Dry ear postoperative average time is 95.2%. **Conclusion:** Endoscopic transcanal attico-antrotomy surgery is a safe, efficacious, and minimally invasive approach to remove disease from the middle ear and antrum.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm kéo dài trên ba tháng của tai giữa. Thuật ngữ viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm dùng để gọi những trường hợp viêm tai giữa mạn tính có tổn thương ăn mòn xương và tổ chức xung quanh, có thể gây biến chứng nguy hiểm, không tự khỏi, không đáp ứng với điều trị nội khoa và chỉ định phẫu thuật gần như là phương pháp tuyệt đối [7].

Trong nghiên cứu đề cập đến viêm tai giữa cholesteatoma, xẹp nhĩ khu trú (túi co kéo) và xẹp nhĩ toàn bộ độ IV [5]. Trong

đó, viêm tai giữa cholesteatoma là một trong những bệnh lý nguy hiểm của tai giữa có thể gây biến chứng nguy hiểm như liệt mặt, dò ống bán khuyên ngoài, điếc tiếp nhận [2]. Loại viêm tai giữa (VTG) này, ngày càng được phát hiện sớm cho nên tổn thương thường khu trú thượng nhĩ, sào đạo, sào bào, chính vì lý do này mà ngày càng ít gặp các biến chứng viêm màng não, viêm tắc tĩnh mạch bên, nên phẫu thuật tiết căn xương chũm (TCXC) kinh điển đường sau tai thường tạo ra hốc mỡ chũm quá rộng do phá huỷ phần xương lành do mất cân đối tỷ lệ Va/S nên thường gây viêm hốc mỡ chũm do vi khuẩn, nấm,

siêu vi trùng làm cho tỷ lệ chảy tai sau mổ chiếm đến 46-50% [4]. Phẫu thuật này thường để lại di chứng xơ hoá nghiêm trọng hệ thống chuỗi xương con, làm ảnh hưởng trầm trọng đến sức nghe của người bệnh [6]. Hiện nay, chỉ định phẫu thuật cho các tổn thương khu trú ở hòm tai, người ta lựa chọn kỹ thuật mổ đường xuyên ống tai vì có ưu điểm can thiệp trực tiếp vào vị trí bệnh tích, mà không phá hủy phần xương chũm lành. Hốc mổ nhỏ lại được dẫn lưu trực tiếp vào ống tai, không đi qua hòm tai như các kỹ thuật TCXC trước đây [2]. Điều này có thể cho phép tạo nên một hòm nhĩ nhỏ an toàn cho việc chỉnh hình chuỗi xương con và phục hồi sức nghe cho người bệnh [7], [8].

Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa có tổn thương xương con.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sào bào thượng nhĩ kết hợp chỉnh hình tai giữa đường xuyên ống tai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

42 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ- sào bào xuyên ống tai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Quốc tế Thái Nguyên.

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Những bệnh nhân đã được phẫu thuật sào bào - thượng nhĩ kết hợp chỉnh hình tai giữa đường xuyên ống tai trong điều trị các bệnh lý viêm tai giữa mạn tính khu trú.

- Có kết quả nội soi đánh giá tình trạng màng nhĩ và thính lực đồ

- Có kết quả CLVT xương thái dương theo 3 tư thế: Coronal, axial và cải tiến kiểu J.Lane [10]: xương chũm đặc ngà, bệnh tích khu trú thượng nhĩ, sào đạo hoặc sào bào.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có viêm nhiễm cấp tính vùng Tai Mũi Họng, toàn thân.

- Dị dạng ống tai ngoài và/hoặc tai giữa.

- Bệnh tích xương chũm lan rộng, xương chũm thể thông bào.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

2.3. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

- Phân bố theo tuổi, giới

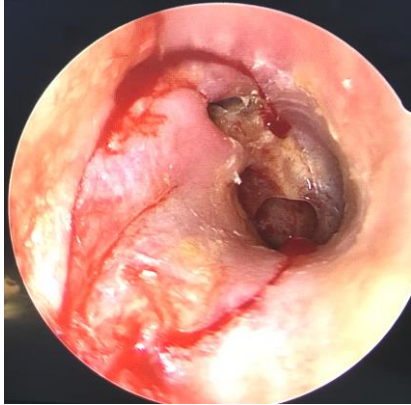
- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng (ù tai, nghe kém, chảy dịch tai, đau tai, chóng mặt), triệu chứng thực thể (nội soi đánh giá màng nhĩ và phân loại viêm tai giữa, đo thính lực đánh giá trước phẫu thuật, chụp CLVT xương thái dương trước phẫu thuật).

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: nội soi đánh giá hốc mổ sau một, hai và ba tháng, đo thính lực đơn âm sau 3 tháng phẫu thuật.

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

2.5. Các bước tiến hành phẫu thuật

- *Tê tại chỗ:* tiêm thấm da ống tai dưới cốt mạc màng xương.

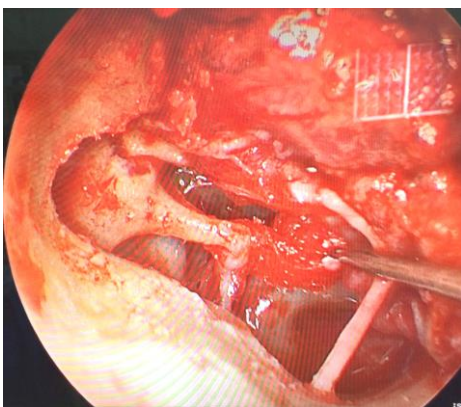


Hình 2.1. Đường rạch da ống tai ngoài

- Rạch da và bóc tách vạt da ống tai ngoài: 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:

2.5.1. Mở thượng nhĩ: tiến hành mở thượng nhĩ, sau đó xử lý bệnh tích và chỉnh hình tai giữa, để tránh túi co kéo thứ phát hình thành sau phẫu thuật và để tạo hình thượng nhĩ: ghép sụn - màng sụn che lấp hốc mở thượng nhĩ. Kỹ thuật này được chỉ định trong các trường hợp VTG mạn tính, xẹp nhĩ toàn bộ, túi co kéo thượng nhĩ, cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ ngoài, thượng nhĩ trong hay toàn bộ chưa lan vào sào bào.



Hình 2.2: Mở thượng nhĩ

2.5.2. Mở thượng nhĩ - sào bào và hạ cầu xương: sau khi đã xác định được vị trí thượng nhĩ - sào đạo trên thành ống tai, tiến hành mở vào sào bào theo hướng từ trước ra sau lấy mốc là thừng nhĩ và ngành ngang xương đe. Bệnh tích của thượng nhĩ, sào bào sẽ được xử lý. Sau đó, hạ thấp tường dây VII từ trong ra ngoài để hốc mở sào bào - thượng nhĩ đổ thông trực tiếp vào ống tai ngoài. Kỹ thuật này được chỉ định trong các trường hợp VTG mạn tính khu trú ở sào bào thượng nhĩ: viêm tai xương chũm mạn tính, cholesteatoma lan từ thượng nhĩ vào sào đạo, sào bào, viêm thượng nhĩ lan đến sào bào.



Hình 2.3: Mở thượng nhĩ- sào bào và hạ cầu xương

2.6. Thu thập và xử lý số liệu

- Thông tin BN được thu thập dựa trên mẫu bệnh án.

- Số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ, rõ ràng về những lợi ích cũng như những biến chứng có thể xảy ra khi thực hiện PTNS mở sào bào - thượng nhĩ đường xuyên ống tai.

- (Số quyết định thông qua của hội đồng đạo đức).

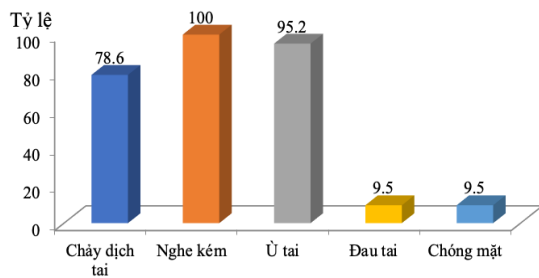
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

- Tuổi trung bình là $46,8 \pm 14,9$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi, tuổi lớn nhất là 82 tuổi.

- Bệnh nhân nữ 22/42 (52,4%), còn nam 20/42 (47,6%). Tỷ lệ nữ > nam.

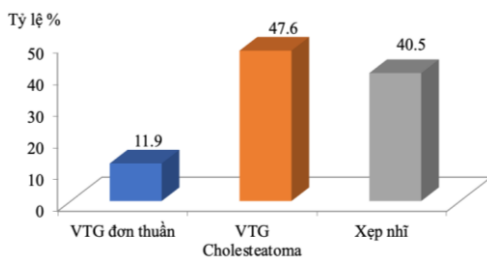
3.2. Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Trên một bệnh nhân có thể gặp tất cả các triệu chứng trên, nhưng thường là không đầy đủ. Ba triệu chứng gặp nhiều nhất là nghe kém chiếm 42/42 (100%), ù tai chiếm 40/42 (95,2%) và chảy dịch tai chiếm 33/42 (78,6%). Hai triệu chứng ít gặp hơn là chóng mặt và đau tai chiếm tỷ lệ tương tự là 4/42 (9,5%).

3.3. Loại viêm tai giữa



Biểu đồ 3.2. Loại viêm tai giữa

Nhận xét: VTG cholesteatoma có 20/42 (47,6%) trường hợp, xẹp nhĩ có 17/42 (40,5%) trường hợp, còn VTG đơn thuần chỉ gặp 5/42 (11,9%) trường hợp chiếm tỷ lệ ít hơn.

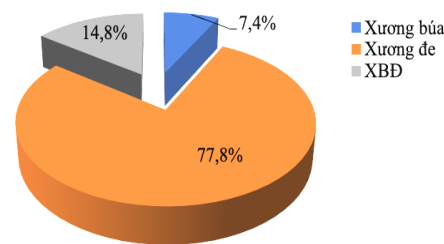
3.4. Ngưỡng nghe trước phẫu thuật

Bảng 3.1. Ngưỡng nghe trước phẫu thuật

Ngưỡng nghe	dB
Trung bình đường khí	$56,9 \pm 11,5$
ABG	$39,5 \pm 8,5$

Nhận xét: TB đường khí trước mổ là $56,9 \pm 11,5$ dB và ABG trước mổ là $39,5 \pm 8,5$ dB. Đa số các trường hợp này có tổn thương màng nhĩ xương con nên TB đường khí trước mổ cao và ABG >30 dB.

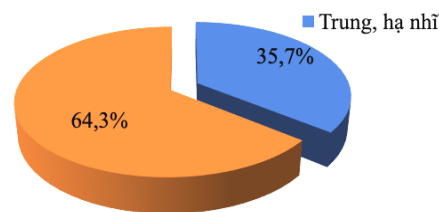
3.5. Mức độ tổn thương trên CLVT



Biểu đồ 3.3. Tổn thương xương con

Nhận xét: có 27/42 trường hợp có hình ảnh tổn thương xương con trên CLVT, trong đó gặp nhiều nhất là xương đe chiếm 21/42 (77,8%), còn gặp ít hơn là XBD 4/27 (14,8%) và xương búa 2/27 (7,4%).

3.6. Hướng lan tổn thương trong phẫu thuật



Biểu đồ 3.4. Hướng lan tổn thương trong phẫu thuật

Nhận xét: Trong lúc PT chúng tôi thấy bệnh tích từ TN xâm lấn vào trung nhĩ, hạ nhĩ có 15/42 (35,7%) trường hợp, đa số bệnh tích lan từ TN ra sau vào sào đạo, sào bào có 27/42 (64,3%).

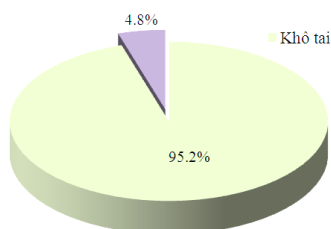
3.7. Ngưỡng nghe trước và sau phẫu thuật nhóm bệnh nhân có chình hình tai giữa loại II

Bảng 3.2. Ngưỡng nghe trước và sau phẫu thuật nhóm bệnh nhân có CHTG loại II

Thời gian PTA (dB)	Trước PT	Sau PT	Thay đổi	Giá trị P
TB đường khí	59,8 ± 11,7	39,7 ± 6,1	↑ 20,1 dB	<0,01
ABG	41,1 ± 7,8	27,6 ± 3,6	↑ 13,5 dB	< 0,01

Nhân xét: Có tới 35/42 (83,3%) với trường hợp mở thượng nhĩ - sào bào thay thế xương con, có thể kèm theo hạ cầu xương hoà hốc mỏ chũm vào ống tai là một. Qua kết quả cho thấy TB đường khí sau mổ là $20,1 \pm 1,4$ dB và ABG sau mổ tăng lên $13,5 \pm 1,2$ dB tức là thu hẹp ABG so với trước mổ.

3.8. Tình trạng hốc mỏ sau 3 Tháng



Nhân xét: Sau ba tháng PT có 40/42 (95,2%) trường hợp tai khô với tình trạng hốc mỏ khô, không đọng dịch, ngoài ra chỉ có 2/42 (4,8%) trường hợp chảy dịch tai kéo dài qua OTK mỗi khi viêm mũi họng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Loại viêm tai giữa

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, VTG mạn tính cholesteatoma gặp nhiều nhất chiếm 20/42 trường hợp chiếm tỷ lệ 47,6%, VTG xẹp nhĩ có 17/42 trường hợp chiếm tỷ lệ 40,5% và VTG đơn thuần có 5/42 (11,9%). Phân loại bệnh tích trước PT là bản đồ rất tốt để chúng tôi lựa chọn kỹ thuật trong phẫu thuật, thực tế ngoài 20

trường hợp VTG thủng màng nhĩ cholesteatoma ra còn có những trường hợp xẹp nhĩ toàn bộ hay khu trú cũng là tiền đề có khối cholesteatoma ẩn náu trong hòm tai, thượng nhĩ hay sào bào. Cùng phối hợp với kết quả chụp CLVT và đo thính lực càng cho chúng ta một bản đồ định vị hoàn chỉnh hơn nữa trong phẫu thuật.

4.2. Thính lực trước mổ

Các trường hợp viêm tai giữa mạn tính kéo dài thường gây tổn thương hệ thống dẫn truyền âm màng nhĩ- xương con. Khi hệ thống này bị gián đoạn thì khả năng khếch đại âm thanh sẽ bị giảm. Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp nghe kém dẫn truyền 31/42 (73,8%) và nghe kém hỗn hợp 11/42 (26,2%) trường hợp, thường ở mức độ nghe kém trung bình nặng và nặng. Còn trung bình đường khí trước mổ là $56,9 \pm 11,5$ dB, và ABG trước mổ là $39,5 \pm 8,5$ dB.

4.3. Tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính

CLVT với các lát cắt bằng hoặc nhỏ hơn 1mm với bình diện đứng ngang, nằm ngang và cải tiến kiểu J.Lane dựng lên cắt qua chuỗi xương con cho hình ảnh tổn thương khu trú trong các ngăn của thượng nhĩ rõ nét hơn. 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 nhóm nghiên cứu, chúng tôi gặp hình ảnh tổn thương TN ngoài và trong với tỷ lệ tương đương nhau là 3/42 (7,1%), còn đại đa số trường hợp là tổn thương toàn bộ TN chiếm 36/42 (85,8%) trường hợp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Lê Hoài Nhân (4,7%, 7,1%, 85,7%) [19].

4.4. 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 hoặc sào bào - thượng nhĩ 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, vách 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 mỏ 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 mỏ chũm nhỏ rất thuận tiện cho việc ghép da hốc mỏ. Da ghép hốc mỏ 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 mỏ thường khô nhanh hơn.

4.5. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

- Tình trạng hốc mỏ: hốc mỏ khô, không đọng dịch, không phù nề, đọng biểu bì, tường dây VII được hạ thấp chiếm tỷ lệ khá cao 95,2%. Thời gian khô tai sau phẫu thuật trung bình là 8,8 tuần (SD: 2,6), trường hợp khô nhanh nhất là 5 tuần và dài nhất là 18 tuần.

- Sự cải thiện sức nghe sau phẫu thuật ở nhóm có can thiệp chỉnh hình tai giữa loại II (thay thế xương con) là minh chứng khá rõ nét, đặc biệt sự cải thiện trung bình đường khí sau mổ $20,1 \pm 1,4$ dB và ABG $13,5 \pm 1,2$ dB. Nhìn vào kết quả này không phải quá ấn tượng, tuy nhiên để duy trì đạt kết quả tốt ABG sau mổ không phải dễ, cho nên kết quả trên là khá tốt và chấp nhận được nếu chúng tôi so sánh kết quả với tác giả Nguyễn Thị Tố Uyên $24,0 \pm 9,8$ dB. Tuy việc so sánh này là không tương đồng nhưng nó cho thấy CHTG một thì trên hốc mỏ mở sào bào, thượng nhĩ, hạ cầu xương đường xuyên ống tai cũng mang lại hiệu quả đáng kể về sức nghe cho người bệnh.

5. 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 mỏ sào bào và thành ống tai. Do đó, phẫu thuật này đạt mục đích hòa hốc mỏ 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, 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.

Sự cải thiện sức nghe đáng kể sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật kèm theo hốc mỏ tai khô khá nhanh là hai yếu tố khá quan trọng đối với sự hài lòng và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong (2009), "Mở sào bào thượng nhĩ đường xuyên ống tai", *Hội nghị Tai Mũi Họng Toàn Quốc*, tr.39-40.
2. 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.
3. Phạm Thanh Thế (2017), *Nghiên cứu chỉnh hình tai giữa trên hốc mỏ chũm tiết căn*. Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Tố Uyên (2018), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết căn xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm*. Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
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.
10. Lane J. I., Lindell E. P. WRJ. *Middle and inner ear: improved depiction with multiplanar reconstruction of volumetric CT data*. *Radiographics*, 26(1):115-124 (2006).