

3. **Cayan S, Kadioglu TC, Tefekli A:** Comparison of results and complications of high ligation surgery and microsurgical high inguinal varicocele in the treatment of varicocele. *Urology* (2000); 55: 750-754.

4. **Coolsaet BL:** The varicocele syndrome: Venography determining the optimal level for the surgical treatment. *J Urol* (1980); 124:833-839.

5. **Donovan JF, Winfield HN:** Laparoscopic varix ligation. *J Urol* (1992); 147: 77-81.

6. **Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP,** et al: Microsurgical inguinal varicocele with delivery of the testis: an artery and lymphatic sparing technique. *J Urol* (1992); 148: 1808-1811.

7. **Goldstein M:** Surgical management of male infertility and other scrotal disorder. In

Walsh PC et al Eds, *Campbell's Urology*, W.B Saunders (2002): 1532-1587

8. **Nguyễn Thành Như:** Sơ lược khảo sát thể tích tinh hoàn trung bình của đàn ông Việt Nam trưởng thành. *Tạp chí hình thái học* (2001) tập 11:71-74.

9. **Nguyễn Quang, Nguyễn Ngọc Sơn:** Đặc điểm chẩn đoán và kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức 6/2013-5/2014. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2015, tập 19, số 4: 177-181

10. **Nguyễn Thành Như, Trần Chung Thủy, Mai Bá Tiên Dũng:** Vi phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh giãn hai bên ngả bẹn bìu: Hiệu quả điều trị trong hiếm muộn nam. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2008, số 3:232-237.

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THÙNG NHĨ TÁI PHÁT

NGUYỄN THỊ NHÀI,
LÊ NHẤT OAI, ĐOÀN THỊ HỒNG HOA,
NGUYỄN THỊ TỐ UYÊN, NGUYỄN HOÀNG HUY
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả hình thái lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thủng nhĩ tái phát. Nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Thời gian từ lúc mổ lần 1 đến lúc mổ lần 2 chủ yếu là trên 10 năm chiếm đến 70%. Nữ gặp nhiều hơn nam. Lý do đến viện mổ lại chủ yếu là chảy mủ tai với tỷ lệ 66,7%. Bệnh nhân thường có các bệnh mũi họng kèm theo chiếm 66,7%. Tình trạng viêm tai đối bên chiếm 50% các trường hợp. Phần lớn lỗ thủng ở phần trước dưới chiếm tỷ lệ 53,3% và thủng toàn bộ 30%; lỗ thủng không sát xương chiếm 63,3%.

Tình trạng sức nghe tai phẫu thuật đa phần là nghe kém dẫn truyền 20/30 (66,7%) trường hợp, nghe kém hỗn hợp 8/30 (26,7%) .Thành công phục hồi giải phẫu, màng nhĩ liền kín trong 28/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 93,3%.Thành công về chức năng nghe đạt 23/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,7%.

Từ khóa: hình thái lâm sàng, thủng nhĩ tái phát, thính lực, vá nhĩ, tạo hình tai giữa.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF REVISION TYMpanoplasty FOR RE-PERFORATION TYMPANIC MEMBRANE

A cross-sectional study was conducted to describe the clinical characteristics and results of tympanoplasty for re-perforation tympanic membrane. This study was performed with 30 patients at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam. The result shows that the

Chịu trách nhiệm: Lê Nhất Oai
Email: leoai0041@gmail.com
Ngày nhận: 14/9/2020
Ngày phân biên: 21/10/2020
Ngày duyệt bài: 06/11/2020

time lapse from the primary operation to revision mainly over 10 years, accounting for 70%. Women patients were more than men. The main reason for had to the hospital for surgery was purulent discharge ear with the rate of 66.7%. Most of patients had associated nasopharyngeal diseases with the rate of 66.7%. Unilateral ear infections accounted for 50% of cases. Most of the antero-inferior perforation tympanic membrane accounted for 53.3% and subtotal perforation at 30%; the perforation was not close to the bone with rate of 63.3%. The condition of surgical ears were mainly conduction hearing loss in 20/30 (66.7%) cases, mixed hearing loss at 8/30 (26.7%). Successful recovery of anatomy, the tympanic membrane closed in 28/30 (93.3%). Success of hearing function reached 23/30 cases, accounting for 76.7%.

Keywords: clinical characteristics, re-perforation tympanic membrane, hearing, myringoplasty, tympanoplasty

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật vá nhĩ hay tạo hình tai giữa type 1 là cách thức cơ bản thường được tiến hành trong phẫu thuật tai với mục đích chính đóng lỗ thủng màng nhĩ để tránh nước xâm nhập vào hòm nhĩ gây các đợt bội nhiễm và bảo tồn hay phục hồi sức nghe cho người bệnh. Do đó nó không phải là can thiệp bắt buộc vì bên cạnh những lợi ích mà vá nhĩ mang lại là những bất lợi đó là có thể gây viêm tai ứ dịch hay túi co kéo, nguồn gốc của cholesteatome hay nguy cơ nghe kém tăng. Lịch sử của kỹ thuật vá nhĩ đã có từ lâu, có nhiều kỹ thuật và chất liệu khác nhau được đưa ra để hoàn thiện kết quả vá nhĩ nhưng với thời gian tỉ lệ thất bại của vá nhĩ vẫn chiếm từ 5-20% [1], [2], [3], [4]. Trong y văn, có nhiều nghiên cứu để dự đoán tiên lượng của vá nhĩ ngoài các yếu tố kỹ thuật, kinh nghiệm và chất liệu mảnh ghép là những yếu tố do chính cá thể người bệnh như tuổi, giới, tình trạng tai giữa...[2], [5]. Ở Việt nam, rất ít có báo cáo nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ trong phẫu thuật tạo hình tai giữa này. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu hình thái lâm sàng và sơ bộ đánh giá kết quả của những bệnh nhân thủng nhĩ tái phát sau mổ vá nhĩ để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả của vá nhĩ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu 30 trường hợp bị thủng nhĩ tái phát sau phẫu thuật tạo hình tai giữa type 1, vào bệnh viện Tai Mũi Họng để điều trị từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020. Các bệnh nhân được làm hồ sơ bệnh án đầy đủ với các yếu tố về dịch tễ, thời gian từ khi phẫu thuật lần một, tình trạng nội soi Tai Mũi Họng, đo thính lực và chụp cắt lớp xương thái dương. Loại trừ các trường hợp thủng nhĩ lại liên quan đến VTG mạn có cholesteatoma và thủng nhĩ có kèm theo tổn thương xương con.

2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

KẾT QUẢ

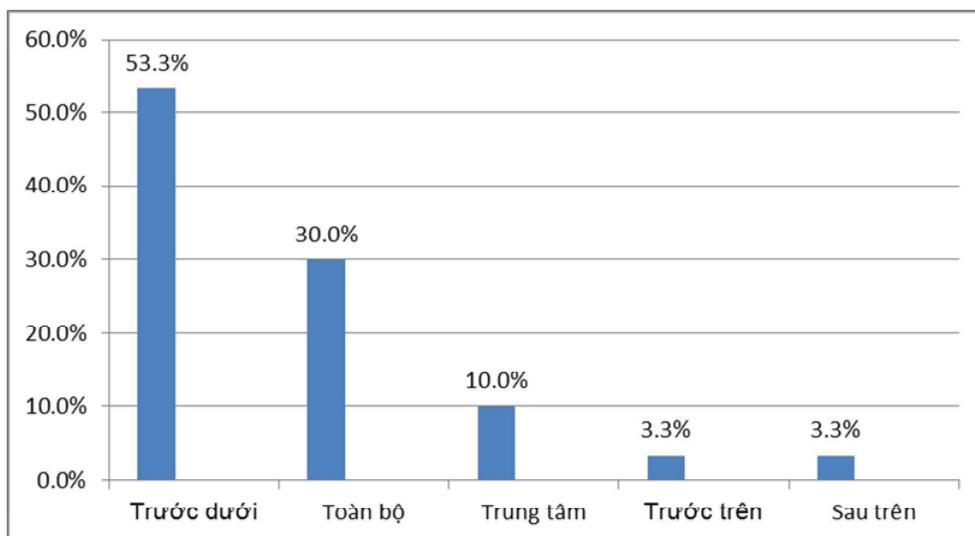
Nghiên cứu 30 trường hợp bị thủng nhĩ tái phát sau mổ vá màng nhĩ để điều trị viêm tai giữa mạn, trong đó nam 9 trường hợp, chiếm 30% và nữ 21 trường hợp, chiếm 70%, lứa tuổi trung bình $39,7 \pm 10,8$ tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 62 tuổi. 12 ca (40%) có tổn thương ở bên trái và 18 trường hợp (60%) ở tai phải. 15 trường hợp (50%) bệnh nhân có biểu hiện viêm tai 2 bên trong đó tai đối bên bị thủng nhĩ chiếm 6 trường hợp (20%), sẹo nhĩ và vôi hóa có 8 trường hợp (26,7%) và đã mổ 1 trường hợp (3,3%). Thời gian từ lúc mổ lần 1 đến lúc mổ lần 2 chủ yếu là trên 10 năm chiếm đến 70% các trường hợp. Lý do đến viện mổ lại chủ yếu là chảy mủ tai với 20 trường hợp.

Bảng 1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	n/N	Tỷ lệ %
Chảy mủ tai	20	66,7
Ù tai	4	13,3
Nghe kém	1	3,3
Đi khám phát hiện thủng nhĩ	5	16,7

Bệnh nhân thường có các bệnh mũi họng kèm theo chiếm 66,7% trong đó chủ yếu là viêm mũi họng mạn hay bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

Khám nội soi tai, xác định tình trạng lỗ thủng và niêm mạc hòm nhĩ, cho thấy phần lớn lỗ thủng ở phần trước dưới và thủng toàn bộ



Biểu đồ 1 : Vị trí lỗ thủng

Đặc điểm lỗ thủng sát xương có 11 ca chiếm 36,7% và lỗ thủng không sát xương là 19 ca chiếm 63,3%.

Bảng 2. Tình trạng sức nghe tai phẫu thuật

Loại nghe kém \ Mức độ nghe kém	Dẫn truyền	Hỗn hợp	Tàn suất	Tỷ lệ
Bình thường			2	6,7%
Nhẹ	14	0	14	46,7%
Vừa	6	5	11	36,7%
Nặng	0	3	3	10%

Tình trạng sức nghe tai phẫu thuật đa phần là nghe kém dẫn truyền 20/30 (66,7%) trường hợp, nghe kém hỗn hợp 8/30 (26,7%) trường hợp, đó nghe kém nhẹ là chủ yếu với 46,7%, sau đó là nghe kém vừa 36,7%.

Thính lực tai đối bên có 76,7% nghe bình thường, 10% nghe kém dẫn truyền và 13,5% là nghe kém hỗn hợp hay nghe kém tiếp nhận

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật sơ bộ sau 3 tháng

	Kết quả		n	Tỷ lệ
Phục hồi giải phẫu	Màng nhĩ liền kín		28	93,3%
	Màng nhĩ thủng		2	6,7%
Phục hồi sức nghe	Tốt hơn, không thay đổi		23	76,7%
	Nghe kém hơn		7	23,3%

Về thành công phục hồi giải phẫu, màng nhĩ liền kín trong 28/30 trường hợp chiếm tỷ lệ

93,3%, về thành công về chức năng nghe đạt 23/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,7%.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu 30 trường hợp bị thủng nhĩ tái phát sau mổ vá màng nhĩ để điều trị viêm tai giữa mạn, trong đó nam 9 ca, chiếm 30% và nữ 21 ca, chiếm 70%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của M. Faramarzi có tỷ lệ nam là 38,7% và nữ là 61,3% [4], nghiên cứu của E. Lesinskas có tỷ lệ nam là 35,1% và nữ là 64,9% [5]. Mặc dù có sự khác biệt này, nhưng chưa có bất kỳ bằng chứng nào chứng tỏ khả năng thủng nhĩ tái phát sau phẫu thuật vá nhĩ ở nữ cao hơn nam, lý giải điều này có lẽ ở phụ nữ thường lo lắng, và quan tâm đến bệnh tật nhiều hơn, vì vậy họ thường đi khám và điều trị sớm hơn nam giới.

Lứa tuổi trung bình $39,7 \pm 10,8$ tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 62 tuổi, kết quả này tương đồng với rất nhiều các nghiên cứu, của E. Vartiainen có độ tuổi trung bình là 38,7 [6]; nghiên cứu của M. Faramarzi có độ tuổi trung bình là 37,2 [4]; phần lớn các nghiên cứu cho rằng yếu tố tuổi tác không có tác động đáng kể đến kết quả của phẫu thuật [7], tuy nhiên có một số các nghiên cứu đưa ra rằng độ tuổi dưới 40 là yếu tố tiên lượng thất bại của phẫu thuật vá nhĩ, bởi độ tuổi này chức năng vòi nhĩ thường kém hơn [8]

Về triệu chứng cơ năng

Lý do vào viện thường gặp nhất là chảy mủ tai chiếm 66,7%, đây cũng chính là nguyên nhân

khiến bệnh nhân vô cùng khó chịu và buộc phải điều trị và vá lại lỗ thủng màng nhĩ.

Về tai bệnh 12 trường hợp (40%) có tổn thương ở bên trái và 18 trường hợp (60%) ở tai phải, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. 15 trường hợp (50%), bệnh nhân có biểu hiện viêm tai 2 bên trong đó tai đối bên bị thủng nhĩ chiếm 6 trường hợp (20%), sẹo nhĩ và vôi hóa có 8 trường hợp (26,7%) và đã mổ 1 trường hợp (3,3%). Bệnh nhân thường có các bệnh mũi họng kèm theo chiếm 66,7% trong đó chủ yếu là viêm mũi họng mạn hay bệnh trào ngược dạ dày thực quản, điều này trực tiếp ảnh hưởng đến chức năng của vòi nhĩ, là yếu tố quan trọng dẫn đến sự thất bại của phẫu thuật [8]. Sự rối loạn của chức năng vòi nhĩ ở những bệnh nhân này cho thấy tình trạng viêm tai đối bên chiếm tỷ lệ không hề nhỏ (50% các trường hợp), trong khi tỷ lệ viêm tai đối bên ở phẫu thuật lần 1 thường dưới 20%.

Thời gian từ lúc mổ lần 1 đến lúc mổ lần 2 chủ yếu là trên 10 năm chiếm đến 70% các trường hợp. Lý do đến viện mổ lại chủ yếu là chảy mủ tai với 20 trường hợp. Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng phần lớn các thất bại ngay lập tức sau các phẫu thuật ban đầu là hậu quả của các lỗi kỹ thuật, hay sự thích ứng kém của mảnh ghép, phần lớn các trường hợp thủng muộn hơn là do mảnh ghép bị teo lại mà không bị nhiễm trùng.[6]

Về triệu chứng thực thể

Một số nghiên cứu cho rằng, kích thước của lỗ thủng ảnh hưởng đến thành công của phẫu thuật, những lỗ thủng lớn có thể gây ra thất bại của mảnh vá cao hơn so với các lỗ thủng nhỏ và vừa [2], nhưng vị trí của lỗ thủng và kỹ thuật (Overlay hoặc Underlay) được sử dụng không gây ra sự khác biệt nhiều với kết quả phẫu thuật [9]. Tuy nhiên nghiên cứu của Massimiliano Nardone lại chỉ ra rằng vị trí lỗ thủng góc trước dưới và thủng toàn bộ là yếu tố nguy cơ, tác giả cũng ủng hộ kỹ thuật Overlay với ưu điểm mảnh vá có tiếp xúc với góc trước tốt hơn, bảo tồn được vòng xơ và cung cấp máu gấp 2 lần so với kỹ thuật Underlay đặc biệt kết quả tốt hơn trong các trường hợp phẫu thuật lại, đồng thời kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng là yếu tố quan trọng quyết định sự thành công của phẫu thuật [8]. Kết quả của chúng tôi tương đối tương đồng với kết quả của tác giả này khi nội soi tai, xác định tình trạng lỗ thủng và niêm mạc hòm nhĩ, cho thấy phần lớn lỗ thủng ở phần trước dưới chiếm tỷ lệ 53,3% và thủng toàn bộ 30%.

Đặc điểm lỗ thủng sát xương có 11 trường hợp chiếm 36,7% và lỗ thủng không sát xương là 19 trường hợp chiếm 63,3%. Có thể thấy lỗ thủng sát xương chiếm tỷ lệ không hề nhỏ, những lỗ thủng sát xương này nếu không được đóng lại sớm có thể dẫn đến cholesteatoma thứ phát.

Tình trạng sức nghe tai phẫu thuật đa phần là nghe kém dẫn truyền 20/30 (66,7%) trường hợp, nghe kém hỗn hợp 8/30 (26,7%) trường hợp, đó nghe kém nhẹ là chủ yếu với 46,7%, sau đó là nghe kém vừa 36,7%. Nghiên cứu của E. Vartiainen không có trường hợp nào có nghe kém hỗn hợp hoặc tiếp nhận trong 38 bệnh nhân thủng nhĩ tái phát [6], có sự khác biệt này bởi vì nghiên cứu của E. Vartiainen bệnh nhân sau mổ lần 1 đến phẫu thuật lần 2 sớm hơn, với thời gian trung bình 3,4 năm; trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân đến hơn 70% các trường hợp là sau 10 năm mới đi phẫu thuật lại, viêm nhiễm tái diễn nhiều lần, độc lực của vi khuẩn và quá trình xơ hóa xảy ra gây tổn thương đến tai trong gây nghe kém hỗn hợp. Sự chậm trễ trong khám và điều trị còn cho thấy rất rõ ràng ở tai đối bên có đến 13,5% là nghe kém hỗn hợp hoặc nghe kém tiếp nhận.

Về kết quả phẫu thuật sơ bộ sau 3 tháng

Về thành công phục hồi giải phẫu, màng nhĩ liền kín trong 28/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 93,3%, về thành công về chức năng nghe đạt 23/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,7%. Nghiên cứu của E. Lesinskas cho thấy kết quả màng nhĩ đóng kín thành công chiếm tỷ lệ 90,2%, thành công về sức nghe đạt 69,5%, có sự khác biệt này bởi cỡ mẫu của tác giả lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi (94 bệnh nhân) [5]. Nghiên cứu của E. Vartiainen cho thấy tỷ lệ thành công về phục hồi giải phẫu là 87%, tuy nhiên tác giả đánh giá thành công sức nghe sau mổ dựa vào ABG trước mổ là $24,9 \pm 10,8\text{dB}$, ABG sau mổ là $16,7 \pm 11,7\text{dB}$

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 30 trường hợp bị thủng nhĩ tái phát sau mổ vá màng nhĩ có thể đưa ra kết luận sau:

Tuổi trung bình $39,7 \pm 10,8$ tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 62 tuổi.

Nữ gặp nhiều hơn nam

Thời gian từ lúc mổ lần 1 đến lúc mổ lần 2 chủ yếu là trên 10 năm chiếm đến 70% các trường hợp.

Lý do đến viện mổ lại chủ yếu là chảy mủ tai với 20 trường hợp (66,7%)

Bệnh nhân thường có các bệnh mũi họng kèm theo chiếm 66,7%

Tình trạng viêm tai đối bên chiếm 50% các trường hợp

Phần lớn lỗ thủng ở phần trước dưới chiếm tỷ lệ 53,3% và thủng toàn bộ 30% và chủ yếu là lỗ thủng không sát xương chiếm 63,3%.

Tình trạng sức nghe tai phẫu thuật đa phần là nghe kém dẫn truyền 20/30 (66,7%) trường hợp, nghe kém hỗn hợp 8/30 (26,7%) trường hợp, đó nghe kém nhẹ là chủ yếu với 46,7%

Về thành công phục hồi giải phẫu, màng nhĩ liền kín trong 28/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 93,3%.

Thành công về chức năng nghe đạt 23/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. Hardman, J. Muzaffar, P. Nankivell** et al. (2015), "Tympnoplasty for Chronic Tympanic Membrane Perforation in Children: Systematic Review and Meta-analysis", *Otol Neurotol*, 36(5), tr. 796-804.

2. **H. Emir, K. Ceylan, Z. Kizilkaya** et al. (2007), "Success is a matter of experience: type 1 tympnoplasty : influencing factors on type 1 tympnoplasty", *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 264(6), tr. 595-9.

3. **J. E. Veldman và W. W. Braunius** (1998), "Revision surgery for chronic otitis media: a learning experience. Report on 389 cases with a long-term follow-up", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 107(6), tr. 486-91.

4. **M. Faramarzi, M. Shishegar, S. R. Tofighi** et al. (2019), "Comparison of Grafting Success Rate and Hearing Outcomes between Primary and Revision Tympnoplasties", *Iran J Otorhinolaryngol*, 31(102), tr. 11-17.

5. **E. Lesinskas, V. Stankeviciute** (2011), "Results of revision tympnoplasty for chronic non-cholesteatomatous otitis media", *Auris Nasus Larynx*, 38(2), tr. 196-202.

6. **E. Vartiainen** (1993), "Findings in revision myringoplasty", *Ear Nose Throat J*, 72(3), tr. 201-4.

7. **D. M. Kaylie, E. K. Gardner và C. G. Jackson** (2006), "Revision chronic ear surgery", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 134(3), tr. 443-50.

8. **M. Nardone, R. Sommerville, J. Bowman** et al. (2012), "Miringoplasty in simple chronic otitis media: critical analysis of long-term results in a 1,000-adult patient series", *Otol Neurotol*, 33(1), tr. 48-53.

9. **E. Vartiainen, J. Kärjä, S. Karjalainen** v et al.. (1985), "Failures in myringoplasty", *Arch Otorhinolaryngol*, 242(1), tr. 27-33.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG CHẾ PHẨM MÁU TẠI BỆNH VIỆN 19-8 NĂM 2018

BÙI HUY TUẤN¹, PHÙNG THỊ THANH VÂN²
¹Bệnh viện 198 - Bộ Công an
²Trường Cao Đẳng Y tế Hà Đông

TÓM TẮT

Việc sử dụng máu, chế phẩm máu trong điều trị là phương pháp điều trị quan trọng. Tuy nhiên, truyền máu có thể gây ra các tai biến và có thể để lại các hậu quả lâu dài cho bệnh nhân. Mục tiêu: Đánh giá tình hình sử dụng chế phẩm máu tại Bệnh viện 19-8 năm 2018.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu; 1.080 bệnh nhân được chỉ định truyền máu và chế phẩm máu từ tháng 01/2018 đến 12/2018 tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an.

Kết quả: Tổng số chế phẩm máu đã sử dụng 3.042 đơn vị. Tỷ lệ sử dụng: Khối hồng cầu 58,48%; Khối tiểu cầu 7,43%; Huyết tương 34,09%. Số chế phẩm máu sử dụng trung bình cho 1 giường bệnh là 5,07 đơn vị, cho 1 người bệnh là: 0,11 đơn vị. Các khoa sử dụng nhiều chế phẩm máu nhất là Hồi sức tích cực 32,12%, Nội tiêu hóa 16,31%. Tỷ lệ tai biến sớm khi

Chịu trách nhiệm: Bùi Huy Tuấn
Email: buihuytuan198@gmail.com
Ngày nhận: 27/8/2020
Ngày phân biện: 24/9/2020
Ngày duyệt bài: 06/10/2020