

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH ỐNG TAI NGOÀI VỚI MẢNH GHÉP DA TỰ DO TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP ỐNG TAI NGOÀI

Dương Thanh Hồng*, Dương Anh Vũ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình ống tai ngoài với mảnh ghép da tự do trong điều trị hẹp ống tai ngoài. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca, thực hiện tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Có 32 bệnh nhân (33 tai) được phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình 16,2 tháng. Tất cả lý do đến khám của bệnh nhân đều được giải quyết. Các triệu chứng lâm sàng được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật; tất cả bệnh nhân đều không còn triệu chứng ù tai ($p < 0,0001$), đau tai ($p = 0,0039$), chảy tai ($p = 0,0156$) và liệt mặt ($p=1$); Chỉ còn 4 bệnh nhân còn nghe kém sau mổ nhưng đã cải thiện về mức độ so với trước phẫu thuật ($p < 0,0001$). Có 2 trường hợp (6,1%) hẹp ống tai ngoài tái phát. Thính lực sau phẫu thuật cải thiện rõ rệt với giá trị PTA cải thiện trung bình 32dB và khoảng khí - xương cải thiện trung bình 19,5dB ($p < 0,0001$). Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật. Vùng da lấy làm mảnh ghép lành tốt, không bị sẹo lồi và vùng ống tai ngoài được ghép da cũng không có vị trí nào bị lộ xương trong tất cả các trường hợp. **Kết luận:** Hẹp ống tai ngoài có thể dễ chẩn đoán nhưng việc điều trị có thể gặp rất nhiều khó khăn vì nguy cơ tái phát. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Bên cạnh đó, một kế hoạch chăm sóc sau mổ cẩn thận và tỉ mỉ là rất cần thiết để đạt được hiệu quả tốt nhất.

Từ khóa: Hẹp ống tai ngoài, mảnh ghép da tự do, tái phát.

OUTCOMES OF MEATOCANALPLASTY WITH FREE SKIN GRAFTS IN THE TREATMENT OF CANAL STENOSIS/MEDIA WITH EFFUSION BY INSERTING TYMPANOSTOMY TUBE AT CAN THO EAR NOSE THROAT HOSPITAL IN 2019 - 2021

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to evaluate the outcomes of meatocanalplasty with free skin grafts in the treatment of canal stenosis. **Methods:** This was a case series study performed at Ear Nose Throat Hospital of Ho Chi Minh City between March 2020 and August 2022. **Results:** 32 adults (33 ears) underwent the procedure. Mean time postoperative was 16.2 months. All chief complaints were resolved. Clinical signs were

* Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Dương Anh Vũ, Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM.

Mobile: 0908923917; Email: dr.duonganhvu@gmail.com

Nhận bài: 5/3/2023. Ngày nhận phản biện: 17/3/2023

Ngày nhận phản hồi: 28/3/2023. Ngày duyệt đăng: 29/3/2023.

significantly improved after surgery; all patients had no symptoms of tinnitus ($p < 0.0001$), otalgia ($p < 0.0039$), otorrhea ($p = 0.0156$) and facial paralysis ($p=1$); only 4 patients still had hearing loss after surgery, but the degree of hearing loss was improved postoperatively ($p < 0.0001$). There were 2 cases of recurrence (6.1%). The hearing results were improved remarkably with the mean air conduction PTA was improved 32dB and the mean air-bone gap was improved 19.5dB postoperatively ($p < 0.0001$). There were no cases of complications after surgery. All donor sites appeared well healed as well as bare bone was covered completely in all cases.

Conclusion: *Canal stenosis may be easily diagnosed, but its treatment can sometimes be challenging. Surgery is the primary treatment. In addition, a careful and meticulous aftercare is necessary to obtain optimal outcomes.*

Keywords: *Canal stenosis, free skin grafts, recurrence.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống tai ngoài là bệnh lý ít gặp. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây hẹp ống tai ngoài, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là sẹo hẹp ống tai ngoài do viêm với tỉ lệ ước tính là 0,6 trường hợp trên 100000 dân^[2]. Tuy ít gặp nhưng bệnh lý này gây rất nhiều khó khăn cho các bác sĩ Tai Mũi Họng trong việc điều trị vì lý do hẹp tái phát.

Hẹp ống tai ngoài chia thành hai loại: hẹp hoàn toàn và hẹp không hoàn toàn. Nguyên nhân hẹp ống tai ngoài có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải. Hẹp ống tai ngoài mắc phải có thể do sẹo hẹp (do viêm mạn tính, chấn thương, bỏng nhiệt/ hóa chất, dị vật tai lâu ngày, sau phẫu thuật hoặc di chứng của xạ trị) hoặc khối u ống tai ngoài^[1]. Sẹo hẹp ống tai ngoài được chia thành hẹp dạng màng (thường sau chấn thương ống tai ngoài) và dạng nút xơ (thường nhất do viêm mạn tính)^[3]. Cơ chế bệnh sinh của sẹo hẹp ống tai ngoài là sự thâm nhiễm tế bào viêm vào lớp dưới biểu mô do kích thích của quá trình viêm, lâu

dài dẫn đến sự tăng sinh mô sợi và gây hẹp ống tai ngoài. Phẫu thuật chỉnh hình ống tai ngoài được khuyến cáo với những trường hợp hẹp ống tai ngoài gây nghe kém kèm:^{[2],[7],[10]}

- Làm bệnh nhân khó chịu hoặc ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Những trường hợp này thường có khoảng khí - xương > 20dB trên thính lực đồ.

- Bệnh nhân không muốn đeo máy trợ thính hoặc không đáp ứng với máy trợ thính.

- Nghi ngờ cholesteatoma.

Mục đích của phẫu thuật là tạo ra một ống tai ngoài rộng và khô với chức năng tự làm sạch và giúp làm giảm khoảng khí - xương^[11]. Năm 1939, Novick là người đầu tiên miêu tả một trường hợp sẹo hẹp phần mềm ống tai ngoài. Paparella và Kurkjian lần đầu tiên giới thiệu kỹ thuật phẫu thuật trong điều trị bệnh lý này với lấy bỏ phần mô sẹo hẹp, làm rộng ống tai sụn và ống tai xương vào năm 1966^[9]. Sau đó, nhiều tác giả khác trên thế giới đã có những cải tiến

dựa trên kỹ thuật này với các kết quả khác nhau. Tuy nhiên, biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất vẫn là sự tái phát của hẹp với tỉ lệ 6 - 27%^[7]:

Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật này trong điều trị hẹp ống tai ngoài dựa trên sự cải thiện triệu chứng lâm sàng, tình trạng ống tai ngoài sau phẫu thuật, sự cải thiện thính lực và tỉ lệ biến chứng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân (BN) > 16 tuổi được chẩn đoán hẹp ống tai ngoài tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- BN >16 tuổi được chẩn đoán hẹp ống tai ngoài có chỉ định phẫu thuật.

- BN thực hiện đầy đủ nội soi tai và xét nghiệm thính học trước và sau phẫu thuật 3 tháng.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN hẹp ống tai ngoài không có chỉ định phẫu thuật

- BN từ bỏ theo dõi sau phẫu thuật hoặc không đủ xét nghiệm thính học sau phẫu thuật 3 tháng.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.5. Phương pháp nghiên cứu

Các BN có triệu chứng ở tai đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM được hỏi bệnh, khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng. Sau khi được chẩn đoán hẹp ống tai ngoài, các BN sẽ được chụp CT-Scan xương thái dương và đo thính lực đồ, nhĩ lượng đồ, phản xạ cơ bàn đạp. Nếu có chỉ định phẫu thuật và BN đồng ý phẫu thuật, chúng tôi sẽ thực hiện phẫu thuật chỉnh hình ống tai ngoài với mảnh ghép da tự do. Da vùng sau tai cùng bên phẫu thuật hoặc 1/3 trên mặt trước trong đùi được sử dụng để làm mảnh ghép tùy vào diện tích da cần ghép. Mảnh da ghép được lấy với bề dày $0,4 \pm 0,1$ mm^{[4],[11]}, tương đương với bề dày mảnh vá cân cơ thái dương.

Các bước thực hiện phẫu thuật

- Bộc lộ vùng hẹp ống tai ngoài theo đường trong tai, trước tai hoặc sau tai (tùy vào vị trí hẹp và bệnh lý tai giữa đi kèm).

- Bóc tách lấy bỏ toàn bộ phần hẹp, để lộ xương ống tai ngoài.

- Bóc tách lấy bỏ lớp biểu bì của màng nhĩ (nếu phần hẹp liên tiếp với màng nhĩ).

- Khoan mài mở rộng phần xương ống tai ngoài.

- Vá lại màng nhĩ nếu màng nhĩ bị thủng

- Bào da mỏng vùng da sau tai hoặc da đùi làm mảnh ghép, cắt thành nhiều mảnh nhỏ để đặt vào che phủ toàn bộ vùng ống tai ngoài đã được lấy bỏ phần hẹp và/hoặc màng nhĩ đã bị lấy bỏ lớp biểu bì.

- Cố định mảnh ghép da bằng gelfoam. Khâu da.

Sau phẫu thuật, BN được sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch, corticoid,

giảm đau. Sau 5 ngày, BN sẽ được xuất viện nếu không có biến chứng.

BN sẽ được tái khám và nội soi tai sau phẫu thuật 1 tuần, 3 tuần, 6 tuần và 3 tháng. Sau mổ 3 tuần, BN được hút sạch gelfoam, đánh giá ống tai ngoài và màng nhĩ và so sánh với tai còn lại của BN. Nếu có dấu hiệu hẹp lại, chúng tôi sẽ dùng Triamcinolone để chích trực tiếp vào vùng sẹo hẹp. Sau mổ 3 tháng, BN được đo thính lực đồ, nhĩ lượng đồ, phản xạ cơ bàn đạp để so sánh với lúc trước mổ. CT-Scan xương thái dương sau phẫu thuật sẽ không cần thiết với những trường hợp không bị hẹp tái phát và BN không còn triệu chứng than phiền so với trước phẫu thuật.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian 30 tháng thu thập số liệu (từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022), chúng tôi ghi nhận có 32 BN (33 tai) đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Tuổi

Tuổi trung bình là 39,2 tuổi, độ lệch chuẩn là 15,9 tuổi. Tuổi lớn nhất là 74 tuổi và tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi.

3.2. Giới tính

Mẫu nghiên cứu bao gồm 21 nam (chiếm 65,6 %) và 11 nữ (chiếm 34,4%). Tỷ lệ nam: nữ là 1,9:1.

3.3. Các đặc điểm trước phẫu thuật

3.3.1. Lý do đến khám

Nghe kém là lý do đến khám thường gặp nhất (20 tai, chiếm 60,6%), tiếp theo là ù tai (4 tai, chiếm 12,1%), đau tai (3 tai, chiếm 9,1%), chảy tai (3 tai, chiếm 9,1%)

và phát hiện khối u ống tai ngoài (2 BN, 3 tai, chiếm 9,1%).

3.3.2. Triệu chứng lâm sàng

Nghe kém (30 tai, chiếm 90,9%) cũng là triệu chứng thường gặp nhất. Tiếp theo là triệu chứng ù tai (19 tai, chiếm 57,6%), đau tai (9 tai, chiếm 27,3%), chảy tai (7 tai, chiếm 21,2%). Ngoài ra, có 1 trường hợp bị liệt mặt sau chấn thương và đang chăm sóc.

3.3.3. Tiền căn

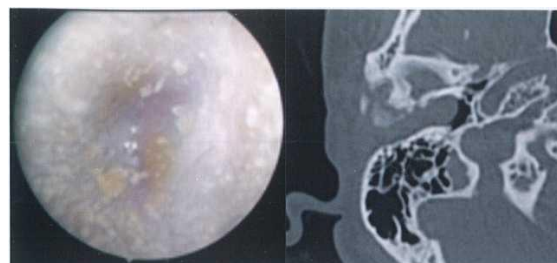
Có 7 trường hợp (21,2%) đã được phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp ống tai ngoài nhưng không ghép da và bị thất bại. 26 trường hợp còn lại chưa từng được phẫu thuật chỉnh hình ống tai ngoài.

3.3.4. Nguyên nhân hẹp ống tai ngoài:

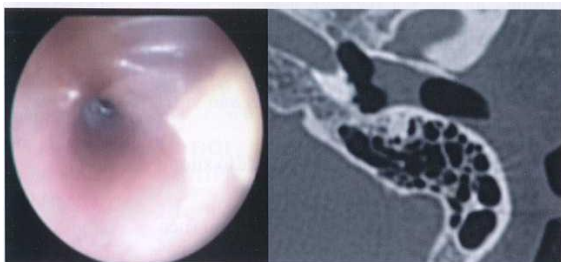
Chấn thương là nguyên nhân gây hẹp thường gặp nhất (20 tai, chiếm 60,6%). Trong đó, có 16 trường hợp sau chấn thương đầu, 2 trường hợp sau khâu vết thương vành tai và 2 trường hợp sau phẫu thuật tai. Tiếp theo là nguyên nhân do viêm (6 tai, chiếm 18,2%), bẩm sinh (3 tai, chiếm 9,1%), u ống tai ngoài (3 tai, chiếm 9,1%) và 1 trường hợp sau bỏng nhôm do tai nạn lao động (chiếm 3%)

3.3.5. Mức độ hẹp ống tai ngoài

Đa số các trường hợp là hẹp hoàn toàn ống tai ngoài (24 tai, chiếm 72,7%). 9 tai còn lại là hẹp không hoàn toàn (27,3%).



Hình 1. Hẹp ống tai ngoài sau chấn thương (bệnh nhân N.T.H.P)



Hình 2. Hẹp ống tai ngoài do viêm (bệnh nhân T.T.K.L)

3.3.6. Thính lực trước phẫu thuật

Có 31 BN (32 tai) có kết quả là nghe kém hỗn hợp (chiếm 96,9%). 1 BN còn lại bị u ống tai ngoài có thính lực trong giới hạn bình thường. Với 32 tai bị nghe kém hỗn hợp, chúng tôi ghi nhận giá trị PTA trung bình là 59,5dB với độ lệch chuẩn là 19,6dB. Giá trị khoảng khí - xương trung bình là 31,9dB với độ lệch chuẩn là 12,8dB.

3.4. Các đặc điểm ghi nhận lúc phẫu thuật

3.4.1. Tai phẫu thuật

Đa số các BN đều được phẫu thuật một bên tai, trong đó có 15 BN được phẫu thuật tai phải (chiếm 46,9%) và 16 BN được phẫu thuật tai trái (chiếm 50%). Chỉ có 1 BN u ống tai ngoài 2 bên được phẫu thuật 2 tai cùng một lúc.

3.4.2. Hướng tiếp cận phẫu thuật

Đa số các trường hợp đều được phẫu thuật qua đường rạch da trước tai (30 tai, chiếm 90,9%). Chỉ có 1 trường hợp u ống tai ngoài hai bên được phẫu thuật qua đường trong tai (2 tai) và 1 trường hợp hẹp ống tai ngoài một bên kèm viêm tai xương chũm mạn tính được phẫu thuật qua đường sau tai (1 tai).

3.4.3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 120,6 phút với độ lệch chuẩn là 41,7 phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 50 phút, thời gian phẫu thuật dài nhất là 260 phút (đây là trường hợp hẹp ống tai ngoài bẩm sinh và đã phẫu thuật 1 lần nhưng bị tái phát nên phẫu thuật sẽ gặp nhiều khó khăn và mất nhiều thời gian trong việc xác định các mốc giải phẫu).

3.4.4. Vị trí hẹp ống tai ngoài

Hẹp ống tai ngoài ở vị trí 2/3 ngoài chiếm đa số (16 tai). Có 8 trường hợp hẹp ở vị trí 1/3 ngoài, 4 trường hợp hẹp ở vị trí 2/3 trong, 3 trường hợp hẹp ở vị trí 1/3 trong và 2 trường hợp hẹp ở vị trí 1/3 giữa.

3.4.5. Tình trạng ứ đọng cholesteatoma

Đa số các trường hợp đều có ứ đọng cholesteatoma đi kèm (22 tai). 11 trường hợp còn lại không có tình trạng ứ đọng cholesteatoma bao gồm 5 trường hợp sẹo hẹp ống tai ngoài liên tục với màng nhĩ do viêm, 4 trường hợp hẹp không hoàn toàn nên không bị ứ đọng cholesteatoma và 2 trường hợp kèm thủng màng nhĩ.

3.4.6. Tổn thương tai giữa đi kèm

Khi khảo sát màng nhĩ, chúng tôi ghi nhận có 5 tai bị sẹo hẹp ống tai ngoài liên tục với màng nhĩ do viêm, 3 tai bị xẹp nhĩ do ứ đọng cholesteatoma và 2 tai bị thủng nhĩ. 2 trường hợp thủng nhĩ đều được vá lại trong cùng một thì phẫu thuật.

Bên cạnh đó, có 4 trường hợp gián đoạn xương con bao gồm 1 trường hợp do chấn thương làm trật khớp xương con và 3 trường hợp do viêm gây hủy xương con.

3.4.7. Vị trí da để lấy làm mảnh ghép

Có 18 trường hợp da vùng đùi được sử dụng làm mảnh ghép (chiếm 54.5%). 15

trường hợp còn lại được lấy da vùng sau tai làm mảnh ghép (chiếm 45,5%).

3.5. Các đặc điểm sau phẫu thuật

3.5.1. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật, tất cả BN đều không còn triệu chứng ù tai, đau tai và chảy tai. Có 1 BN bị liệt mặt ngoại biên cũng đã hồi phục hoàn toàn sau khi châm cứu. Chỉ có 4 BN còn nghe kém (chiếm 12,1%) nhưng có cải thiện so với trước phẫu thuật.

3.5.2. Đặc điểm nội soi tai sau phẫu thuật

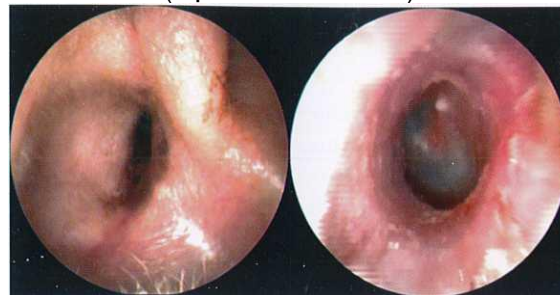
Sau phẫu thuật, có 8 trường hợp có dấu hiệu nghi sẹo hẹp ống tai ngoài và cần phải chích Triamcinolone trực tiếp vào vùng sẹo hẹp và nong ống tai ngoài vùng sẹo hẹp bằng merocel. Kết quả sau khi chích Triamcinolone ghi nhận chỉ còn 1 BN bị hẹp không hoàn toàn ở vị trí cửa tai và 1 BN bị hẹp không hoàn toàn ở vị trí 2/3 ngoài ống tai ngoài (BN này được chúng tôi lấy ráy tai để vệ sinh tai định kì). 2 BN trên có khoảng khí - xương sau mổ < 20dB và không còn khó chịu và không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống so với trước mổ nên không có chỉ định phẫu thuật lại.



Hình 3: Nội soi tai sau phẫu thuật (Bệnh nhân N.T.H.P).



Hình 4. Nội soi tai sau phẫu thuật - Xẹp nhĩ (Bệnh nhân N.T.M.X)



Hình 5. Nội soi tai sau phẫu thuật - Hẹp không hoàn toàn cửa tai (BN N.Q.D)

Có 2 trường hợp được vá nhĩ có màng nhĩ kín. Bên cạnh đó, 3 trường hợp bị xẹp nhĩ không tiến triển thêm sau phẫu thuật và không bị ứ đọng ráy tai.

3.5.3. Thính lực sau phẫu thuật

Có 1 BN bị u ống tai ngoài có thính lực trong giới hạn bình thường và không thay đổi so với trước phẫu thuật. Với 32 tai bị nghe kém hỗn hợp còn lại, sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận thính lực đều cải thiện rõ rệt với giá trị PTA trung bình là 27,5dB với độ lệch chuẩn là 14,5dB. Giá trị khoảng khí - xương trung bình là 12,4dB với độ lệch chuẩn là 9,8dB.

3.5.4. Biến chứng

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 16,2 tháng. BN được theo dõi lâu nhất trong mẫu nghiên cứu là 30 tháng. Kết quả là không có trường hợp nào có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Trong tất cả các trường hợp, vùng da lấy làm mảnh ghép

lành tốt và không bị sẹo lồi; bên cạnh đó, vùng ống tai ngoài được ghép da cũng không có vị trí nào bị lộ xương.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ thuật phẫu thuật

Hẹp ống tai ngoài là một bệnh có thể dễ chẩn đoán nhưng việc điều trị có thể gặp rất nhiều khó khăn vì nguy cơ tái phát (6 - 27%) [7]. Đối với sẹo hẹp ống tai ngoài, việc phát hiện sớm nguy cơ tạo sẹo và ngăn ngừa hình thành sẹo hẹp chính là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Với những trường hợp chấn thương vỡ xương ống tai ngoài, việc nắn chỉnh sớm và cố định các mảnh xương vỡ trong 3-6 tuần đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa hình thành sẹo hẹp ống tai ngoài. Nếu diễn tiến tạo sẹo hẹp được phát hiện trong pha sớm của sự lành thương, việc đặt meche ẩm hoặc merocel tẩm kháng sinh và corticoids được khuyến cáo để ngăn ngừa hình thành sẹo hẹp. Trong đó, meche ẩm hoặc merocel đóng vai trò nong ống tai ngoài, kháng sinh giúp ngăn ngừa nhiễm trùng, corticoids giúp ngăn ngừa hình thành mô hạt viêm và mô xơ gây sẹo. Đối với các trường hợp chấn thương tai ngoài kèm tổn thương khớp thái dương hàm, việc tái tạo thành trước ống tai ngoài bằng sụn hoặc xương nên được thực hiện để tránh thoát vị khớp thái dương hàm vào ống tai gây hẹp. Ngoài ra, mảnh sụn/xương dùng để tái tạo cũng sẽ được che phủ bởi mảnh ghép da.^[1]

Trong quá trình phẫu thuật, phần xương ống tai ngoài nên được khoan mở rộng càng nhiều càng tốt. Trong đó, thành sau ống tai ngoài nên được khoan rộng đến khi thấy được lớp xương mỏng của khí bào

chũm nhưng không được mở vào khí bào chũm, thành trước ống tai ngoài nên được khoan mỏng nhất có thể nhưng không nên khoan hết bề dày xương vì sẽ bộc lộ khớp thái dương hàm^{[1]»[5]}.

Ngoài ra, vùng da ống tai nguyên vẹn nên được giữ lại nếu có thể vì mảnh da ghép vào có thể không có chức năng tự làm sạch ống tai ngoài. Bên cạnh đó, vùng lộ xương ống tai ngoài nên được che phủ kín bởi mảnh ghép da, không được để hở vì mô hạt viêm có thể sẽ hình thành tại vị trí hở xương này và gây tái hẹp^[1]. Mảnh ghép da mỏng có ưu điểm hơn mảnh ghép da dày vì sẽ giúp ống tai ngoài được che phủ bởi mảnh da không bị dày, giúp ống tai ngoài sẽ rộng hơn. Tuy nhiên, mảnh ghép da mỏng có nhược điểm là nguy cơ hoại tử nhiều hơn^[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị hoại tử mảnh da ghép.

Đối với các trường hợp sẹo hẹp ống tai ngoài liên tục với màng nhĩ, sau khi lấy bỏ sẹo hẹp cùng với lớp biểu bì màng nhĩ, 2 mảnh da ghép riêng biệt nên được sử dụng (1 mảnh đặt vào góc trước màng nhĩ đến vị trí khung nhĩ trước, 1 mảnh đặt vào thành trước ống tai ngoài) để tạo thành góc nhọn giữa ống tai ngoài và màng nhĩ, tránh gây tù góc trước màng nhĩ sau phẫu thuật^[11].

4.2. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật

Bảng 1: So sánh triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật

Triệu chứng cơ năng (N = 33)	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Giá trị p
Nghe kém	30	4	< 0,0001
Ù tai	19	0	< 0,0001

Đau tai	9	0	0,0039
Chảy tai	7	0	0,0156
Liệt mặt	1	0	1

Chúng tôi dùng kiểm định McNemar để so sánh tỉ lệ các triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật, kết quả cho thấy tất cả BN đều không còn ù tai ($p < 0,0001$), đau tai ($p = 0,0039$), chảy tai ($p = 0,0156$) và liệt mặt ($p = 1$) sau phẫu thuật. Chỉ còn 4 BN còn nghe kém sau mổ nhưng đã cải thiện về mức độ so với trước phẫu thuật ($p < 0,0001$). Trong đó, có 2 BN có gián đoạn xương con đi kèm, 1 BN bị hẹp không hoàn toàn ống tai ngoài tái phát và 1 BN 74 tuổi có giá trị PTA đường xương trước mổ là 52,5dB.

4.3. Tình trạng ống tai ngoài sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật, có 2 trường hợp (6,1%) hẹp ống tai ngoài tái phát (mức độ hẹp không hoàn toàn). Tuy nhiên, cả 2 BN này có khoảng khí - xương sau mổ < 20 dB và không còn khó chịu và không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống so với trước mổ, nên không có chỉ định phẫu thuật lại.

Bảng 2: So sánh tỉ lệ hẹp ống tai ngoài tái phát

	Thời gian theo dõi trung bình	Hẹp ống tai ngoài tái phát	Giá trị p
Chúng tôi (N = 33)	16,2 tháng	2(6,1%)	
Giuseppe Magliulo (N=25)	60 tháng	9 (36%)	0,004
Yarah M. Haidar (N=41)	12,6 tháng	0 (0%)	0,109
David Schwarz (N=17)	52 tháng	2 (11,8%)	0,483

Năm 2009, Giuseppe Magliulo và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu điều trị hẹp ống tai ngoài với mảnh ghép da tự do và ghi nhận có 7 BN (9 tai) bị hẹp ống tai ngoài tái phát (chiếm 36%) [8]. Một nghiên

cứu tương tự của Yarah M. Haidar và cộng sự (năm 2016) không ghi nhận trường hợp nào bị hẹp ống tai ngoài tái phát^[6]. Ngoài ra, nghiên cứu của David Schwarz và cộng sự (năm 2018) ghi nhận có 2 trường hợp bị hẹp hoàn toàn tái phát sau phẫu thuật (chiếm 11,8%)^[11]. Khi so sánh với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy tỉ lệ hẹp ống tai ngoài tái phát không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của Haidar và Schwarz ($p > 0,05$). Trong khi đó, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Magliulo ($p < 0,05$). Tuy nhiên, thời gian theo dõi sau mổ trung bình của chúng tôi chỉ mới hơn 1 năm, chưa đủ lâu so với các nghiên cứu trên. Vì vậy, chúng tôi vẫn sẽ tiếp tục theo dõi các BN này sau khi kết thúc nghiên cứu để ghi nhận tỉ lệ hẹp ống tai ngoài tái phát.

4.4. Sự cải thiện thính lực sau phẫu thuật

Bảng 3. So sánh thính lực trước và sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Giá trị p
PTA	59,5 ± 19,6	27,5 ± 14,5	< 0,0001
Khoảng khí-xương	31,9 ± 12,8	12,4 ± 9,8	< 0,0001

Có sự cải thiện về PTA (trung bình 32dB) và khoảng khí - xương sau phẫu thuật (trung bình 19,5dB). Sự khác biệt giữa hai giá trị này trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Bảng 4. So sánh giá trị PTA với tác giả David Schwarz

	PTA		Giá trị p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
Chúng tôi (N = 32)	59,5 ± 19,6	27,5 ± 14,5	< 0,0001
David Schwarz (N=17)	52 ± 13	35 ± 14	< 0,0001

Giá trị p	0,163	0,088	
-----------	-------	-------	--

Bảng 5. So sánh giá trị khoảng khí - xương với tác giả David Schwarz

	Khoảng khí - xương		Giá trị p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
Chúng tôi (N = 32)	31,9 ± 12,8	12,4 ± 9,8	< 0,0001
David Schwarz (N=17)	27 ± 8	12 ± 10	< 0,001
Giá trị p	0,0009	0,893	

Nghiên cứu tương tự của David Schwarz (2018) thực hiện trên 17 tai ghi nhận giá trị PTA trung bình cải thiện từ 52dB còn 35dB (cải thiện trung bình 17dB, $p < 0,0001$) và khoảng khí - xương trung bình cải thiện từ 27dB còn 12dB (cải thiện trung bình 15dB, $p < 0,0001$). Khi so sánh các kết quả của chúng tôi với nghiên cứu của David Schwarz, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị PTA trước và sau phẫu thuật cũng như là khoảng khí - xương sau phẫu thuật ($p > 0,05$). Tuy nhiên, khoảng khí - xương trung bình trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của David Schwarz ($p < 0,05$).

Stultiens và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm về kết quả thính lực sau phẫu thuật điều trị hẹp ống tai ngoài và kết luận rằng phẫu thuật sẽ giúp cải thiện thính lực có ý nghĩa thống kê khi thính lực trước mổ có giá trị PTA > 35dB và khoảng khí - xương > 20dB. Từ đó, tác giả đã đề xuất rằng phẫu thuật nên được chỉ định với ngưỡng thính lực này^[12]. Thực tế, gần như tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều có thính lực trước mổ như trên, trừ 5 trường hợp có giá

trị PTA < 35dB hoặc khoảng khí - xương < 20dB nhưng lại khó chịu vì chảy tai, đau tai và ù tai.

5. KẾT LUẬN

Hẹp ống tai ngoài có thể dễ chẩn đoán nhưng việc điều trị có thể gặp rất nhiều khó khăn vì nguy cơ tái phát. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Bên cạnh đó, một kế hoạch chăm sóc sau mổ cẩn thận và tỉ mỉ là rất cần thiết để đạt được hiệu quả tốt nhất.

Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi sát những BN này, sẽ nghiên cứu phẫu thuật trên nhiều trường hợp hơn nữa khi có chỉ định và sẽ có báo cáo trong một nghiên cứu rộng hơn sau này để chứng minh hiệu quả của kỹ thuật phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bajin M. D., Yilmaz T., Gunaydin R. o., et al. (2015), "Management of Acquired Atresia of the External Auditory Canal", / Int Adv Otol, 11 (2), 147-50.
2. Becker B. C., Tos M. (1998), "Postinflammatory acquired atresia of the external auditory canal: treatment and results of surgery over 27 years", Laryngoscope, 108 (6), 903-7.
3. Bonding P., Tos M. (1975), "Postinflammatory acquired atresia of the external auditory canal", Acta Otolaryngol, 79 (1-2), 115-23.
4. Braza M. E., Fahrenkopf. M. P. (2020), "Split-Thickness Skin Grafts", StatPearls.

5. Droessaert V., Vanspauwen R., Offeciers E., et al (2017), "Surgical Treatment of Acquired Atresia of the External Auditory Ear Canal", *Int Arch Otorhi- nolaryngol*, 21 (4), 343-346.
6. Haidar Y. M., Walia S., Sahyouni R., et al. (2016), "Auricular Split-Thickness Skin Graft for Ear Canal Coverage", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 155 (6), 1061-1064.
7. Luong A., Roland P. S. (2005), "Acquired external auditory canal stenosis: assessment and management", *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 13(5), 273-6.
8. Magliulo G. (2009), "Acquired atresia of the external auditory canal: recurrence and long-term results", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 118 (5), 345-9.
9. Paparella M. M. Kurkjian J. M. (1966), "Surgical treatment for chronic stenosing external otitis. (Including finding of unusual canal tumor)", *Laryngoscope*, 76 (2), 232-45.
10. Sanna Mario (2012), "External Auditory Canal", *Middle ear and Mastoid Microsurgery*, Thieme, 92-121.
11. Schwarz D. Luers J. C., Huttenbrink K. B., et al (2018), "Acquired stenosis of the external auditory canal - long-term results and patient satisfaction", *Acta Otolaryngol*, 138 (9), 790-794.
12. Stultiens J. J. A., Huygen P. L. M., Oonk A. M. M., et al. (2019), "Hearing Results of Surgery for Acquired Atresia of the External Auditory Canal", *Otol Neurotol*, 40 (5S Suppl 1), S43-S50.