bệnh nhân cải thiện đáng kể về mặt chức năng, giảm tỉ lệ tử vong sau đột quỵ. Nghiên cứu của chúng tôi tuy bệnh nhân không được vận động sớm một cách đồng nhất, nhưng cũng cho thấy khả năng hồi phục đáng kể so với lúc nhập viện.

V. KẾT LUẬN

Tập phục hồi chức năng sớm với chương trình tập luyện chuẩn giúp cải thiện đáng kể về mặt lâm sàng và chức năng của bệnh nhân về thang điểm NIHSS, Barthel, mRS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baldwin K, Orr S, Briand M, Piazza C, Veydt A, McCoy S (2010).** Acute Ischemic Stroke Update. Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.;30(5):493-514. doi:10.1592/phco.30.5.493
2. **Gresham GE, Fitzpatrick TE, Wolf PA, McNamara PM, Kannel WB, Dawber TR (1975)**. Residual disability in survivors of stroke--the Framingham study. N Engl J Med. 293(19): 954-956. doi:10.1056/NEJM197511062931903
3. **Vu Thị Bích Hạnh (2015)..** In: Phục Hồi Chức Năng. Nhà xuất bản y học
4. **Bộ Y Tế (2018)**. Hướng Dẫn Chẩn Đoán, Điều Trị Phục Hồi Chức Năng Cho Người Bệnh Đột Quỵ.
5. **Liu N, Cadilhac DA, Andrew NE, et al. (2014)**.Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: difference in outcomes within 6 months of stroke. Stroke.;45(12):3502-3507. doi:10.1161/STROKEAHA.114.005661
6. **Carmichael ST (2006)**. Cellular and molecular mechanisms of neural repair after stroke: making waves. Ann Neurol.59(5):735-742. doi:10.1002/ana.20845
7. **Chaiyawat P, Kulkantrakorn K (2012)..** Randomized controlled trial of home rehabilitation for patients with ischemic stroke: impact upon disability and elderly depression. Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.;12(3):193-199. doi:10.1111/j.1479-8301.2012.00412.x
8. **Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM (2012).** Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial. Stroke;43(9):2389-2394. doi:10.1161/STROKEAHA.111.646687

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ KHÓ KHĂN TRONG PHẪU THUẬT CẤY ỐC TAI TRÊN BỆNH NHÂN CÓ DỊ DẠNG TAI TRONG

Cao Minh Thành[1], Lê Duy Chung[1], Nguyễn Xuân Nam[1], Vũ Minh Thục[2], Nguyễn Văn Hùng[1], Cao Minh Hưng[1], Nguyễn Bá Thuần[1], Nguyễn Thị Như[1], Bùi Thị Hà[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá một số khó khăn trong phẫu thuật cấy ốc tai ở bệnh nhân dị dạng tai trong. **Thiết kế nghiên cứu**: mô tả từng ca. **Địa điểm nghiên cứu**: Bệnh viện đại học y Hà Nội, Bệnh viên đa khoa Tâm anh. Thời gian nghiên cứu từ 2017 đến 2022. **Bệnh nhân nghiên cứu**: 31. **Kết quả nghiên cứu**: Chẩn đoán hình ảnh dị dạng tai trong cả ốc tai và tiền đình chiếm tỷ lệ 54,8% (17/31), dị dạng chỉ riêng phần tiền đình chiếm tỷ lệ 38,7% (12/31), chỉ dị dạng ốc tai loại thiểu sản type II còn tiền đình bình thường chiếm tỷ lệ 6,5% (2/31). Có 12/31 bệnh nhân không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường. Phẫu thuật: dây VII bất thường gặp 11/31 trường hợp chiếm tỷ lệ 35,4%, ngách mặt hẹp < 2,5 mm gặp 12/31(38,7%) trường hợp, không thấy cửa sổ tròn có 9/31 trường hợp. Loại điện cực sử dụng 11/31 bệnh nhân sử dụng điện cực ngắn, đáp ứng thính giác(ART) 19/31 đáp ứng toàn bộ các điện cực khi kích thích, 12/31 bệnh nhân đáp ứng không toàn bộ, trong số này có một trường hợp chỉ có 5 điện cực có đáp ứng. **Kết luận**: Phẫu thuật cấy ốc tai ở bệnh nhân dị dạng tai trong rất khó khăn vì thường kèm theo các dị dạng ở tai giữa, do đó tiềm ẩn gặp biến chứng nhiều. Không thấy dây ốc tại ở vị trí bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, vẫn có thể phẫu thuật cấy ốc tai tùy từng trường hợp cụ thể.

Từ khóa: dị dạng tai trong, bất thường giải phẫu ốc tai-tiền đình, cấy ốc tai

SUMMARY

EVALUATION OF SOME DIFFICULTIES IN COCHLEAR IMPLANT WITH INNER EAR MALFORMATIONS

Objective: Evaluation of some difficulties in cochlear implant in patients with inner ear malformations. Study design: Descriptive cases. **Setting**: Ha Noi medical university Hospital, Tam Anh Hospital. Patients: 31. **Results**: Diagnostic imaging of ear malformations in both the cochlea and vestibular accounted for 54.8% (17/31), malformation of the vestibular part alone accounted for 38.7% (12/31), malformation only Type II hypoplastic cochlea and normal vestibule account for 6.5% (2/31). There are 12/31 patients without seeing cochlear nerve in the normal anatomical position. Surgery was found in 11/3135.4% cases with aberrant facial nerve, narrow

[1]Trường Đại học y Hà Nội
[2]Hội TMH Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Thành
Email: caominhthanh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2022
Ngày duyệt bài: 1.12.2022

facial recess < 2.5 mm was 12/31 (38,7%) cases, no detective round window in 9/31(29,0%) cases. Electrode type used 11/31 patients using short electrodes, auditory response (ART) 19/31 full electrode response to stimulation, 12/31 patients partial response, among This has a case where only 5 electrodes have a response. **Conclusion**: Cochlear implant in patients with inner ear malformations is very difficult because it is often accompanied by malformations in the middle ear, so there are many potential complications. If the cochlear nerve is not found in the normal position on imaging, it is still possible to have cochlear implant depending on the specific case.

Keywords: Inner Ear malformations, anomalous cochleovestibular anatomy, Cochlear implant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điếc bẩm sinh là tình trạng bệnh nhân không nghe thấy âm thanh từ lúc sinh ra, với sức nghe trên 90 dB. Hậu quả là trẻ không nói được, và được xếp vào nhóm người tàn tật[1]. Tỷ lệ trẻ điếc bẩm sinh theo các nghiên cứu trên thế giới khoảng 0,3% đến 0,5% hàng năm, như vậy như vậy có mỗi năm khoảng 400.000 trẻ bị điếc bẩm sinh ra đời[2]. Trên thế giới có 360 triệu người bị điếc hoặc nghe kém (tương đương với 5,3% dân số). Trong số đó, 328 triệu bệnh nhân (91%) là người trưởng thành (183 triệu nam, 145 triệu nữ) và 32 triệu bệnh nhân (9%) là trẻ em[3]. Tỉ lệ trẻ em có vấn đề về thính giác cao nhất lần lượt là ở Nam Á - 2,4% (khoảng 12,3 triệu trẻ), châu Á Thái Bình Dương - 2,0% (khoảng 3,4 triệu trẻ)[1,2]. Việt Nam hàng năm có từ 1 triệu đến 1,2 triệu trẻ được sinh ra sẽ có từ 3500 đến 6000 trẻ điếc và nghe kém bẩm sinh, trong số này có 75% trẻ cần được phẫu thuật cấy ốc tai. Tương đương với 2500 đến 4500 trẻ cần phẫu thuật cấy ốc tai trong một năm.

Phẫu thuật cấy ốc tai là phương pháp duy nhất hiện nay để giúp trẻ điếc bẩm sinh có thể nghe và nói được, có thể thay đổi một đứa trẻ từ tàn tật thành bình thường, tuổi phẫu thuật hiện nay từ 10- 12 tháng[4]. Phẫu thuật cấy ốc tai là một phẫu thuật khó, khó từ chỉ định phẫu thuật, khó ở kỹ thuật phẫu thuật vì có nhiều tai biến, khó vì giá thành thiết bị cao gây áp lực tâm lý rất lớn đến phẫu thuật viên.

Với những trẻ điếc bẩm sinh mà có dị dạng tai trong thì phẫu thuật còn khó hơn nhiều[5,6,7], chẩn đoán dị dạng tai trong phải dựa vào chẩn đoán hình ảnh[8,9], và có nhiều loại dị dạng tai trong[5,6], trong đó có một vài loại rất khó khăn trong chỉ định phẫu thuật hoặc không phẫu thuật. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá một số khó khăn trong phẫu thuật cấy ốc tai trên bệnh nhân điếc bẩm sinh có dị dạng tai trong.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nguồn bệnh nhân. Bệnh nhân điếc tiếp nhận bẩm sinh, hoặc nghe kém rất nặng bẩm sinh đeo máy trợ thính không hiệu quả.
- Địa điểm nghiên cứu

- Trung tâm Tai Mũi Họng và phẫu thuật cấy ốc tai- Bệnh viện đại học y Hà Nội.
- Khoa Tai Mũi Họng- Bv Tâm Anh Hà Nội
- Thời gian nghiên cứu: từ 1/2017- 8/ 2022

- Số lượng: 31 bệnh nhân
- Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi <= 6.
- Điếc bẩm sinh
- Chẩn đoán hình ảnh: có dị dạng tai trong
- Được phẫu thuật cấy ốc tai
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, từ tháng 01/2017 đến tháng 08/2022.
- Phương tiện nghiên cứu:

+ Máy đo sức nghe, đo ABR, ASSR

+ Máy chụp cộng hưởng từ 1.5Tesla của GE, Siemen. Máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy của GE.

+ Kính hiển vi phẫu thuật Karlzeiss

+ Khoan micromotor, Skeeter

+ Dụng cụ phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi, giới

- Giới: 16 nam/15 nữ
- Tuổi: trung bình là 35,48 tháng, nhỏ nhất 12 tháng, lớn nhất 73 tháng.

- Ngôn ngữ: 31 đều không có ngôn ngữ.

3.2. Đặc điểm sức nghe

- Đo âm ốc tai (OAE): không đáp ứng 31/31 trường hợp
- Đo điện thính giác thân não (ABR): không có sóng V
- Đo điện thính giác thân não ổn định (ASSR): 98,5 dB.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh

- Phân loại dị dạng tai trong

Bảng 1: Tỷ lệ dị dạng tai trong theo mức độ

Mức độ dị dạng	n	%
Dị dạng ốc tai và tiền đình	17	54,8
Dị dạng ốc tai	2	6,5

Dị dạng tiền đình	12	38,7
N	31	100,0

Dị dạng tai trong cả ốc tai và tiền đình chiếm tỷ lệ 54,8% (17/31), dị dạng chỉ riêng phần tiền đình chiếm tỷ lệ 38,7% (12/31), chỉ dị dạng ốc tai loại thiểu sản type II với tiền đình bình thường chiếm tỷ lệ 6,5% (2/31). Như vậy dị dạng một phần ốc tai hoặc tiền đình chiếm tỷ lệ 45,2%, thấp hơn so với dị dạng cả hai bộ phận của tai trong chiếm tỷ lệ 54,8%. Mức độ dị dạng càng nhiều càng khó đưa ra chỉ định phẫu thuật, cũng như tiên lượng chắc chắn về kết quả phẫu thuật.

- Phân loại dị dạng phần tiền đình của tai trong

Bảng 2: tỷ lệ dị dạng các cấu trúc thuộc phần tiền đình của tai trong (N=12)

Mức độ dị dạng		n	%
Tiền đình (cầu nang, Soan nang)		0	0
Thiểu sản ống bán khuyên	Ngoài	6	50,0
	Trên	3	16,7
	Sau	3	16,7
Giãn rộng ống nội dịch		6	50,0
Túi nội dịch		3	16,7
Không có ống bán khuyên		3	16,7

Dị dạng thuộc phần tiền đình tai trong mà ốc tai bình thường, không gặp trường hợp nào giãn rộng tiền đình (cầu nang và soan nang). Không có ống bán khuyên gặp 3/12 trường hợp, thiểu sản ống bán khuyên gặp 6/12 trường hợp, trong đó thiểu sản ống bán khuyên ngoài gặp nhiều nhất 6/12 trường hợp. Giãn rộng ống nội dịch chiếm 6/12 trường hợp, trong đó có 3 trường hợp chỉ giãn rộng ống nội dịch, còn 3 trường hợp giãn rộng cả ống nội dịch và túi nội dịch.

- Dây ốc tai

Bảng 3: tỷ lệ không thấy dây thần kinh ốc tai ở bệnh nhân dị dạng tai trong

Dây ốc ta / Loại dị dạng tai trong	Có dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường	Không có dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường	n
Thiểu sản ốc tai	2	4	6
Phân chia không hoàn toàn type I	3	3	6
Phân chia không hoàn toàn type II	1	1	2
Ốc tai có đủ số vòng	13	4	17
N	19	12	31

Trong 12 trường hợp trên phim cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường, thì có 8/12 trường hợp là ốc tai có cấu trúc dị dạng hoặc thiểu sản ốc tai, có 4/12 trường hợp ốc tai có đủ số vòng và kích thước bình thường nhưng lại có dị dạng về tiền đình. Tỷ lệ không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường trên bệnh nhân điếc bẩm sinh chiếm tỷ lệ 12/31 trường hợp tương đương với 38,7%, đây thực sự là khó khăn trong chỉ định phẫu thuật.

3.4. Phẫu thuật

- Chỉ định phẫu thuật

- Trong 31 bệnh nhân dị dạng tai trong, có 12 bệnh nhân không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường là chỉ định khó khăn nhất, 3 bệnh nhân ốc tai thông trực tiếp vào ống tai trong vì không có mảnh sàng đáy ốc tai, nguy cơ rò dịch não tủy rất cao sau phẫu thuật.

- 12 bệnh nhân không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, đã được cho đeo máy trợ thính trong 3 tháng. Kết quả với máy trợ thính có sức nghe 65- 70 dB, không máy trợ thính thì sức nghe > 90 dB.

- Với 3 bệnh nhân không có mảnh sàng đáy ốc tai ngăn với ống tai trong, chuẩn bị các phương án phẫu thuật, chất liệu đầy đủ để đóng kín cửa sổ tròn sau khi đặt điện cực vào trong ốc tai.

- Với bệnh nhân thiểu sản ốc tai, phải đo đường kính ốc tai, để tính được chiều dài của vịn nhĩ, căn cứ vào kích thước này để chọn điện cực có chiều dài phù hợp.

- Khó khăn khi phẫu thuật

- Vị trí đoạn 3 dây thần kinh bất thường nằm ngoài và trước ngành ngang xương đe gặp 11/31 trường hợp chiếm tỷ lệ 35,4%.

- Ngách mặt hẹp: khoảng cách từ đoạn 3 dây VII tới dây thừng nhĩ < 2,5mm gặp 12/31 trường hợp chiếm 38,7%.

- Cửa sổ tròn: không thấy cửa sổ tròn hoặc chỉ thấy gờ trước cửa sổ tròn khi mở ngách mặt gặp 9/31 trường hợp, chiếm tỷ lệ 29,0%.

- Kết quả phẫu thuật

- Loại dây điện cực: 11 dây điện cực ngắn có chiều dài 14,3 mm, 20 dây điện cực có chiều dài bình thường. Đặt được toàn bộ điện cực vào trong ốc tai 31/31 trường hợp.

- Đo trở kháng (IFT): trong giới hạn bình thường 31/31 trường hợp.

- Đo đáp ứng thần kinh thính giác khi kích thích điện cực (ART): 19/31 trường hợp có đáp ứng toàn bộ các điện cực, và 12/31 trường hợp không đáp ứng toàn bộ các điện cực, trong số này có 2 trường hợp chỉ ghi được sóng đáp ứng khi kích thích ở 5 điện cực và 7 điện cực.

- Tai biến

- Rò dịch não tủy: không có trường hợp nào

- Liệt mặt: 2/31 bệnh nhân, một bệnh nhân

do kích thích điện cực ở ngưỡng cao nhất và hồi phục hoàn toàn ở tuần thứ 3 sau phẫu thuật; một bệnh nhân do ngách mặt quá hẹp chỉ có 1,9 mm, làm tổn thương vỏ dây VII, phục hồi hoàn toàn vào tuần thứ 5 sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là 35,48 tháng, nhỏ nhất 12 tháng, lớn nhất 73 tháng. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Natalie Loundon và cộng sự [8] có tuổi trung bình cấy ốc tai là 4,7 tuổi.

Giới tỷ lệ Nam/nữ là 16/15, không có sự khác biệt về giới, như vậy tỷ lệ dị dạng tai trong không có sự khác biệt về giới.

Ngôn ngữ: 31 bệnh nhân đều không có ngôn ngữ. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác.

4.2. Đặc điểm sức nghe. Đo âm ốc tai (OAE): không đáp ứng 31/31 trường hợp, đo điện thính giác thân não (ABR) không có sóng V gặp 31/31 trường hợp, đo điện thính giác thân não ổn định (ASSR): 98,5 dB. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của Papsin trên 55 trẻ cấy ốc tai [7].

4.3. Chẩn đoán hình ảnh. Giá trị của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán những dị dạng tai trong là đóng vai trò quan trọng, giúp cho phẫu thuật viên quyết định phẫu thuật cấy ốc tai hay cấy điện cực thân não[4,7].Trong nghiên cứu này dị dạng tai trong cả tiền đình và ốc tai là 17/31 trường hợp, dị dạng riêng tiền đinh còn ốc tai bình thường là 12/31 trường hợp, chỉ dị dạng ốc tai còn tiền đình bình thường là 2/31 (bảng 3.1).Dị dạng tiền đình (bảng 3.2) rộng cống tiền đình 9/31, dị dạng ống bán khuyên 12/31 gặp chủ yếu dị dạng ống bán khuyên ngoài, không có ống bán khuyên 3/31. Theo nghiên cứu của Papsin thì tỷ lệ dị dạng tai trong là: khoang chung 8/103, thiểu sản ốc tai 16/103, phân chia không hoàn là 42/103, rộng cống tiền đình 37/103, không có ống bán khuyên sau 16/103[7]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với Papsin có lẽ do cỡ mẫu còn nhỏ. Dị dạng ốc tai loại thân chung, thiểu sản hay phân chia không hoàn toàn, dựa vào chiều dài của vịn nhĩ được đo trên chẩn đoán hình ảnh, giúp cho phẫu thuật viên chọn loại điện cực phù hợp[4]. Trên 31 bệnh nhân dị dạng có 12 bệnh nhân không có dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, gặp cả ở bệnh nhân có dị dạng ốc tai và không có dị dạng ốc tai, đây thực sự là khó khăn trong chỉ định phẫu thuật, theo Sennaroglu[4] không có dây ốc tai thì không có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai.

4.4. Phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật với trường hợp dị dạng tai trong chỉ phần tiền đình phần lớn tác giả như Sennaroglu[4] đều thống nhất là có chỉ định cấy ốc tai, nhưng phẫu thuật khó hơn vì thường có bất sản hoặc thiểu sản cửa tròn. Còn với dị dạng không có dây thần kinh ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, theo Stjernholm, Sennaroglu[4] không có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai[4], theo Phelps thì chẩn đoán hình ảnh không thể quyết định là có phẫu thuật cấy ốc tai hay không[5]. Thực tế với 12 ca không thấy dây thần kinh ốc tai ở vị trí bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi vẫn quyết định phẫu thuật theo kết quả đánh giá sức nghe. Trên nhóm bệnh nhân này sẽ được đeo máy trợ thính 2 bên trong 3 tháng, sau đó đánh giá sức nghe với máy trợ thính và không máy trợ thính ở trường tự do, thấy kết quả sức nghe với máy trợ thính là 65-70 dB so với không máy trợ thính là trên 90 dB. Điều này chứng tỏ rằng chắc chắn có dây thần kinh ốc tai, vì không có dây ốc tai thì bệnh nhân không thể cải thiện sức nghe khi đeo máy trợ thính. Vậy giả thuyết đặt ra là dây thần kinh ốc tai quá nhỏ mà không thấy trên chẩn đoán hình ảnh, hoặc dây ốc tai đi lẫn vào dây tiền đình, do đó ở vị trí giải phẫu bình thường sẽ không thấy dây ốc tai. Kết quả phẫu thuật đặt được toàn bộ điện cực vào trong ốc tai 12/12, khi đánh giá sự đáp ứng thính giác với kích thích điện cực thấy hai trường hợp chỉ thấy đáp ứng thính giác 5 và 7 điện cực, 10 trường hợp còn lại đáp ứng từ 8- 11 điện cực.

Khó khăn gặp phải khi phẫu thuật là những bất thường không chỉ ở tai trong mà còn ở cả những cấu trúc giải phẫu của tai giữa, vì khi có dị dạng tai trong thì thường gặp bất thường về vị trí dây VII, cửa sổ tròn, tĩnh mạch bên và thành sau ống tai[6,7], theo Mylanus[6] sự bất thường vị trí của dây VII ở bệnh nhân dị dạng tai trong là 27% so với 17% ở những bệnh nhân không có dị dạng tai trong. Trong nghiên cứu này có 3 trường hợp dị dạng phân chia không hoàn toàn type I, không có mảnh sàng đáy ốc tai ngăn cách với ống tai trong, như vậy dịch trong ốc tai sẽ thông trực tiếp với dịch não tủy ở ống tai trong, khi mở cửa tròn dịch trong ốc tai dâng như nước lũ, đặt điện cực rất khó khăn, dùng keo sinh học bơm vào cửa số tròn thì dịch mới ngừng chảy. Có 2 trường hợp dị dạng Mondini thì không cần dùng keo sinh học để bơm vào cửa sổ tròn, vì dị dạng mondini thường chỉ giãn rộng ống nội dịch và túi nội dịch, dịch ốc tai không thông trực tiếp vào ống tai trong. Vị trí thần kinh VII bất thường

gặp 11/31 và ngách mặt có kích thước < 2.5 mm gặp 12/31, không thấy cửa sổ tròn gặp 9/31, những bất thường này làm cho phẫu thuật khó khăn hơn, thời gian phẫu thuật dài hơn.

4.5. Tai biến. Liệt mặt gặp 2/31 (6,5%), một trường hợp do ngưỡng kích thích điện cực quá cao, một trường hợp do làm rách vỏ bao dây VII , sau phẫu thuật 4 tuần hồi phục hoàn toàn. Không có trường hợp nào rò dịch não tủy. Tỷ lệ liệt VII trong nghiên cứu của Loundon là 2,3% (1/43) khi phẫu thuật bệnh nhân có dị dạng tai trong. Dị dạng tai trong là một cảnh báo có thể gặp những tai biến lớn khi phẫu thuật[8], phẫu thuật sẽ khó khăn hơn vì kèm theo các bất thường của cấu trúc giải phẫu ở tai giữa [8]. Tai biến khi phẫu thuật bệnh nhân có dị dạng tai trong sẽ có tỷ lệ cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có dị dạng tai trong.

V. KẾT LUẬN

- Dị dạng tai trong có thể gặp riêng rẽở ốc tai, tiền đình hoặc cả tiền đình và ốc tai đều dị dạng. Thường kết hợp với những bất thường giải phẫu của các cấu trúc tai giữa, làm cho phẫu thuật càng khó khăn hơn.
- Khó khăn nhất trong chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai đó là không thấy dây ốc tai trên chẩn đoán hình ảnh.
- Quyết định phẫu thuật phải do phẫu thuật viên.
- Những bệnh nhân không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, vẫn có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai, nhưng phải đánh giá kỹ từng trường hợp cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Global estimates on prevalence of hearing loss, WHO, Geneva, 2012, 11-12
2. **Korver AH, Konings S, Dekker FW, et al,** Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment, Jama, 2010, 304(15), 1701-1708.
3. **Holman MA, et. al,** Cochlear Implantation in Children 12 Months of Age and Younger, Otology & Neurotolog, 2013, 34: 251-258
4. **Sennaroglu, L. Bajin MD,** Classification and current management of inner ear malformation, Balkan Med J, 2017, 34;397-341
5. **Phelps PD,** Cochlear implants for congenital deformities, J Laryngol Otol, 1992 Nov;106(11):967- 70
6. **Emmanuel A M Mylanus,** Congenital malformation of the inner ear and pediatric cochlear implantation, Otol Neurotol, 2004 May; 25(3):308-17
7. **Papsin BC,** Cochlear implantation in children with anomalous cochleovestibular anatomy, Laryngoscope, 2005 Jan;115 (1Pt 2Suppl 106):1-26
8. **Loundon N, et. al,** Medical and Surgical Complications in Pediatric Cochlear Implantation, Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010; 136(1):12-15

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH TRÊN 60 TUỔI

Đồng Tiến Phúc[1], Nguyễn Vũ[2], Nguyễn Duy Tuyển[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương ở người bệnh trên 60 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 62 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương ở người trên 60 tuổi được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/01/2021 – 31/12/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 67,7 ± 5,5. Tỉ lệ nam/nữ: 1,86. Nguyên nhân chấn thương thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (51,6%) Triệu chứng lâm sàng: Đa số bệnh nhân vào viện có điểm Glasgow 9 – 12 điểm (45,2%). Yếu liệt nửa người (32,3%). Giãn đồng tử (22,5%). Hình ảnh cắt lớp vi tính: máu tụ dưới màng cứng bán cầu trái (53,2%), bề dày khối máu tụ từ 11–15mm (50%). 100% bệnh nhân có mức độ di lệch đường giữa >5 mm, tình trạng phù não, xóa bể đáy là 4,8%. Đa số được phẫu thuật mở volet xương sọ lấy máu tụ, cầm máu, bỏ mảnh xương để giảm áp (92%) Kết quả điều trị xấu chiếm (48,4%). **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng cấp tính ở người bệnh trên 60 tuổi nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (51,6%). Đa số được phẫu thuật mở volet xương sọ lấy máu tụ, cầm máu, bỏ mảnh xương để giảm áp (92%) Kết quả xấu chiếm (48,4%).

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình
[2]Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ
Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022
Ngày duyệt bài: 30.11.2022

SUMMARY

THE RESULT OF SURGERY FOR ACUTE TRAMATIC SUBDURAL HEMATOMAS IN