

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH THÁI NHĨ LƯỢNG ĐỒ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NẠO V.A.

Nguyễn Tư Thế, Nguyễn Lưu Trinh, Trần Thị Kim Tuyến
Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xác định đặc điểm lâm sàng, hình thái nhĩ lượng đồ ở trẻ em viêm V.A. mạn tính được điều trị phẫu thuật và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nạo V.A. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 56 bệnh nhân viêm V.A. mạn tính, có đo nhĩ lượng đồ được phẫu thuật nạo V.A. tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Tỷ lệ ở nam (64,3%), nữ (35,7%). Độ tuổi > 3 – 6 tuổi gặp nhiều chiếm (46,4%). Lý do vào viện chính là chảy mũi mũi (48,2%). Triệu chứng cơ năng chính: chảy mũi (98,2%), nghẹt mũi (96,4%). Triệu chứng thực thể qua nội soi: V.A. độ 3 (53,6%), V.A. độ 2 (26,8%), V.A. độ 4 (14,3%), V.A. độ 1 (5,3%). Nhĩ lượng đồ type A (33%), type C (27,7%), type B (26,8%), type As (12,5%). Sau phẫu thuật các triệu chứng cơ năng cải thiện rõ rệt: chảy mũi (14,3%), nghẹt mũi (8,9%). Không còn V.A. độ 3 và độ 4, nhĩ lượng đồ đo được trong 90 tai không đặt ống thông khí, type A tăng lên rõ rệt, các type B, C, As giảm rõ: type A (83,4%), type C (8,9%), type As (4,4%), type B (3,3%). **Kết luận:** Điều trị viêm V.A. mạn tính bằng phương pháp nạo V.A. đơn thuần cho kết quả điều trị tốt về triệu chứng lâm sàng và nhĩ lượng đồ.

Từ khóa: Viêm V.A. mạn tính, nhĩ lượng đồ.

Abstract

STUDY THE CLINICAL FEATURES, TYMPANOMETRY AND EVALUTE THE TREATMENT RESULTS ADENOIDECTOMY

Nguyen Tu The, Nguyen Luu Trinh, Tran Thi Kim Tuyen
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objective: Determined the clinical features, tympanometry of children who have adenoid hypertrophy operated and evaluate the treatment results adenoidectomy. **Material and method:** 56 patients were diagnosed adenoid hypertrophy, who have tympanometry operated adenoidectomy at Hue University of Medicine and Pharmacy. Methods are cross sectional and prospective studies. **Results:** Percentage of male (64.3%), female (35.7%). The most common age group is > 3-6 years old (46.4%). Main reason for being hospitalized is nasal discharge (48.2%). Functional symptoms: nasal discharge (98.2%), nasal obstruction (96.4%). Endoscopy: adenoids grade 3 (53.6%), adenoids grade 2 (26.8%), adenoids grade 4 (14.3%), adenoids grade 1 (5.3%). 33% tympanogram type A, 27.7% tympanogram type C, 26.8% tympanogram type B, 12.5% tympanogram type As. After 6 weeks, results through functional symptoms: nasal discharge (14.3%), nasal obstruction (8.9%). There aren't adenoids grade 3 and 4, tympanometry in 90 ears without tympanostomy tube, 83.4% tympanogram type A, 8.9% tympanogram type C, 4.4% tympanogram type As, 3.3% tympanogram type B. **Conclusions:** Treatment of adenoid hypertrophy by adenoidectomy have good result about clinical and tympanometry.

Key words: adenoid hypertrophy, tympanometry.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm V.A. là một trong những bệnh lý thường gặp ở lứa tuổi nhà trẻ mẫu giáo (1 – 6) tuổi [5]. Viêm V.A. thường gặp ở trẻ đã có nhiều đợt viêm họng mũi cấp. Sau nhiều lần bị viêm, V.A. hết dần vai trò miễn dịch. Khi viêm trở lại, V.A. cũng không to thêm lên mà chỉ loét sùi, trở thành ổ chứa vi khuẩn. Khi cơ thể trẻ bị yếu (thường do cảm lạnh), vi khuẩn lại bùng phát thành những đợt viêm cấp hoặc gây

biến chứng [1]. Một trong những biến chứng hay gặp nhất là biến chứng tai đặc biệt là viêm tai giữa ứ dịch. Tắc vòi và viêm thứ phát quanh lỗ vòi thường đưa đến viêm tai giữa ứ dịch. Cháu nghe kém đi, có thể học kém nhưng không chảy tai [5].

Việc chẩn đoán viêm tai giữa đặc biệt là viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín ở trẻ nhỏ là không đơn giản. Hơn nữa, một tỷ lệ lớn trẻ em viêm V.A. có biến chứng viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín với

triệu chứng nghèo nàn nên thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn. Đo nhĩ lượng là phương pháp đo chức năng tai giữa một cách khách quan, là cách đo độ thông thuận ống tai ngoài do sự thay đổi áp lực khối khí ở ống tai này, hiển thị qua nhĩ lượng đồ [3]. Đánh giá hiệu quả của việc phẫu thuật nạo V.A. thông qua lâm sàng và hình thái nhĩ lượng đồ nếu có biến chứng đến tai giữa vẫn còn chưa được nghiên cứu nhiều.

Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình thái nhĩ lượng đồ và kết quả điều trị phẫu thuật nạo V.A.”** nhằm mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng và hình thái nhĩ lượng đồ ở trẻ em viêm V.A. mạn tính được điều trị phẫu thuật.
2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nạo V.A.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 56 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm V.A. mạn tính có đo nhĩ lượng đồ được điều trị bằng phẫu thuật nạo V.A. Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 03/2017 đến tháng 06/2018.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: trẻ em ≤ 15 tuổi được chẩn đoán viêm V.A. quá phát có khám nội soi, chụp ảnh màng nhĩ, V.A., có kết quả đo nhĩ lượng đồ, được phẫu thuật nạo V.A. có thể kết hợp đặt ống thông khí.

- Tiêu chuẩn loại trừ: có tiền sử mắc các bệnh về tai, màng nhĩ thủng, dị tật bẩm sinh tai mũi họng, u vòm mũi họng, u mũi, polyp mũi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

- Bộ khám tai mũi họng thông thường

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.2.1. Lý do vào viện chính

Trong các lý do đến khám thì lý do chảy mũi và ngạt mũi chiếm tỷ lệ cao 87,5%, kể đến là ngủ ngáy 7,1%, thấp nhất là nghe kém 5,4%.

3.1.2.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật (n=56)

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ %
Chảy mũi	55	98,2
Ngạt mũi	54	96,4
Thở miệng	41	73,2
Ngủ ngáy	36	64,3
Chảy mủ tai	3	5,4

Nhận xét:

Theo nghiên cứu: Triệu chứng chảy mũi gặp nhiều nhất 98,2%. Các triệu chứng tắc nghẽn đường hô hấp trên cũng gặp nhiều: ngạt tắc mũi 96,4%, thở miệng 73,2%; ngủ ngáy 64,3%. Các triệu chứng cơ năng của tai chiếm tỷ lệ thấp, chảy mủ tai 5,4%.

- Bộ khám nội soi tai mũi họng (có bộ phận ghi hình)

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Máy đo nhĩ lượng đồ

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá:

2.2.3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Giới, tuổi, địa dư.

- Lý do vào viện

- Triệu chứng cơ năng: chảy mũi, nghẹt mũi, thở miệng, ngủ ngáy, triệu chứng cơ năng tai.

- Triệu chứng thực thể qua nội soi: dịch trên V.A., độ quá phát V.A., hình ảnh màng nhĩ

- Nhĩ lượng đồ

2.2.3.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật:

Đánh giá lại các triệu chứng lâm sàng, nội soi V.A., màng nhĩ và hình thái nhĩ lượng đồ của bệnh nhân sau 6 tuần phẫu thuật nạo V.A..

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 56 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm V.A. mạn tính có đo nhĩ lượng đồ được điều trị bằng phẫu thuật nạo V.A. Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, chúng tôi có một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung

3.1.1.1. Tuổi và giới

- Giới nam chiếm tỉ lệ 64,3% (36/56), giới nữ 35,7% (20/56)

- Nhóm 0 – 6 tuổi chiếm tỷ lệ đa số 71,4%, nhóm > 6 – 11 tuổi chiếm 17,9% và nhóm > 11 – 15 tuổi chiếm 10,7%. Tuổi trung bình là $5,8 \pm 3,4$.

3.1.1.2. Địa dư

- Tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn chiếm đa số 57,1%, thành thị chiếm 42,9%.

3.1.2.3. Kết quả nội soi V.A. và màng nhĩ

Bảng 3.2. Phân độ quá phát V.A.(n = 56)

Độ quá phát V.A. qua nội soi	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ 1	3	5,3
Độ 2	15	26,8
Độ 3	30	53,6
Độ 4	8	14,3
Tổng	56	100,0

Nhận xét:

Qua nội soi: V.A. quá phát độ 2 và độ 3 chiếm chủ yếu với tỷ lệ 80,4%, V.A. quá phát độ 3 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 53,6%, V.A. độ 2 chiếm tỷ lệ 26,8%, kế đến là V.A. độ 4 là 14,3%, thấp nhất là V.A. độ 1 chiếm tỷ lệ 5,3%.

Bảng 3.3. Phân độ quá phát V.A. theo nhóm tuổi

Độ V.A. Nhóm tuổi	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)	Tổng	
					Số BN (%)	Tỷ lệ % n = 56
≤ 3	0 (0,0)	4 (28,6)	8 (57,1)	2 (14,3)	14 (100,0)	25
> 3 – 6	1 (3,8)	6 (23,1)	17 (65,4)	2 (7,7)	26 (100,0)	46,4
> 6 – 11	2 (20,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	17,9
> 11 – 15	0 (0,0)	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	6 (100,0)	10,7
Tổng	3	15	30	8	56	100,0

Nhận xét:

V.A. quá phát nhiều nhất ở nhóm tuổi > 3 – 6 tuổi với 46,4% (chủ yếu là độ 2 và độ 3), thấp nhất ở nhóm tuổi > 11 – 15 với 10,7%.

Bảng 3.4. Liên quan độ quá phát V.A. và một số triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Độ quá phát V.A.				Tổng
	Độ 1 n = 3 (%)	Độ 2 n = 15 (%)	Độ 3 n = 30 (%)	Độ 4 n = 8 (%)	
Chảy mũi	3 (5,5)	14 (25,5)	30 (54,5)	8 (14,5)	55 (100,0)
Nghẹt mũi	3 (5,5)	13 (24,1)	30 (55,6)	8 (14,8)	54 (100,0)
Thở miệng	1 (2,5)	6 (14,6)	26 (63,4)	8 (19,5)	41 (100,0)
Ngủ ngáy	0 (0,0)	5 (13,9)	24 (66,7)	7 (19,4)	36 (100,0)
Chảy mủ tai	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	1 (33,3)	3 (100,0)

Nhận xét :

Triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi, thở miệng, ngủ ngáy xuất hiện nhiều ở bệnh nhân có V.A. độ 2 và độ 3. Û tai chỉ có 2/56 trường hợp và ở bệnh nhân có V.A. độ 3 và độ 4.

Bảng 3.5. Hình thái màng nhĩ trước phẫu thuật (n = 112)

Hình thái màng nhĩ	n	%
Bình thường	72	64,3
Co lõm	22	19,6
Đầy phòng	18	16,1
n	112	100,0

Nhận xét:

Hình thái màng nhĩ bình thường gặp nhiều nhất 72 tai, chiếm tỷ lệ 64,3%. Màng nhĩ co lõm gặp ở 22/112 tai chiếm tỷ lệ 19,6%, màng nhĩ đầy phòng gặp ở 18/112 tai chiếm tỷ lệ 16,1%.

Bảng 3.6. Màu sắc màng nhĩ trước phẫu thuật

Màu sắc	n	%
Bình thường	72	64,3
Dày đục, mất bóng sáng	27	24,1
Trong, có bóng khí	11	9,8
Màu vàng mật ong	2	1,8
n	112	100,0

Nhận xét:

Màng nhĩ không thay đổi màu sắc là chủ yếu 72/112 tai. Trong số màng nhĩ thay đổi màu sắc màng nhĩ dày đục gặp nhiều 27 tai; sau đó là màng nhĩ có hình ảnh bóng khí, mức dịch 11 tai) và màng nhĩ màu vàng (2 tai).

3.1.2.4. Nhĩ lượng đồ trước điều trị

Bảng 3.7. Nhĩ lượng đồ trước điều trị (n = 112)

Hình thái nhĩ lượng đồ	n	%
A	37	33,0
C	31	27,7
B	30	26,8
As	14	12,5
n	112	100,0

Nhận xét :

Nhĩ lượng đồ type A gặp nhiều nhất 37 tai, chiếm tỷ lệ 33%. Nhĩ lượng đồ type C cũng gặp nhiều 30 tai (27,7%), sau đó là type B (26,8%).

Bảng 3.8. Liên quan nhĩ lượng đồ và độ quá phát của V.A.(n = 112)

Độ V.A.	Hình thái nhĩ lượng đồ			
	A n = 37 (%)	As n = 14 (%)	C n = 31 (%)	B n = 30 (%)
Độ 1	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Độ 2	21 (70,0)	6 (20,0)	3 (10,0)	0 (0,0)
Độ 3	10 (16,7)	8 (13,3)	27 (45,0)	15 (25,0)
Độ 4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,2)	15 (93,8)
	p < 0,01			

Nhận xét :

- V.A. độ 1 có 100% nhĩ lượng đồ type A, V.A. độ 2 đa số nhĩ lượng type A (70%), type C (20%), type As (10%), V.A. độ 3 đa số nhĩ lượng type C (45%), type B (25%), type A là 16,7% và As là 13,3%, V.A. độ 4 có 93,8%

nhĩ lượng type B, 6,2% nhĩ lượng type C

- $p < 0,01$ như vậy hình thái nhĩ lượng đồ và độ quá phát V.A. có mối liên quan.

3.1.3. Phân bố tai bị viêm tai giữa ứ dịch

Bảng 3.9. Phân bố tai bị viêm tai giữa ứ dịch (n = 56)

Phân bố tai bệnh	n	Tỷ lệ %
Không có tai nào	37	66,1
Hai tai	11	19,6
Tai phải	6	10,7
Tai trái	2	3,6
Tổng	56	100,0

Nhận xét:

- Có 37/56 bệnh nhân không có tai nào bị viêm tai giữa ứ dịch chiếm tỷ lệ 66,1%.
- Có 11/56 bệnh nhân mắc bệnh 2 tai chiếm tỷ lệ 19,6%.
- Có 6/56 bệnh nhân bị viêm tai giữa ứ dịch bên phải chiếm tỷ lệ 10,7%.
- Có 2/56 bệnh nhân bị viêm tai giữa ứ dịch bên trái chiếm tỷ lệ 3,6%.

3.1.4. Chỉ định điều trị

Bảng 3.10. Chỉ định điều trị (n = 56)

Chỉ định điều trị	n	%
Nạo V.A.	45	80,3
Nạo V.A. + ống thông khí 2 bên	8	14,3
Nạo V.A. + ống thông khí 1 bên	3	5,4
n	56	100,0

Nhận xét:

Phẫu thuật nạo V.A. đơn thuần chiếm đa số 45/56 ca với tỷ lệ 80,3%. Có 11 ca được đặt ống thông khí (OTK) trong đó 8 ca đặt OTK 2 tai, 3 ca đặt OTK 1 tai, như vậy tổng số tai được đặt OTK là $(8 \times 2) + 3 = 19$ tai. Tất cả các bệnh nhân này đều được đặt OTK loại ống ngắn qua màng nhĩ.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nạo V.A.

3.2.1. Triệu chứng cơ năng sau mổ và so sánh với trước mổ

Bảng 3.11. Triệu chứng cơ năng trước và sau mổ (n = 56)

Triệu chứng cơ năng	Trước mổ		Sau mổ		P
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ	
Chảy mũi	55	98,2%	8	14,3%	$p < 0,01$
Nghẹt mũi	54	96,4%	5	8,9%	$p < 0,01$
Thở miệng	41	73,2%	2	3,6%	$p < 0,01$
Ngủ ngáy	36	64,3%	2	3,6%	$p < 0,01$
Chảy mủ tai	3	5,4%	1	1,8%	$p > 0,05$

Nhận xét:

Các triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi, thở miệng, ngủ ngáy sau mổ đều giảm rõ so với trước mổ, sự khác biệt tỷ lệ của các triệu chứng này trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa tỷ lệ chảy mủ tai trước và sau mổ không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.2.2. Mức độ quá phát của V.A. sau mổ và so sánh với trước mổ

Bảng 3.12. Mức độ quá phát của V.A. trước và sau mổ (n = 56)

Mức độ	Trước mổ		Sau mổ	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Không quá phát	0	0,0%	18	32,1%
Độ I	3	5,4%	24	42,9%

Độ II	15	26,8%	14	25,0%
Độ III	30	53,6%	0	0,0%
Độ IV	8	14,3%	0	0,0%

Nhận xét:

Mức độ quá phát của V.A. sau mổ giảm so với trước mổ. Sau mổ có 18 trường hợp V.A. không còn quá phát chiếm 32,1%. V.A. quá độ 1 là 24 trường hợp chiếm 42,9%; độ 2 là 14 trường hợp chiếm 25%. Không còn V.A. quá phát độ 3 và 4.

3.2.3. Hình thái nhĩ lượng đồ trước và sau phẫu thuật**Bảng 3.13.** Hình thái nhĩ lượng đồ trước và sau phẫu thuật (n = 90)

Type nhĩ đồ	Thời gian	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 6 tuần
A		36 (40,0%)	75 (83,4%)
C		29 (32,2%)	8 (8,9%)
As		14 (15,6%)	4 (4,4%)
B		11 (12,2%)	3 (3,3%)
n		90 (100,0%)	90 (100,0%)

Nhận xét:

- Trước phẫu thuật ở 45 bệnh nhân nạo V.A. đơn thuần, không đặt ống thông khí, nhĩ lượng đồ gặp nhiều nhất là nhĩ đồ type A với 36/90 tai (40%), sau đó là nhĩ đồ type C là 29/62 tai (32,2%), nhĩ đồ type As là 14/90 tai (15,6%), ít gặp nhất là type B có 11/90 tai (12,2%).

- Sau phẫu thuật nạo V.A 6 tuần, nhĩ đồ type A tăng với 75/90 tai (83,4%). Nhĩ đồ type C có 8/90 tai (8,9%), type As có 4 tai (4,4%) và type B giảm còn 3/90 tai (3,3%).

3.2.4. Hình thái màng nhĩ sau phẫu thuật**Bảng 3.14.** Hình thái màng nhĩ sau phẫu thuật (n = 94)

Hình thái màng nhĩ	n	%
Bình thường	84	89,4
Co lõm	5	5,3
Đầy phồng	5	5,3
n	94	100,0

Nhận xét:

- Trong 112 tai ban đầu, có 19 tai được đặt ống thông khí, sau 6 tuần 18 tai vẫn còn ống thông khí, 1 tai bị tụt ống, màng nhĩ đầy phồng lại như trước, vậy nên nội soi tai kiểm tra được hình thái màng nhĩ có (112 – 19) + 1 = 94 tai

- Sau phẫu thuật nạo V.A. 6 tuần, hình thái màng nhĩ bình thường có 84/94 tai (89,4%), màng nhĩ co lõm còn 5/94 tai (5,3%), màng nhĩ đầy phồng có 5/94 tai (5,3%) trong đó có 1 tai đã được đặt ống thông khí bị tụt ống, màng nhĩ đầy phồng lại như trước.

3.2.5. Màu sắc màng nhĩ sau phẫu thuật**Bảng 3.15.** Màu sắc màng nhĩ sau phẫu thuật (n = 94)

Màu sắc	n	%
Bình thường	84	89,4
Dày đục, mất bóng sáng	4	4,3
Trong, có bóng khí	4	4,3
Màu vàng mật ong	2	2,0
n	94	100,0

Nhận xét: Trong 112 tai ban đầu, có 19 tai được đặt ống thông khí, sau 6 tuần 18 tai vẫn còn ống thông khí, 1 tai bị tụt ống, màng nhĩ đầy phồng lại như trước, vậy nên nội soi tai kiểm tra màu sắc màng nhĩ có (112 – 19) + 1 = 94 tai.

Sau phẫu thuật nạo V.A. 6 tuần, màng nhĩ có màu sắc bình thường 84/94 (90,4%), còn 4 màng nhĩ dày đục, mất bóng sáng chiếm 4,3%, 3 màng nhĩ trong, có bóng khí chiếm 3,2%, và 2 màng nhĩ màu vàng chiếm tỷ lệ 2,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung

4.1.1.1. Tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 56 bệnh nhân tỉ lệ giới tính là nam 64,3% (36/56) và nữ 35,7% (20/56). Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn nữ. Các nghiên cứu của Hà Lan Phương, Nguyễn Trung Nghĩa cũng cho kết quả tương tự [6], [7].

4.1.1.2. Địa dư

Tỉ lệ bệnh nhân ở nông thôn chiếm đa số 57,1%, thành thị chiếm 42,9%. Điều này cho thấy trẻ ở nông thôn có đời sống và chăm sóc sức khỏe ban đầu kém hơn nên thường hay mắc các bệnh nhiễm trùng hơn. Phù hợp với kết quả nghiên cứu của Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2010) [4].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, nhĩ lượng đồ trước phẫu thuật

4.1.2.1. Lý do vào viện

Trong các lý do vào viện trước khi phẫu thuật thì chảy mũi và ngạt mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 87,5%. Nhưng chảy mũi chiếm tỷ lệ cao nhất là vì triệu chứng chảy mũi là triệu chứng mà cha mẹ của trẻ dễ dàng nhận biết nhất.

4.1.2.2. Triệu chứng cơ năng thường gặp trước phẫu thuật

Các triệu chứng ngạt tắc mũi, thở miệng, ngủ ngáy lần lượt chiếm tỷ lệ 96,4% (54/56 trẻ), 73,2% (41/56 trẻ) và 64,3% (36/56 trẻ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Hà Lan Phương trên 84 trẻ tỷ lệ gặp các triệu chứng này lần lượt là 96,4%, 82,1%, 66,7% [7]. Triệu chứng chảy mũi kéo dài cũng là triệu chứng thường gặp do viêm V.A. tuy nhiên đôi khi có viêm mũi xoang đi kèm. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,2% cao hơn kết quả của Hà Lan Phương là 96,4% [7].

4.1.2.3. Kết quả nội soi V.A. và màng nhĩ

- Nội soi V.A. tỷ lệ quá phát V.A. độ 1 là 5,3%, độ 2 là 26,8%, độ 3 là 53,6%, độ 4 là 14,3%. Chiếm tỷ lệ cao nhất là độ 3 và thấp nhất là độ 1. Độ quá phát của V.A. chủ yếu là độ 2 + độ 3 với tỷ lệ 80,4%. Nguyễn Trung Nghĩa cũng có kết quả tương tự [6]. Tỷ lệ V.A. quá phát ở nhóm ≤ 3 tuổi (nhà trẻ) là 25%, nhóm $> 3 - 6$ (mẫu giáo) tuổi là 46,4%, nhóm $> 6 - 11$ tuổi là 17,9% và nhóm $> 11 - 15$ tuổi là 10,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi xuất hiện nhiều ở bệnh nhân V.A. quá phát độ 2, độ 3 và độ 4. V.A. quá phát đến một mức độ nào đó sẽ ảnh hưởng đến sự thông khí và bài tiết của mũi cũng như sự dẫn lưu không khí của tai giữa, đây là biến chứng do V.A. quá phát độ 3, độ 4 gây ra.

- Hình thái màng nhĩ trước phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một tỷ lệ lớn màng nhĩ không thay đổi hình dạng 64,3% (72 tai), chỉ có 35,7% (40 tai) màng nhĩ thay đổi hình dạng trong đó màng nhĩ co lõm 22 tai, màng nhĩ đầy phòng 18 tai. Kết quả của chúng tôi cũng giống với kết quả của Hà Lan Phương (2011)[7] và kết quả của Lê Minh Đức (2012) [2].

- Màu sắc màng nhĩ trước phẫu thuật

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi gặp 40/112 tai thay đổi màu sắc màng nhĩ (35,7%) trong đó màng nhĩ dày đục, mất bóng sáng gặp nhiều nhất 27 tai chiếm tỷ lệ 24,1% gặp ở cả trẻ viêm V.A. đơn thuần và viêm V.A. có biến chứng viêm tai. Hình ảnh màng nhĩ có bóng khí, mức dịch, màu vàng mật ong gặp ít hơn 11/112 tai và 2/112 tai chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,8% và 1,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số tác giả Hà Lan Phương [7], Lê Minh Đức [2] và các tác giả nghiên cứu trên bệnh nhân viêm tai ứ dịch như Nguyễn Thị Minh Tâm [8], Mai Ý Thơ [9].

4.1.2.4. Nhĩ lượng đồ trước điều trị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trước điều trị nạo V.A. nhĩ lượng đồ type A chiếm 33% (37/112 tai), nhĩ lượng đồ type C chiếm 27,7% (31/112 tai), nhĩ lượng đồ type B chiếm 26,8% (30/112 tai), còn lại type As chiếm 12,5% (14/112 tai). Tương đồng với kết quả của tác giả Nwosu C (2016)[10]. Kết quả của tác giả Rajashekhar R.P (2018) [12]. Kết quả của chúng tôi và các tác giả đều có nhĩ lượng đồ type A là gặp nhiều nhất, sau đó là type B và type C, vì đa số đều nghiên cứu trên tất cả bệnh nhân viêm V.A. đơn thuần hoặc kèm biến chứng đến tai.

- Liên quan nhĩ lượng đồ và độ quá phát của V.A.

Chúng tôi nhận thấy rằng V.A. quá phát từ độ 2 trở lên mới có ảnh hưởng lên chức năng vòi nhĩ và tai giữa. Mức độ ảnh hưởng lên chức năng vòi và viêm tai giữa ứ dịch tỷ lệ thuận với mức độ quá phát của V.A.

4.1.3 Phân bố tai bị viêm tai giữa ứ dịch – chỉ định điều trị

- Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân viêm V.A. đơn thuần, không có tai nào bị viêm tai giữa ứ dịch là 66,1% (37/56 bệnh nhân), viêm V.A. kết hợp viêm tai ứ dịch chiếm tỷ lệ 33,9% (19/56 bệnh nhân).

- Về điều trị: phẫu thuật nạo V.A. đơn thuần 45/56 ca với tỷ lệ 80,3%, trong đó có 37 bệnh nhân viêm V.A. đơn thuần và 8 bệnh nhân viêm V.A. kết hợp viêm tai ứ dịch, 11/56 ca điều trị phẫu thuật nạo V.A. phối hợp đặt ống thông khí.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nạo V.A.

4.2.1. Triệu chứng cơ năng sau mổ và so sánh với trước mổ

Các triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi, thở miệng, ngủ ngáy sau mổ đều giảm rõ so với trước mổ, sự khác biệt tỷ lệ của các triệu chứng này trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương đồng kết quả của Võ Nguyễn Hoàng Khôi [4], Osman B., Thổ Nhĩ Kỳ [11].

4.2.2. Mức độ quá phát của V.A. sau mổ và so sánh với trước mổ

Mức độ quá phát của V.A. sau mổ giảm so với trước mổ. Sau mổ có 18 trường hợp V.A. không còn quá phát chiếm 32,1%. V.A. quá độ I là 24 trường hợp chiếm 42,9%; độ II là 14 trường hợp chiếm 25%. Không còn V.A. quá phát độ III và IV. Tương đồng với kết quả của Võ Nguyễn Hoàng Khôi [4].

4.2.3. Hình thái nhĩ lượng đồ trước và sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật ở 45 bệnh nhân nạo V.A. đơn thuần, không đặt ống thông khí, nhĩ lượng đồ gặp nhiều nhất là nhĩ đồ type A với 36/90 tai (40%), sau đó là nhĩ đồ type C là 29/62 tai (32,2%), nhĩ đồ type As là 14/90 tai (15,6%), ít gặp nhất là type B có 11/90 tai (12,2%). Theo kết quả nghiên cứu của Rajashekar R.P. nghiên cứu trên 20 trẻ có V.A. quá phát, có đo nhĩ lượng đồ trước và sau nạo V.A. 6 tuần, trước phẫu thuật có 12 tai type A (30%), 12 tai type B (30%), 8 tai type C (20%), và 8 tai loại khác, sau phẫu thuật 6 tuần cho đo lại nhĩ lượng đồ thì có 32 tai type A, 2 tai type C và 6 tai có bằng chứng tắc vòi Eustache nhẹ [12].

4.2.4. Hình thái màng nhĩ sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật nạo V.A. 6 tuần, hình thái màng nhĩ bình thường có 84/94 tai (89,4%), đầy phòng có 3/94 tai (3,2%) trong đó có 1 tai đã được đặt ống thông khí bị tụt ống, màng nhĩ đầy phòng lại như trước, màng nhĩ co lõm còn 7/94 tai (7,4%). Sau nạo V.A. chính là loại bỏ ổ viêm nhiễm kế cận đồng thời loại bỏ nguyên nhân cơ học cản trở chèn ép loa vòi nhĩ vì vậy ở những trẻ được nạo V.A. cũng chính là loại bỏ nguồn nhiễm khuẩn lớn lên tại giữa đồng thời giúp khôi phục lại chức năng vòi nhĩ dần trở về bình thường, từ đây dịch trong tai giữa được thoát ra qua con đường tự nhiên là lỗ vòi Eustache đồng thời làm cho hình dạng màng nhĩ từ hình thái lõm trở về bình thường. Theo tác giả Bluestone cho rằng nạo V.A. làm cho lỗ vòi hoạt động tốt hơn và giúp cho quá trình thoát dịch của tai giữa có hiệu quả [5].

4.2.5. Màu sắc màng nhĩ sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật nạo V.A. 6 tuần, màng nhĩ có màu sắc bình thường 84/94 (89,4%), còn 4/94 màng nhĩ

dày đục, mất bóng sáng, chiếm tỷ lệ 4,3%, 4 màng nhĩ trong, có bóng khí chiếm tỷ lệ 4,3% và 2 màng nhĩ màu vàng chiếm tỷ lệ 2,0%. Khi mới tràn dịch ở trẻ em màng nhĩ thường phồng hoặc có màu sắc trong, có bóng khí hay màu kem. Nhóm BN có màu sắc thay đổi này thường là hậu quả của VTGC trong thời gian thường là ngắn dưới 3 tuần theo nghiên cứu của tác giả Nancy M.Young [13].

Cũng theo tác giả này ở giai đoạn muộn hơn sau VTGC từ 3 tuần đến 3 tháng màng nhĩ có thể có sự thay đổi về màu sắc như màu vàng mật ong nhạt hoặc sậm màu hay cũng có thể dày đục mất bóng sáng. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào tiến triển bệnh nặng hơn và không gặp trường hợp nào có các biến chứng của bệnh. Kết quả biến đổi màng nhĩ ở các tai có dịch vẫn chủ yếu là hậu quả của bệnh VTGC.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 56 bệnh nhân được nạo V.A. có đo nhĩ lượng đồ ở trẻ em tại Khoa Tai Mũi Họng – Mắt – Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 3/2017 đến tháng 6/2018. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và hình thái nhĩ lượng đồ ở trẻ em viêm V.A. quá phát được điều trị phẫu thuật

- Tỷ lệ nam là 64,3%, nữ là 35,7%.
- Nhóm tuổi > 3 – 6 tuổi (mẫu giáo) chiếm 46,4%.
- Nông thôn chiếm 57,1%, thành thị chiếm 42,9%.
- Lý do đến khám nhiều nhất là chảy mũi 48,2%.
- Triệu chứng cơ năng thường gặp trước phẫu thuật là chảy mũi (98,2%), nghẹt mũi (96,4%)
- V.A. quá phát độ 3 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 53,6%.
- V.A. quá phát nhiều nhất ở nhóm tuổi > 3 – 6 tuổi với 65,4 % (chủ yếu là độ 2 và độ 3).
- Hình thái màng nhĩ bình thường gặp nhiều nhất 64,3%, co lõm gặp 19,6%, đầy phòng gặp 16,1%.
- Màng nhĩ không thay đổi màu sắc là chủ yếu 64,3%, màng nhĩ dày đục 24,1%, màng nhĩ có hình ảnh bóng khí, mức dịch 9,8%, màng nhĩ màu vàng 1,8%.
- Nhĩ lượng đồ type A gặp nhiều nhất 33,0%, nhĩ lượng đồ type C 27,7%, type B 26,8%.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nạo V.A.

- Các triệu chứng cơ năng sau mổ đều giảm rõ so với trước mổ.
 - + Chảy mũi (98,2% - 14,3%)
 - + Nghẹt mũi (96,4% - 8,9%)
 - + Thở miệng (73,2% - 3,6%)
 - + Ngủ ngáy (64,3% - 3,6%)
- Không còn V.A. quá phát độ 3 và độ 4.
- Hình thái nhĩ lượng đồ thay đổi rõ rệt trước và

sau mổ

- + Type B (12,2% - 3,3%)
- + Type C (32,2% - 8,9%)
- + Type As (15,6% - 4,4%)
- + Type A (40% - 83,4%)

- Hình thái màng nhĩ bình thường có 89,4%, co lõm và đầy phồng gập 5,3%.
- Màng nhĩ không thay đổi màu sắc là 89,4%, màng nhĩ dày đục 4,3%, màng nhĩ có hình ảnh bóng khí, mức dịch 4,3%, màng nhĩ màu vàng 2,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Bảng (2013), "Amiđan và VA", Bài giảng Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, tr. 32-60.
2. Lê Minh Đức (2012), *Nghiên cứu ảnh hưởng của viêm V.A mạn tính đến chức năng của tai giữa*, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Đặng Xuân Hùng (2010), "Đo nhĩ lượng", *Thính học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 65-74.
4. Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của viêm amiđan vòm và đánh giá kết quả phẫu thuật nạo amiđan vòm tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Buôn Ma Thuột năm 2010*, Bệnh Viện Đa Khoa Thành phố Buôn Ma Thuột.
5. Nguyễn Hữu Khôi (2015), "VA, viêm họng mũi và VA quá phát bất tắc", *Viêm họng amiđan và VA*, Nhà xuất bản Y học, tr. 137-154.
6. Nguyễn Trung Nghĩa (2017), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt amiđan và nạo V.A. đồng thời ở trẻ em*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
7. Hà Lan Phương (2011), *Nghiên cứu hình thái nhĩ đồ ở trẻ em viêm VA quá phát có chỉ định phẫu thuật*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
8. Nguyễn Thị Minh Tâm (2009), *Nghiên cứu những*

hình thái biến động của nhĩ đồ trong viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín, Đại học Y Hà Nội.

9. Mai Ý Thơ (2012), *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả đặt ống thông khí qua màng nhĩ trong viêm tai tiết dịch ở trẻ em*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

10. Nwosu C, Ibekwe M và Onotai L (2016), "Tympanometric Findings among Children with Adenoid Hypertrophy in Port Harcourt, Nigeria", *International Journal of Otolaryngology*.

11. Osman B. và các cộng sự. (2006), "Effects of adenoidectomy in children with symptoms of adenoidal hypertrophy", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*. 263(2),pp. 156-159.

12. Rajashekhar R.P. và Shinde.V.V. (2018), "Tympanometric changes following adenoidectomy in children with adenoid hypertrophy", *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*. 4(2), pp. 391-396.

13. Zeihuis G.A, Rach G.H và al, et (1989), "Environmental risk factors for otitis media with effusion in preschool children", *Scand J Prim Health Care*. 7(1), pp. 33-38.