

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan.** Colorectal cancer incidence and mortality worldwide in 2018. International agency for research on cancer. 2018
2. **Elwanis MA, Maximous DW, Elsayed MI, Mikhail NN.** Surgical treatment for locally advanced lower third rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation with capecitabine: prospective phase II trial. World journal of surgical oncology. Jun 9 2009
3. **Phạm Cẩm Phương.** Đánh giá hiệu quả của xạ trị kết hợp capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ. Luận án Tiến sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013
4. **Phạm Khánh Toàn.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xạ trị gia tốc tăng phân liều trước mổ ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013
5. **HammadTeama A, AbdelsamieAlarabawy R,** AbdelhadyMohamed H, HanyEissa H. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. ScienceDirect. 2015;46(4):833- 846.
6. **Sun YS, Li XT, Zhang XY, Tang L, Cui Y, Zhang XP.** [Preoperative staging of rectal carcinoma with high-resolution MRI: correlation with histopathologic findings]. Zhonghua wai ke za zhi [Chinese journal of surgery]. Mar 2012; 50(3):207-10.
7. **Võ Văn Xuân, Nguyễn Đại Bình, Ngô Vĩ Dung.** Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật xạ trị gia tốc tăng phân liều tiền phẫu kết hợp với phẫu thuật ung thư trực tràng. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2012; 2:57-66.
8. **Kim JC, Kim TW, Kim JH, et al.** Preoperative concurrent radiotherapy with capecitabine before total mesorectal excision in locally advanced rectal cancer. International journal of radiation oncology, biology, physics. Oct 1 2005;63(2):346-53.
9. **Chamlou R, Parc Y, Simon T, et al.** Long-term results of intersphincteric resection for low rectal cancer. Annals of surgery. Dec 2007;246(6):916-21; discussion 921-2.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÁ NHĨ TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH KHÔNG NGUY HIỂM Ở TRẺ EM DƯỚI 16 TUỔI

Bùi Duy Vũ*, Cao Minh Thành**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em độ tuổi dưới 16. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có can thiệp. **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. **Bệnh nhân:** 29 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm trong độ tuổi từ 8-16 tuổi được phẫu thuật vá nhĩ từ 6/2020- 8/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ đóng kín lỗ thủng màng nhĩ sau phẫu thuật trên 6 tháng chiếm 86,2%, PTAac trước phẫu thuật là 28,06 dB sau phẫu thuật 20,86 dB, ABG trước phẫu thuật là 24,13 dB sau phẫu thuật 14,66 dB. **Kết luận:** Tỷ lệ vá nhĩ thành công trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em độ tuổi 8- 16 là tương đương với người lớn.

Từ khóa: Phẫu thuật vá nhĩ trẻ em, phẫu thuật tạo hình tai giữa typ 1 ở trẻ em

SUMMARY

OUTCOME ASESMENT OF TYMPANOPLASTY SURGERY MEASURE FOR CHRONIC OTITIS MEDIA TREATMENT WITHOUT CHOLESTEATOMA

*Bệnh viện trẻ em Hải phòng

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Vũ

Email: anhvu1981hy@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2021

Ngày duyệt bài: 5.10.2021

IN THE PEDIATRIC UNDER 16 YEARS

Objective: the purpose of this study was assess the value of tympanoplasty surgery measure for chronic otitis media treatment without cholesteatoma in the pediatric under 16 years. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Place of study:** In National ENT Hospital and Ha Noi Hospital university of medicine. **Patients:** twenty nine patients were operated closure of tympanic membrane perforation aged between 8 and 16 years from June 2020 to August 2021. **Results:** the prevalent of closure of tympanic membrane perforation occupied 86,2% after 6 months surgery. Preoperative PTAac was 28.06 dB compared to 20,86 dB Postoperative. Preoperative ABG was 24,13 dB compared to 14,66 dB Postoperative. **Conclusion:** tympanoplasty success rates for treatment of no danger otitis media in pediatric population aged between 8 and 16 years were similar to adults.

Keywords: Tympanoplasty in pediatric patients, Typ 1 tympanoplasty in pediatric pateints.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) là bệnh thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới, nhất là ở trẻ em. Phẫu thuật vá nhĩ (tạo hình tai giữa typ I) là phương pháp cơ bản để điều trị VTGMT không nguy hiểm. Phẫu thuật tạo hình tai giữa (THTG) được Wüllstein và Zöller phổ biến vào giữa những năm 1950^{1,2,3}. Các lý do được đưa ra làm kết quả phẫu thuật vá nhĩ của trẻ em kém

hơn người lớn như: tần suất nhiễm trùng đường hô hấp trên và viêm tai giữa cao hơn, chức năng vòi eustachian kém hơn, VA quá phát và hệ thống miễn dịch chưa trưởng thành². Những lập luận này dẫn đến việc trì hoãn việc THTG ở trẻ em, đặc biệt với trẻ em < 14 tuổi. Tuy vậy, các nghiên cứu trên thế giới gần đây cho thấy, phẫu thuật vá nhĩ ở trẻ em có tỷ lệ thành công là gần tương tự như người lớn³. Sự xuất hiện của nghe kém trong thời thơ ấu có ảnh hưởng không tốt đến sự phát triển của lời nói, ngôn ngữ, tư duy và các kỹ năng học tập^{2,3}. Bên cạnh đó, việc đóng lỗ thủng màng nhĩ sẽ ngăn ngừa sự hình thành cholesteatoma và tổn thương xương con về lâu dài. Phẫu thuật THTG thành công mang lại cho trẻ một đôi tai an toàn, không chảy dịch, không cần chăm sóc cũng như tham gia các hoạt động dưới nước và các hoạt động xã hội khác mà không bị hạn chế. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em độ tuổi 8-16*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân trong độ tuổi 8- 16 được chẩn đoán VTGMT không nguy hiểm, được khám và điều trị tại Bệnh viện Tai mũi họng trung ương và Trung tâm Tai mũi họng và Phẫu thuật cấy ốc tai Bệnh viện Trường đại học Y Hà Nội.

- Thời gian: 6/2020-8/2021, N=29bệnh nhân.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: 8- 16 tuổi.

- Bệnh nhân được chẩn đoán VTGMT không nguy hiểm giai đoạn ổn định: tai khô ≥ 12 tuần, nội soi: màng nhĩ thủng, tai khô, đáy nhĩ sạch. Đo sức nghe: nghe kém dẫn truyền hoặc hỗn hợp. Phim cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương: không có ổ tiêu xương và tổn thương xương con.

- Đủ điều kiện phẫu thuật

- Được phẫu thuật vá màng nhĩ.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật về: màng nhĩ và sức nghe ở những thời điểm 1, 3, 6 tháng và trên 6 tháng.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân < 8 tuổi và ≥ 16 tuổi.

- Bệnh nhân không khám lại sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và trên 6 tháng hoặc khám lại sau 6 tháng không đo sức nghe đơn âm.

- VTGMT nguy hiểm.

- Gia đình bệnh nhân hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 . Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang ca bệnh có can thiệp.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu mẫu.

- Thiết bị nghiên cứu: Bộ nội soi tai mũi họng, máy đo thính lực đơn âm, kính hiển vi phẫu thuật, máy chụp phim CLVT xương thái dương, bộ dụng cụ phẫu thuật tai.

- Chất liệu vá màng nhĩ : cân cơ thái dương.

2.2.3. Các thông số nghiên cứu

- Nhóm tuổi, tuổi trung bình, thời gian bị bệnh, thời gian theo dõi sau phẫu thuật

- Lỗ thủng màng nhĩ: vị trí, kích thước

- Cận lâm sàng: + Thính lực đồ: loại nghe kém, PTAac, PTA_{bc}, ABG

+ CLVT xương thái dương

- Kết quả: Nội soi màng nhĩ: rất tốt, tốt, trung bình, thất bại

Chức năng: PTAac, ABG sau mổ

2.2.4. Các tiêu đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Đánh giá thành công về mặt giải phẫu (độ liền của màng nhĩ) và chức năng (PTAac, ABG):

*Màng nhĩ: Rất tốt: Màng nhĩ liền kín, bóng sáng.

Tốt: Màng nhĩ liền kín, khô, dày.

Trung bình: Màng nhĩ liền ẩm, lõm.

Thất bại: Màng nhĩ thủng lại hoặc không liền kín.

*Sức nghe: Rất tốt: PTAac ≤ 10 dB, ABG ≤ 10 dB.

Tốt: PTAac: từ 11- 20 dB; ABG: từ 11- 20 dB.

Trung bình: PTAac: từ 21- 30 dB, ABG: từ 21- 30 dB.

Kém, thất bại: PTAac > 30 dB, ABG > 30 dB

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

• Phân loại theo nhóm tuổi: Nhóm tuổi 12- <16 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn 23/29 (79,3%), nhóm tuổi 8-11 tuổi thấp hơn 6/29 (20,7 %).

• Tuổi trung bình: $12,66 \pm 1,99$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 8 tuổi, tuổi lớn nhất là 15 tuổi.

• Theo thời gian bị bệnh: bệnh nhân có thời gian bị bệnh >5 năm chiếm tỷ lệ 79,3%, nhóm 1-5 tuổi chiếm tỷ lệ 20,7%, không có trường hợp nào bị bệnh <1 năm.

• Thời gian theo dõi sau phẫu thuật:

Trung bình: $11,02 \pm 0,92$ tháng, ngắn nhất 7 tháng, dài nhất 13 tháng.

3.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

3.2.1 Đặc điểm lỗ thủng màng nhĩ

Bảng 3.1. Đặc điểm tổn thương màng nhĩ theo vị trí lỗ thủng (N=29)

Vị trí lỗ thủng màng nhĩ	n	%
Trước trên	0	0,0
Trước dưới	3	10,3
Sau trên	1	3,4
Sau dưới	1	3,4
Trung tâm	2	6,9
Thủng rộng màng căng	22	75,9
N	29	100

Nhận xét: Lỗ thủng rộng màng căng chiếm 75,9%, các vị trí lỗ thủng góc trước dưới, sau trên, sau dưới và trung tâm có tỷ lệ lần lượt là

3.3.2. Đặc điểm sức nghe trước phẫu thuật.

Bảng 3.3. Trung bình ngưỡng nghe trước phẫu thuật (N= 29)

Tần số (kHz) Cường độ nghe (dB)	0,5	1	2	4	PTA
BC	5,21 ± 4,07	3,97 ± 4,89	5,86 ± 5,68	0,52 ± 5,57	3,93 ± 3,45
AC	32,59 ± 13,47	28,79 ± 10,23	23,45 ± 8,98	25,69 ± 10,15	28,06 ± 8,28
ABG	27,38 ± 12,37	24,83 ± 10,39	17,59 ± 7,02	25,17 ± 9,86	24,13 ± 7,13

Nhận xét: PTA_{bc} là 3,93 dB, nằm trong giới hạn bình thường, PTA_{ac} có giá trị 28,06 dB, thuộc loại nghe kém mức độ nhẹ, ABG có giá trị 24,13 dB.

3.3.3. Đặc điểm phim cắt lớp vi tính xương thái dương (CLVTXTD)

- Có 26/29 bệnh nhân biểu hiện khối mờ trên phim CLVTXTD chiếm tỷ lệ 89,7%, có 3/29 bệnh nhân (10,3%) không có biểu hiện tổn thương trên phim CLVTXTD
- Không có bệnh nhân nào có biểu hiện tổn thương gián đoạn xương con và ổ tiêu xương

3.3 Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Tỷ lệ màng nhĩ liền lỗ thủng sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật Tình trạng màng nhĩ	1 tháng		3 tháng		6 tháng		>6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lỗ thủng liền, ẩm	6	20,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lỗ thủng liền, khô	19	65,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lỗ thủng không liền kín	4	13,8	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Lỗ thủng liền, dày	0	0,0	7	24,1	4	13,8	4	13,8
Lỗ thủng liền, bóng	0	0,0	20	69,0	22	75,9	21	72,4
Lỗ thủng màng nhĩ	0	0,0	0	0,0	3	10,3	4	13,8
N	29	100	29	100	29	100	29	100

Nhận xét: Tỷ lệ màng nhĩ liền kín sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và trên 6 tháng tương ứng là 86,2%, 93,1%, 89,7% và 86,2%. Tỷ lệ màng nhĩ liền không kín sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng tương ứng là 13,8%, 6,9%. Tỷ lệ màng nhĩ có lỗ thủng sau 6 tháng là 10,3% và trên 6 tháng 13,8%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ liền màng nhĩ theo nhóm tuổi

Kết quả điều trị	Nhóm tuổi		p Test T
	8 - <12 tuổi n (%)	12 - <16 tuổi n (%)	
Thành công	5(83,3)	20(86,9)	>0,05
Thất bại	1(16,7)	3(13,1)	
N	6(20,7)	23(79,3)	

Nhận xét: Tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm 8- <12 tuổi là 83,3%, nhóm 12 - <16 tuổi là 86,9%. Tỷ lệ màng nhĩ thủng lại của nhóm 8- < 12 tuổi và 12- < 16 tuổi lần lượt là 16,7% và 13,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

10,3%, 3,4%, 3,4% và 6,9%. Không có bệnh nhân nào bị thủng góc trước trên.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo kích thước lỗ thủng

Kích thước lỗ thủng	n	%
Nhỏ ≤ 1/4 màng nhĩ	4	13,8
1/4 < Trung bình ≤ 1/2 màng nhĩ	3	10,3
Rộng > 1/2 màng nhĩ	22	75,9
N	29	100

Nhận xét: Lỗ thủng rộng chiếm 75,9%, lỗ thủng nhỏ chiếm 13,8%, lỗ thủng trung bình là 10,3%

Bảng 3.6. Phân loại mức độ cải thiện ABG và phục hồi màng nhĩ sau phẫu thuật

Thông số đánh giá Tiêu chí đánh giá	Màng nhĩ		ABG	
	n	%	n	%
Rất tốt	21	72,4	9	31,0
Tốt	4	13,8	13	44,8
Trung bình	0	0,0	7	24,1
Thất bại	4	13,8	0	0,0
N	29	100	29	100

Nhận xét: Quá trình phục hồi màng nhĩ và mức cải thiện ABG sau phẫu thuật ở các mức là:

- Rất tốt: màng nhĩ phục hồi giải phẫu gần như bình thường chiếm tỷ lệ 72, 4% và ABG ≤ 10 dB chiếm tỷ lệ 31,0%
- Tốt: màng nhĩ phục hồi giải phẫu ở mức tốt

(màng nhĩ liền, khô, dày) chiếm tỷ lệ 13,8% và ABG từ 10 – 20 dB chiếm tỷ lệ 44,8%

- Trung bình: không có bệnh nhân nào có màng nhĩ liền ảm (mức trung bình) 0,0% và ABG

từ 21- 30 dB chiếm tỷ lệ 24,1%

- Thất bại: màng nhĩ thủng lại (thất bại) sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 13,8% và ABG >30 dB không có bệnh nhân nào (0,0%).

Bảng 3.7. So sánh kết quả PTAac, ABG trước và sau phẫu thuật (N=29)

Thông số	Thời gian	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p
PTAac		28,06± 8.28	20,86±7,02	<0,05
ABG		24,13±7,13	14,66±5,98	<0,05

Nhận xét: PTAac trước phẫu thuật là 28,06 dB, sau phẫu thuật là 20,86 dB, ABG trước phẫu thuật là 24,13 dB, sau phẫu thuật là 14,66 dB. Sự khác biệt PTAac, ABG trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Tuổi, nhóm tuổi: Phẫu thuật vá nhĩ ở trẻ em là chủ đề được thảo luận rất nhiều trong thời gian qua. Một trong những vấn đề gây tranh cãi nhất là độ tuổi tối ưu để phẫu thuật vá nhĩ ở trẻ em. Vậy, có thể tiến hành vá nhĩ cho trẻ từ độ tuổi nào? Blustone cho rằng lứa tuổi có sự hoàn thiện về chức năng vòi nhĩ là 6,7 hoặc 8 tuổi, đây là lứa tuổi có thể tiến hành vá nhĩ³. Kock, Kumar và công sự khuyến nghị độ tuổi tối thiểu là 8 tuổi để thực hiện phẫu thuật tạo hình tai giữa, dựa trên các thành phần sụn và cơ vòi Eustachian có cấu tạo hoàn thiện³. Hơn nữa, ở trẻ em 6 đến 7 tuổi VA bắt đầu có sự thoái triển⁸, tỷ lệ viêm đường hô hấp trên giảm, miễn dịch trưởng thành hơn. Các tác giả này đều đề nghị nên can thiệp vá nhĩ sớm cho trẻ để phục hồi chức năng tai giữa và ngăn ngừa tình trạng suy giảm thêm tai giữa³. Do vậy, chúng tôi lựa chọn trẻ em từ 8 tuổi trở lên là lứa tuổi phù hợp để phẫu thuật vá nhĩ.

Nhóm tuổi 12-16 T chiếm tỷ lệ 79,3% cao hơn nhóm tuổi 8- <12 T (20,7%) và tuổi trung bình là 12,66 ± 1,99 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi. Thời gian bị bệnh là trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 79,3%, có 20,7% trẻ em có thời gian bị bệnh từ 1- 5 năm, không có bệnh nhân nào có thời gian bị bệnh dưới 1 năm. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng: thời gian bị bệnh càng dài thì kích thước lỗ thủng càng rộng, nguy cơ tổn thương tai giữa càng cao và mức độ nghe kém càng nhiều^{2,3}.

Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 11,02 tháng, ngắn nhất là 7 tháng, dài nhất là 13 tháng, thấp hơn thời gian theo dõi trung bình của tác giả Cao Minh Thành (16 tháng)⁷. Thời gian theo dõi càng dài càng có giá trị giúp phát hiện sớm các nguy cơ thất bại để có biện pháp can thiệp và rút kinh nghiệm. Đồng thời, thời gian theo dõi kéo dài giúp đánh giá kết

quả phẫu thuật vá nhĩ về mặt giải phẫu và chức năng một cách chính xác và đầy đủ hơn. Tuy nhiên, đa số các tác giả đều cho là thời gian theo dõi trên 6 tháng là có giá trị để đánh giá được thành công về mặt giải phẫu và chức năng của phẫu thuật vá nhĩ³.

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm vị trí, kích thước lỗ thủng màng nhĩ: Màng nhĩ có thể thủng ở bất cứ vị trí nào trong quá trình viêm, có kích thước khác nhau và chủ yếu gặp ở phần màng căng. Chúng tôi gặp phần lớn bệnh nhân có lỗ thủng rộng phần màng căng và kích thước lỗ thủng chiếm >50 % diện tích màng nhĩ chiếm tỷ lệ cao nhất (75,9%), cao hơn tác giả Cao Minh Thành (23,7%)⁷, Phùng Thị Vân Anh (38%)⁹. Lỗ thủng góc trước dưới chiếm 10,3%. Vị trí, kích thước và hình thái lỗ thủng liên quan đến mức độ nghe kém và khả năng thành công của phẫu thuật². Theo Pedro Salvador³, lỗ thủng góc trước có kết quả phẫu thuật kém hơn góc sau và góc dưới (75% so với 87,5% và 94,1%). Lỗ thủng trung tâm chiếm 6,9%, thấp hơn tác giả Cao Minh Thành (32%)⁷. Kích thước lỗ thủng nhỏ, lỗ thủng trung bình có tỷ lệ tương ứng là 13,8% và 10,3%, thấp hơn của tác giả Cao Minh Thành (18,6 % và 42,3%)⁷.

Ngưỡng nghe trước phẫu thuật: Trung bình ngưỡng nghe đường xương (PTA_{bc}) nằm trong giới hạn bình thường (3,93± 3,45). Trung bình ngưỡng nghe đường khí (PTA_{ac}) là 28,06 dB, nằm trong giới hạn nghe kém dẫn truyền mức độ nhẹ, thấp hơn nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh⁹ (35,8 dB). Thời gian VTGMT càng dài thì mức độ suy giảm sức nghe càng nhanh và nhiều, theo Sakagami mỗi năm tai bị bệnh giảm 0.82 dB. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em nên thời gian bị bệnh chưa quá kéo dài, lỗ thủng màng nhĩ chưa toàn bộ nên mức độ giảm sức nghe chỉ ở mức độ nhẹ. ABG có giá trị trung bình là 24,13 dB, tương đương với

nghe của Phùng Thị Vân Anh (28,2 dB)⁹. ABG càng lớn thì khoảng cách giữa đường khí và đường xương càng lớn và ngược lại.

4.3 Kết quả phẫu thuật

Tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật.

Thành công về mặt giải phẫu là thước đo kết quả chính và được xác định là màng nhĩ liền kín, không co rút, rung động bình thường, ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật. Nghiên cứu gần đây của một số tác giả trên thế giới báo cáo tỷ lệ màng nhĩ liền sau phẫu thuật dao động từ 75- 92%³. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ màng nhĩ liền kín sau phẫu 1 tháng là 86,2 %, sau phẫu thuật 3 tháng là 93,1%, 6 tháng là 89,7%, trên 6 tháng là 86,2%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Pedro Salvador³ là 83%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Cao Minh Thành (95,9%)⁷. Tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ liền màng nhĩ là 86,2% (có 20,7% liền ẩm, liền khô là 65,5 %), thấp hơn tác giả Cao Minh Thành (95,9%)⁷, Phùng Thị Vân Anh (92,9%)⁹. Thời điểm sau 3 tháng, tỷ lệ liền màng nhĩ chiếm 93,1%(69% màng nhĩ liền bóng, 24,1% màng nhĩ liền đục), tương tự nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh là 95%⁹ (72,5% màng nhĩ liền bóng, 22,5% màng nhĩ liền dày đục). Thời điểm sau 6 tháng: tỷ lệ thành công là 86,2% (liền kín, sáng bóng chiếm 72,4%, liền dày là 13,8%), thấp hơn nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh là 93,1% (82,8% màng nhĩ liền bóng sáng). Tỷ lệ thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,8%, tương tự nghiên cứu của Denis Baklaci² là 13,7%, cao hơn tác giả Cao Minh Thành (9,4%)⁷.

Tỷ lệ thành công theo nhóm tuổi: tỷ lệ liền màng nhĩ ở nhóm tuổi 8- <12 là 83,3%, nhóm 12-< 16 là 86,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Trong nghiên cứu của Pedro Salvador³ thì tỷ lệ liền màng nhĩ của nhóm 8-12 tuổi và từ 12 -18 tuổi lần lượt là 83,1 % và 92,8%, $p > 0,05$. Có sự khác biệt là do trong nghiên cứu của Pedro Salvador nhóm trẻ lớn nằm trong độ tuổi từ 12- 18 tuổi, nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm tuổi trẻ lớn chỉ trong độ tuổi 12- <16 tuổi. Tuy nhiên, đa số các tác giả đều nhận thấy tỷ lệ thành công của nhóm trẻ có độ tuổi bé thấp hơn nhóm độ tuổi lớn nhưng không có sự khác biệt^{2,3}.

Đánh giá sức nghe sau phẫu thuật: Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần nhằm mục đích cải thiện tình trạng nghe kém để tối ưu hóa sự phát triển ngôn ngữ và lời nói³. Trong nghiên cứu của chúng tôi sức nghe sau phẫu thuật có sự cải thiện đáng kể, PTAac là 20,86 dB so với trước phẫu thuật là 28,06 dB, cải thiện được 7,20 dB,

xếp loại nghe kém nhẹ. Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Pedro Salvador³, mức cải thiện thính giác trung bình PTAac là 7,95 dB. Chỉ số ABG trước phẫu thuật là 24,13 dB, sau phẫu thuật là 14,66 dB, mức thu hồi là 9,47 dB. Mức thu hồi ABG sau phẫu thuật của chúng tôi tương tự kết quả của Denis Baklaci² (10,77 dB), Pedro Salvador³ (7,88 dB). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Phùng Thị Vân Anh⁹, PTAac và ABG sau phẫu thuật 24,4 dB và 19,1 dB. Mức thu hồi ABG sau phẫu thuật càng cao thì khả năng cải thiện sức nghe càng tốt, vì khi ABG tăng cao thì khoảng cách đường khí - xương sẽ hẹp lại, mà khoảng cách đường khí - xương càng hẹp thì phục hồi sức nghe càng tốt⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ cải thiện ABG ≤ 20 dB (mức rất tốt: ABG ≤ 10 dB và tốt: ABG từ 11- 20 dB) chiếm 75,8%, trong đó ABG ≤ 10 dB là 31,0%, ABG từ 11-20 là 44,8% cải thiện rõ rệt so với trước mổ (0,0% và 31,0%). Mức độ cải thiện ABG ≤ 20 dB trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Denis Baklaci² là 74,5%, ABG ở mức trung bình (21- 30 dB) chỉ chiếm 24,1% và không có bệnh nhân nào có ABG ≥ 31 dB. Mức độ cải thiện PTAac sau mổ là rất rõ rệt, mức rất tốt (PTA ≤ 10 dB), tốt (PTA từ 11- 20 dB), trung bình (PTA từ 21- 30 dB) có tỷ lệ lần lượt là 3,4%, 58,6% và 27,6% so với trước phẫu thuật (0,0%, 17,2% và 51,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bệnh nhân có PTAac ≥ 31 dB chiếm 10,3%, trong khi trước phẫu thuật là 31,0%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đóng kín lỗ thủng sau phẫu thuật vá nhĩ ở trẻ 8- 16 tuổi là 25/29 (86,2%). Tỷ lệ thủng màng nhĩ sau phẫu thuật là 4/29 (13,8%). Không có sự khác nhau giữa 2 nhóm tuổi. Vá màng nhĩ thành công làm chấm dứt quá trình viêm và tăng sức nghe cho bệnh nhân.

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật vá nhĩ ở trẻ em là gần tương đương với người lớn. Như vậy chúng ta hoàn toàn có thể chỉ định phẫu thuật vá nhĩ cho trẻ từ 8 tuổi trở lên. Phẫu thuật vá nhĩ sớm thành công giúp: ngăn chuyển loại viêm tai, tham gia các hoạt động dưới nước, hoạt động xã hội mà không bị hạn chế. Tạo điều kiện cho trẻ tự tin hơn trong cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wullstein H. Theory and practice of tympanoplasty. *Laryngoscope*. 1956, 66(8): 1076- 93.
2. Baklaci et al (2018), *BMC Pediatrics*, " Type 1 tympanoplasty in pediatric patients: a review of 102 cases". <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1326-1>.
3. Pedro Salvador et al (2020), *Pediatric type 1*

- tympanoplasty: prognostic factors, *Artículo Original*, 2340- 3438.
- Gans H.** Tympanoplasty in children. *Arch Otolaryngol.* 1963;77:350.
 - Pyman C.** Signposts to successful tympanoplasty, With special reference to children. *J Otolaryngol Soc Aust.* 1964;1:233-47.
 - Lau T, Tos M.** Tympanoplasty in children. An analysis of late results. *Am J Otol.* 1986;7(1):55-9.
 - Cao Minh Thành (2012). Phẫu thuật nội soi và nhĩ: kết quả và kinh nghiệm thực tiễn, *Tạp chí Y học Việt nam*; tập 393; tháng 5 số 1; trang 76-79.
 - Anita Jeyakumar,** Sean Miller, Ron B. Mitchell (2014) *Bailey's head and neck surgery-otolaryngology, Adenotonsillar Disease in Children*, chapter 95, pp. 1430
 - Phùng Thị Vân Anh (2012),** "Đánh giá kết quả tạo hình màng nhĩ đường ống tai", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM ĐAU TRONG BỆNH ZONA THEO CÁC THANG ĐIỂM ĐAU XUẤT XỨ THẦN KINH

Phạm Thị Thu Hương*, Tô Thị Thúy Hằng**, Võ Hồng Khôi***

TÓM TẮT

Cơ sở: Bệnh zona là một trong những bệnh da thường gặp, do virus Herpes Zoster gây nên. Đau trong zona là triệu chứng chức năng chính đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế, đặc biệt là chuyên khoa Thần Kinh. Đau là biểu hiện đặc thù ở cả ba giai đoạn của bệnh với tính chất đau thần kinh nổi bật. Rất khó lượng giá cảm giác đau nhưng một số thang điểm đau có thể dùng để đánh giá mức độ và tính chất đau xuất xứ thần kinh như thang điểm LANSS và DN4. **Mục tiêu:** Áp dụng một số thang điểm đau quốc tế đánh giá mức độ và tính chất đau xuất xứ thần kinh trong bệnh zona. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh zona. Sử dụng thang điểm đau LANSS và DN4 để đánh giá mức độ và tính chất đau. **Kết quả:** 70% đến 90% bệnh nhân được đánh giá đau theo thang điểm đau xuất xứ thần kinh (LANSS). 60,3% bệnh nhân có tính chất đau xuất xứ thần kinh điển hình (điểm LANSS từ 21 trở lên). 20% đến 80% bệnh nhân có tính chất đau đánh giá theo thang điểm đau xuất xứ thần kinh bộ 4 câu hỏi (DN4). 95,9% bệnh nhân có tính chất đau xuất xứ thần kinh điển hình (điểm DN4 từ 4 trở lên). Tính chất đau xuất xứ thần kinh và mức độ đau sau zona có mối tương quan chặt chẽ với tuổi bệnh nhân. **Kết luận:** Đau zona có các tính chất điển hình của đau xuất xứ thần kinh. Tuổi càng cao, càng có nguy cơ đau sau zona và các triệu chứng đau đánh giá theo điểm LANSS và bộ 4 câu hỏi (DN4) càng đầy đủ.

Từ khóa: LANSS, DN4, đau xuất xứ thần kinh, bệnh zona.

SUMMARY

STUDY ON CHARACTERISTIC FEATURES OF

**Bệnh viện Da liễu trung ương*

***Bệnh viện Bãi Cháy Quảng ninh*

****Bệnh viện Bạch Mai.*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hương

Email: drthuhuong01@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2021

Ngày duyệt bài: 5.10.2021

NEUROPATHIC PAIN IN ZONA

Background: Shingles is one of the common skin conditions, caused by the Herpes Zoster virus. Pain in shingles is a major functional symptom that brings patients to medical specialties, especially neurology. Pain is characteristic of all three stages of zona with prominent neuropathic pain. However, pain is difficult to evaluate. There are a number of international pain scales that can be used to assess the level and nature of neuropathic pain, such as the LANSS and DN4 scores. **Objective:** To apply some international pain scales to assess the level and nature of neuropathic pain in shingles. **Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study of 73 patients diagnosed with shingles. We used LANSS and DN4 pain scales to assess the level and nature of neuropathic pain. **Results:** 70% to 90% of the patients suffering from pain were evaluated on the basis of neurological pain score (LANSS) 60.3% of patients had typical neuropathic pain (LANSS score of 21 or higher). 20% to 80% of patients were evaluated according to the Neuropathic pain set of 4 questions (DN4). 95.9% of patients had typical neuropathic pain (DN4 score of 4 or higher). Neuropathic pain and postoperative pain were significantly correlated with the age of patients. **Conclusion:** Shingles pain had typical properties of neuropathic pain. The higher the risk, the greater the risk of post-shingles and pain symptoms assessed after LANSS and the set DN4 questions.

Key words: LANSS, DN4, neuropathic pain, shingles.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh zona là một trong những bệnh da thường gặp, do virus Herpes Zoster. Đau có thể biểu hiện cả ba giai đoạn của bệnh. Đau sau zona là tình trạng đau kéo dài trên một tháng sau khi nhiễm Herpes zoster (khi vùng da tổn thương đã lành hoàn toàn). Đau được giải thích theo cơ chế: tăng hoạt tính màng và phóng điện lạc vị, tăng mẫn cảm ngoại vi và mất kiểm soát ức chế.

Đau là triệu chứng chức năng chính đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế, đặc biệt là chuyên khoa Thần kinh và Da liễu. Đau trong giai đoạn tiền