

## **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ XOANG LÊ BẰNG ĐÔNG ĐIỆN ĐƠN CỰC DƯỚI NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN**

Nguyễn Bá Hiệp<sup>1</sup>, Trần Phan Chung Thủy<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>3</sup>

1. Bệnh viên Phong – Da liễu Trung Ương Quỳnh Lập

2. Đại học Quốc gia Thành Phố Hồ Chí Minh

3. Trường Đại học Y Dược Đại học Thái Nguyên

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72.293>

### **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê bằng phương pháp đông điện đơn cực đầu trong đường rò dưới nội soi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 33 bệnh nhân (BN) rò xoang lê nhập viện và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng Từ 1/2023 đến tháng 06/2025. Tất cả các bệnh nhân (BN) đều được đông điện đơn cực đầu trong đường rò dưới nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 54,5% và 45,5%; tuổi trung bình  $6,9 \pm 3,4$  tuổi, thời gian phẫu thuật trung vị là 35 phút; tỷ lệ biến chứng 0%, tỷ lệ thành công 90,9%, tái phát 9,1% . **Kết luận:** Đông điện đơn cực đầu trong đường rò xoang lê là một phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao, ít biến chứng.

**Từ khoá:** Rò xoang lê, đông điện đơn cực đầu trong đường rò

---

\* Tác giả liên hệ: Nguyễn Bá Hiệp

ĐT: 0984008869

Email: [hieptmh@gmail.com](mailto:hieptmh@gmail.com)

Nhận bài: 20/10/2025

Ngày nhận phản hồi: 04/11/2025

Ngày nhận phản biện: 22/10/2025

Ngày duyệt đăng: 09/11/2025

## EVALUATING THE TREATMENT RESULT OF PYRIFORM SINUS FISTULA BY ENDOSCOPIC CAUTERIZATION OF THE INTERNAL OPENING

### Abstract:

**Objective:** To evaluate the treatment result of Pyriform sinus fistula by endoscopic cauterization of the internal opening. **Material and methods:** Prospective, along follow-up with intervention study on 33 pyriform sinus fistula patients treated by endoscopic cauterization of the internal opening at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2023 to June 2025. **Results:** Male/Female ratio was 54,5:45,5%; median age was 62,14 months; mean operating time was 27 minutes; complication rate was 0%; success rate was 90,9% so far, recurrent rate was 9,1%. **Conclusions:** cauterization of the internal opening is a method which has great potential to success and reduce the complication.

**Key words:** *Pyriform sinus fistula, cauterization, internal opening tract*

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò xoang lê là một dị tật bẩm sinh, thuộc nhóm bệnh lý nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên, liên quan đến sự tồn tại và phát triển những di tích vùng mang bào thai, mà đáng lẽ những di tích này phải biến mất trong quá trình phát triển của bào thai.

Trên thế giới, các dị tật nang và rò bẩm sinh vùng cổ bên là hiếm gặp, trong đó rò xoang lê lại hiếm gặp nhất, chỉ chiếm 2% - 10 % trong nhóm các dị tật nang và rò vùng cổ bên [1],[2]. Ở Việt Nam, rò xoang lê lại chiếm tỷ lệ khá cao. Tác giả Lê Minh Kỳ nghiên cứu trong thời gian từ 1/1996 đến 10/2000 thấy trong 76 trường hợp nang và rò mang vùng cổ bên có 56 trường hợp rò xoang lê (chiếm 73,68 %)[3].

Rò xoang lê có đặc điểm lâm sàng đa dạng, dễ chẩn đoán nhầm với viêm tuyến giáp cấp và các bệnh lý khác vùng cổ bên. Trong thực tế lâm sàng, có nhiều bệnh

nhân rò xoang lê chưa được chẩn đoán chính xác ngay từ đầu. Bệnh nhân thường đến khám và điều trị muộn, khi đường rò đã bị viêm tấy hoặc đã bị chích rạch nhiều do áp xe [4],[5].

Có nhiều phương pháp điều trị rò xoang lê, tuy nhiên nếu dựa theo quan điểm điều trị thì có thể chia thành 2 phương pháp chính:

- Phẫu thuật lấy toàn bộ đường rò
- Phẫu thuật chỉ can thiệp vào đầu trong đường rò

Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, chúng tôi đang tiến hành đồng thời phẫu thuật lấy toàn bộ đường rò và phẫu thuật đóng đầu trong đường rò bằng phương pháp gây xơ hóa đầu trong bằng đông điện đơn cực dưới nội soi từ năm 2020. Qua quá trình thực hiện tôi thấy một số ưu điểm của phẫu thuật đóng đầu trong đường rò bằng phương pháp gây xơ hóa đầu trong bằng đông điện đơn cực dưới

nội soi: thời gian thực hiện nhanh, kỹ thuật đơn giản hơn một số phương pháp khác, dễ thực hiện và tỷ lệ tái phát thấp. Tuy nhiên trên địa bàn chưa có đề tài nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp can thiệp đóng đầu trong đường rò xoang lê.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: " đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê bằng phương pháp gây xơ hóa đầu trong đường rò bằng đông điện đơn cực dưới nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An " với hai mục tiêu sau:

**1. Mô tả đặc điểm rò xoang lê qua lâm sàng, nội soi và siêu âm.**

**2. Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê bằng phương pháp gây xơ hóa đầu trong đường rò bằng đông điện đơn cực dưới nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An**

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

### ***Đối tượng nghiên cứu***

Gồm 33 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định rò xoang lê tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2023 đến tháng 05/2025 và được phẫu thuật gây xơ hoá đầu trong đường rò bằng đông điện đơn cực dưới nội soi.

### ***Tiêu chuẩn chọn lựa***

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin.
- Đã được phẫu thuật bằng phương pháp đông điện đầu trong lỗ rò có biên bản phẫu thuật, chẩn đoán sau mổ rò xoang lê.
- Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật và tái khám tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật

### ***Tiêu chuẩn loại trừ***

- Bệnh nhân được chẩn đoán rò xoang lê nhưng chưa được phẫu thuật hoặc phẫu thuật bằng phương pháp khác.

- Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### ***Thời gian nghiên cứu***

Từ 1/2023 đến tháng 06/2025

### ***Địa điểm nghiên cứu***

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

### ***Phương pháp nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp***

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu.

### ***Các biến số, chỉ số nghiên cứu***

Tuổi, giới

Tiền sử nhiễm trùng

Bên bị bệnh: phải, trái, cả 2 bên

Triệu chứng cơ năng : Sốt, sưng đau vùng cổ, nuốt đau, khó thở

Triệu chứng thực thể: sưng tấy vùng máng cảnh, khối apxe vỡ mủ

Vị trí lỗ rò: thành ngoài xoang lê, Đáy xoang lê

Hình ảnh siêu âm: Khối giảm âm trong nhu mô tuyến giáp, Khối giảm âm cạnh tuyến giáp.

Thời gian phẫu thuật: (Phút)

Tai biến trong và sau phẫu thuật: Khàn tiếng, chảy máu

Kết quả kiểm tra sau 3 tháng: Không tái phát lỗ rò xoang lê, còn lỗ rò xoang lê, apxe rò xoang lê tái phát

### ***Các bước tiến hành nghiên cứu:***

Bệnh nhân được thu thập các thông

tin và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án, điều trị hết đợt viêm nhiễm nếu có.

Điều trị bằng phương pháp đông điện đơn cực đầu trong đường rò dưới nội soi.

Soi kiểm tra đánh giá tình trạng xoang lê ở các thời điểm 3 tháng sau đông điện.

### Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 22.0

### Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên phê duyệt.

Bệnh nhân được giải thích, đồng ý tự nguyện và đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân..

## III. KẾT QUẢ

### Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Số bệnh nhân nữ là 18 bệnh nhân chiếm 54,5%, cao hơn so với bệnh nhân nam (45,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ .

### Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bệnh nhân ít tuổi nhất là 1 tuổi, nhiều tuổi nhất là 13 tuổi. Tuổi trung bình là  $6,9 \pm 3,4$  tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm 6-10 tuổi với 18/33 bệnh nhân (54,5%).

### Tiền sử nhiễm trùng vùng cổ

**Bảng 1. Tiền sử nhiễm trùng vùng cổ**

| Tiền sử nhiễm trùng | Số lượng bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------------|-----------|
|                     |                    |           |

|                     |           |              |
|---------------------|-----------|--------------|
| Chưa nhiễm trùng    | 24        | 72,7         |
| Nhiễm trùng một lần | 7         | 21,2         |
| Nhiễm trùng hai lần | 2         | 6,1          |
| <b>Tổng</b>         | <b>33</b> | <b>100,0</b> |

### Nhận xét:

Đa số các bệnh nhân đến điều trị chưa có tiền sử nhiễm trùng chiếm 72,7%. Có 7 bệnh nhân chiếm 21,2% có tiền sử nhiễm trùng 1 lần. Chỉ có 2 bệnh nhân có tiền sử 2 lần nhiễm trùng.

### Bên bị bệnh

Vị trí lỗ rò xoang lê chủ yếu bên trái chiếm 75,8%, rất ít bệnh nhân bị lỗ rò xoang lê bên phải chiếm 24,2%, không gặp trường hợp nào có lỗ rò 2 bên. Khi so sánh về bên bị bệnh ta có  $p < 0,05$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### Phân bố vị trí lỗ rò

100% bệnh nhân gặp lỗ rò ở đáy xoang lê, không gặp trường hợp có lỗ rò xuất phát từ thành ngoài xoang lê.

### Đặc điểm hình ảnh siêu âm

**Bảng 2. Hình ảnh siêu âm vùng cổ**

| Hình ảnh siêu âm                     |                  | Số lượng (SL) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|------------------|---------------|-----------|
| Khối giảm âm trong nhu mô tuyến giáp |                  | 11            | 33,3      |
| Khối giảm âm cạnh tuyến giáp         | Vị trí trước-bên | 18            | 54,5      |

|                    |                |           |              |
|--------------------|----------------|-----------|--------------|
|                    | Vị trí sau-bên | 4         | 12,1         |
| <b>Tổng số (n)</b> |                | <b>33</b> | <b>100,0</b> |

Khối giảm âm cạnh thùy tuyến giáp ở vị trí trước bên chiếm tỷ lệ 54,5%. Có 12,1% lan đến sau thùy tuyến giáp. Có 33,3% trường hợp khối giảm âm trong nhu mô tuyến giáp.

**Đánh giá kết quả của phương pháp gây xơ hóa đầu trong lỗ rò xoang lê bằng dòng điện đơn cực:**

***Trong phẫu thuật***

*Thời gian phẫu thuật*

**Bảng 3. Thời gian thực hiện phẫu thuật**

| Thời gian phẫu thuật | Số lượng (SL) | Tỷ lệ (%)    | Trung vị (khoảng tứ phân vị) |
|----------------------|---------------|--------------|------------------------------|
| ≤ 25 phút            | 4             | 12,1         | 35 (30 -60) phút             |
| 26 - 35 phút         | 14            | 42,4         |                              |
| 36 – 50 phút         | 6             | 18,2         |                              |
| > 50 phút            | 9             | 27,3         |                              |
| <b>Tổng số (n)</b>   | <b>33</b>     | <b>100,0</b> |                              |

Thời gian phẫu thuật ghi lại nhanh nhất là 10 phút lâu nhất là 70 phút. Thời gian thực hiện phẫu thuật trung vị là 35 phút.

*Các tai biến trong phẫu thuật gây xơ hóa đầu trong lỗ rò*

Không có bệnh nhân nào có biến chứng trong và sau phẫu thuật gây xơ hóa đầu trong lỗ rò.

***Tái khám sau 3 tháng***

**Bảng 4. Tỷ lệ tái phát**

| Tái phát        | Số bệnh nhân (SL) | Tỷ lệ (%)    |
|-----------------|-------------------|--------------|
| Có              | 3                 | 9,1          |
| Không           | 30                | 90,9         |
| <b>Tổng (n)</b> | <b>33</b>         | <b>100,0</b> |

Trong số 33 bệnh nhân được gây xơ hóa đầu trong lỗ rò xoang lê bằng dòng điện đơn cực có 3 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 9,1%) bị tái phát.

**IV. BÀN LUẬN**

***Về giới***

Số bệnh nhân nữ là 18 bệnh nhân chiếm 54,5%, cao hơn so với bệnh nhân nam (45,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Kết quả này tương đồng với kết quả của Qingfengxen<sup>6</sup>, Nguyễn Nhật Linh<sup>7</sup>. Còn Lê Minh Kỳ đã gặp tỷ lệ nữ là 42,86% khi nghiên cứu 56 BN rò xoang lê[3].

Như vậy có thể kết luận không có sự khác biệt về giới trong số các BN bị rò xoang lê.

***Về tuổi***

Trong nghiên cứu này, tuổi bệnh nhân được nghiên cứu từ 1 – 15 tuổi, tuổi vào viện cũng chính là tuổi bệnh được

thực hiện điều trị theo phương pháp gây xơ hóa lỗ rò xoang lê. Phân bố tuổi của bệnh nhân được chia thành 4 nhóm. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 1 tuổi, nhiều tuổi nhất là 13 tuổi. Tuổi trung bình là  $6,9 \pm 3,4$  tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm 6-10 tuổi với 18/33 bệnh nhân (54,5%).

#### ***Tiền sử nhiễm trùng vùng cổ***

Đa số các bệnh nhân đến điều trị chưa có tiền sử nhiễm trùng chiếm 72,7%. Có 7 bệnh nhân chiếm 21,2% có tiền sử nhiễm trùng 1 lần. Chỉ có 2 bệnh nhân có tiền sử 2 lần nhiễm trùng. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước

Áp xe rò xoang lê là một bệnh có tỷ lệ tái phát cao, kể cả các trường hợp đã được can thiệp triệt để. Theo nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh, chỉ có 28 bệnh nhân (31,11%) là bị bệnh lần đầu, còn lại hơn 2/3 số BN là các đợt tái diễn của bệnh. Nếu chỉ tính trong nhóm tái diễn thì chiếm đa số là đã viêm nhiễm từ 1-5 lần (48/62 BN, 77,42%). Số lần đã viêm nhiễm trung bình là  $3,02 \pm 4,01$ , cá biệt có BN đã bị viêm nhiễm đến 25 lần. Bên cạnh đó, có tới 23/90 bệnh nhân (25,56%) trong 97 nhóm nghiên cứu đã từng được tiến hành các điều trị triệt để trước đó từ 1-4 lần mà vẫn bị tái phát[7]. Các tác giả khác cũng cho thấy tỷ lệ tái phát bệnh rất cao, nhiều bệnh nhân phải can thiệp chích rạch áp xe, đốt đầu trong đường rò nhiều lần.

Có sự khác biệt này có lẽ là do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối ít. Hơn nữa, ngày nay với sự phát triển của hệ thống nội soi và các

phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp CLVT, và sự hiểu biết của bác sỹ về bệnh lý rò xoang lê, bệnh nhân được phát hiện và chẩn đoán sớm hơn khi mới lần đầu bị nhiễm trùng.

#### ***Bên tổn thương và vị trí lỗ rò trong ổ xoang lê***

Trong nghiên cứu này, bên tổn thương vùng cổ thường gặp là bên trái chiếm 75,8%, với biểu hiện sưng đau vùng cổ bên trái, khối xơ viêm vùng cổ trái bờ trước cơ ức đòn chũm. Một số ít biểu hiện vùng gằn giữa hoặc ở thấp. Nguyên nhân thường do đường rò sau khi thoát ra ở xoang lê thường chạy sát hoặc đi qua tuyến giáp để ra ngoài.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh có đến 91,11% bệnh nhân có lỗ rò bên trái, bên phải chỉ có 8,89% và không gặp lỗ rò 2 bên.

Thống kê trên số lượng lớn BN của Nicoucar, bao gồm 526 BN rò xoang lê, thấy có 93,5% bị ở bên trái, 6,0% bị ở bên phải và 0,5% bị ở cả hai bên[8]

Về vị trí thoát ra của lỗ rò, chúng tôi thấy toàn bộ lỗ rò là ở đáy xoang lê với tỷ lệ 100%, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh[7]. Các tác giả nước ngoài cho rằng nếu lỗ rò ở vùng đáy xoang lê thì đường rò có nguồn gốc từ túi mang IV, còn nếu lỗ rò nằm ở phần cao của xoang lê thì đường rò có nguồn gốc từ túi mang III. Tuy nhiên phần cao ở đây là chính là phần màng của xoang lê với mốc phân biệt là nếp dây thần kinh thanh quản trên của Hirtz. Các trường hợp vị trí lỗ rò thoát ra ở thành bên xoang lê trong nghiên

cứu này đều nằm ở phần thấp, bên dưới dây thần kinh thanh quản trên[9],[10].

### ***Đặc điểm về siêu âm***

Siêu âm là một thăm dò không xâm lấn, giúp phát hiện các tổn thương phần mềm. Đặc biệt trong thăm dò các khối vùng cổ, siêu âm cho phép hướng đến chẩn đoán chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm phát hiện khối giảm âm cạnh thùy tuyến giáp ở vị trí trước bên chiếm tỷ lệ 54,5%. Có 12,1% lan đến sau thùy tuyến giáp. Có 33,3% trường hợp khối giảm âm trong nhu mô tuyến giáp..

Như vậy hình ảnh siêu âm giúp chúng ta xác định được tính chất của khối vùng cổ, vị trí và liên quan. Điều đó giúp cho việc chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí sớm, chích rạch dẫn lưu mủ hay điều trị nội khoa. Tuy nhiên do vị trí ổ áp xe thường liên quan đến tuyến giáp cho nên việc chẩn đoán nếu chưa có nội soi hạ họng thường nhầm lẫn với viêm và áp xe tuyến giáp thường xảy ra[11],[12]. Do đó ngoài việc tham khảo hình ảnh siêu âm, việc nội soi hạ họng cho BN là rất cần thiết.

### ***Thời gian phẫu thuật***

Thời gian phẫu thuật tính từ lúc bắt đầu đặt ống nội soi đến khi kết thúc băng ép vùng cổ được ghi trên phiếu phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ghi lại nhanh nhất là 10 phút lâu nhất là 70 phút. Thời gian thực hiện phẫu thuật trung vị là 35 phút. Thủ thuật đi kèm trong phẫu thuật gây xơ hóa đầu trong lỗ rò là chích rạch áp xe chiếm 57,6%, còn lại 42,4% không phải chích rạch áp xe. Thời gian trung bình của gây

xơ hóa đầu trong lỗ rò xoang lê của Phạm Tuấn Cảnh và cộng sự thời gian gây xơ hóa kéo dài từ 5 -120 phút. Trong đó thời gian trung bình của nhóm xơ hóa đơn thuần là  $17,1 \pm 15$  phút. Nhóm có chích rạch hoặc nạo vét ổ áp xe vùng cổ thì có thời gian lâu hơn trung bình  $51,9 \pm 40$  phút[13]. Theo Nguyễn Nhật Linh và cộng sự tổng kết trên 90 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, thời gian phẫu thuật gây xơ hóa từ 8 đến 50 phút, thời gian trung bình là  $15,02 \pm 6,14$  phút. Đa số bệnh nhân có thời gian thực hiện gây xơ hóa  $\leq 15$  phút (81,44%)[7]. So sánh với tuyến trung ương thì thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi còn dài hơn, có thể do kinh nghiệm của chúng tôi chưa nhiều như ở tuyến trung ương. Nhưng so sánh với phẫu thuật kinh điển trước đây là đi tìm đường rò có thời gian trung bình 90 phút (từ 65 – 280 phút)[14] thì phương pháp gây xơ hóa lỗ rò rút ngắn hơn hẳn không những tiết kiệm được về vật tư tiêu hao, thuốc gây mê, giảm các tai biến trong phẫu thuật mà còn giảm thiểu được các tai biến do gây mê kéo dài.

### ***Các tai biến và biến chứng***

Không có bệnh nhân nào có biến chứng trong và sau phẫu thuật gây xơ hóa đầu trong lỗ rò. Nghiên cứu của Phạm Tuấn Cảnh gặp 2/60 (3,3%) bệnh nhân có khàn tiếng nhẹ  $< 1$  tuần, không cần xử trí gì[13]. Nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh trên 90 bệnh nhân theo phương pháp đóng miệng lỗ rò bằng phẫu thuật có 8/90 (10%) trường hợp có tai biến: 6 bệnh nhân

khàn tiếng, 1 bệnh nhân bị loét tiền đình mũi do đặt xông mũi dạ dày và 1 bệnh nhân bị trầy xước màn hầu do đặt ống soi[7]. Theo nghiên cứu của Naonori thì không có biến chứng nào trong lúc mổ[15]. Theo thống kê của Nicoucar, đối với phương pháp phẫu thuật mở, biến chứng hay gặp ở trẻ em < 8 tuổi, nên đã khuyến cáo sử dụng phương pháp gây xơ hóa lỗ rò cho trẻ dưới 8 tuổi để giảm thiểu biến chứng[8]. Phương pháp phẫu thuật gây xơ hóa lỗ rò là phương pháp được hy vọng có biến chứng thấp, ít xâm lấn nhất, tránh được nguy cơ tổn thương trực tiếp các cấu trúc quan trọng vùng cổ. Tuy thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn các nghiên cứu khác nhưng chúng tôi không gặp bệnh nhân có tai biến hay biến chứng nào.

### **Tỷ lệ tái phát**

Sau phẫu thuật đốt điện rò xoang lê, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ. Trong 6-12 tháng đầu, nên tiến hành nội soi định kỳ để đánh giá tình trạng liền sẹo của lỗ rò. Sau giai đoạn này, việc theo dõi chủ yếu dựa vào lâm sàng và bệnh nhân chỉ cần tái khám khi xuất hiện triệu chứng gợi ý tái phát như nuốt đau, sưng đau vùng cổ hoặc viêm tái diễn. Thời gian theo dõi tối thiểu được khuyến nghị là 2 năm vì đã có những trường hợp tái phát muộn sau thời điểm này. Khi phát hiện viêm cổ tái phát, cần kết hợp thăm khám nội soi hạ họng với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm hoặc chụp X.Quang có uống thuốc cản quang để xác định tái phát và có hướng xử trí kịp thời. Sau 3 tháng,

chúng tôi thấy có 3/33 (9,1%) trường hợp tái phát. Trong đó 2 trường hợp nội soi còn lỗ rò, 1 trường hợp bị áp xe cổ bên. Nghiên cứu của Phạm Tuấn Cảnh trong 60 bệnh nhân, đã có 47 bệnh nhân được soi kiểm tra lại qua nội soi (ống soi cứng hoặc mềm) cho thấy lỗ rò đã được đóng kín hoàn toàn (bao gồm cả 3 bệnh nhân phải đốt lỗ rò 2 lần và 1 bệnh nhân đốt lỗ rò lần 3[13]. Nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh cho thấy phương pháp gây xơ hóa có tỷ lệ thất bại sau lần thực hiện thứ nhất là 7/90 (7,78%), sau lần thực hiện thứ 2 là 0%[7].

### **V. KẾT LUẬN**

Đông điện đơn cực đóng đầu trong đường rò xoang lê dưới nội soi là một phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao, ít biến chứng.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hamaguchi N, Ishinaga H, Chiyonobu K, Morishita H, Takeuchi K. A Case of Pyriform Sinus Fistula with Respiratory Distress in the Neonatal Period. *Case Rep Otolaryngol*. 2018;2018:1696875. doi:10.1155/2018/1696875
2. Pereira KD, Davies JN. Piriform Sinus Tracts in Children. *Arch Otolaryngol Neck Surg*. 2006;132(10):1119-1121. doi:10.1001/archotol.132.10.1119
3. Lê Minh Kỳ. Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học nang và rò nang bẩm



sinh vùng cổ bên. *Luận án Tiến sĩ Y học*. Đại Học Y Hà Nội. 2002

4. Pereira KD, Davies JN. Piriform Sinus Tracts in Children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132(10):1119–1121. doi:10.1001/archotol.132.10.1119
5. Sheng Q, Lv Z, Xu W, Liu J. Differences in the diagnosis and management of pyriform sinus fistula between newborns and children. *Sci Rep*. 2019;9(1):18497. doi:10.1038/s41598-019-55050-9
6. Sheng Q, Lv Z, Xu W, Liu J. Differences in the diagnosis and management of pyriform sinus fistula between newborns and children. *Sci Rep*. 2019;9:18497. doi:10.1038/s41598-019-55050-9
7. Nguyễn Nhật Linh. Nghiên cứu lâm sàng, nội soi rò xoang lê tái phát và đánh giá hiệu quả phương pháp đóng miệng lỗ rò xoang lê. *Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam* Published online 2020.
8. Nicoucar K, Giger R, Pope HG, Jaecklin T, Dulguerov P. Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases. *J Pediatr Surg*. 2009;44(7):1432-1439. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.12.001
9. Park SW, Han MH, Sung MH, et al. Neck Infection Associated with Pyriform Sinus Fistula: Imaging Findings. *Am J Neuroradiol*. 2000;21(5):817-822.
10. Boonen A, Hens G, Meulemans J, Hermans R, Delaere P, Vander Poorten V. Fourth Branchial Anomalies: Diagnosis, Treatment, and Long-Term Outcome. *Front Surg*. 2021;8. doi:10.3389/fsurg.2021.748351
11. Park NH, Park HJ, Park CS, Kim MS, Park SI. The Emerging Echogenic Tract Sign of Pyriform Sinus Fistula: An Early Indicator in the Recovery Stage of Acute Suppurative Thyroiditis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2011;32(3):E44-E46. doi:10.3174/ajnr.A2015
12. Ahn D, Lee GJ, Sohn JH. Ultrasonographic Characteristics of Pyriform Sinus Fistulas Involving the Thyroid Gland. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med*. 2018;37(11):2631-2636. doi:10.1002/jum.14623
13. Phạm Tuấn Cảnh và cộng sự. Đánh giá kết quả điều trị rò xoang lê theo phương pháp gây xơ hóa đầu trong lỗ dò. *Tạp chí y học Việt Nam* 526 (1B): 36-39(2023).
14. Masuoka H, Miyauchi A, Sasaki T, Sano T, Miya A. Outcomes of

endoscopic chemo- and laser-cauterizations and open fistulectomy for pyriform sinus fistula. *J Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2021;50(1):49. doi:10.1186/s40463-021-00537-7

15. Kawakubo N, Obata S, Yoshimaru K, Miyoshi K, Izaki T, Tajiri T. Successful management of pyriform sinus cyst and fistula using endoscopic electrocauterization. *DEN Open.* 2022;3(1):e128. doi:10.1002/deo2.128