

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM TẮY, ÁP XE RÒ LUÂN NHĨ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Nguyễn Tư Thế<sup>1</sup>, Lê Quốc Anh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Khanh<sup>1</sup>

(1) Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sớm viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 46 bệnh nhân (46 tai) bị viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ được điều trị bằng phẫu thuật theo phương pháp nghiên cứu tiến cứu, quan sát, mô tả, có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Nhóm tuổi  $\leq 15$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 71,8%. Dị dạng phối hợp chiếm 2,2%. Số bệnh nhân có yếu tố gia đình chiếm 60,9%. Vị trí giải phẫu lỗ rò luân nhĩ: vị trí kinh điển 91,3%, sau vị trí kinh điển 8,7%. Nuôi cấy vi khuẩn mọc 38,5%. Vi khuẩn thường gặp là *Staphylococcus aureus* 60%. Hầu hết các vi khuẩn nhạy cảm với kháng sinh. Các giai đoạn bệnh lý của lỗ rò: giai đoạn viêm tấy 71,7%, giai đoạn áp xe 28,3%. Phương pháp phẫu thuật nóng 69,6%, ấm 30,4%. Thời gian điều trị nội trú trung bình:  $8,5 \pm 3,1$  ngày. Tái phát sau phẫu thuật 3 tháng có 1 tai, chiếm 2,2%. Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng: tốt 91,3%, trung bình 6,5%, xấu 2,2%. **Kết luận:** Viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ gặp nhiều nhất ở lứa tuổi trẻ em, dị dạng phối hợp kèm theo hiếm gặp, có vai trò của yếu tố gia đình. Vị trí kinh điển của lỗ rò chiếm tỷ lệ cao. Đa số kết quả sau phẫu thuật đạt kết quả tốt.

**Từ khóa:** Rò luân nhĩ

## Abstract

# ASSESSMENT OF SURGICAL TREATMENT FOR INFECTED PREAURICULAR SINUS AT HUE CENTRAL HOSPITAL AND HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Tu The<sup>1</sup>, Le Quoc Anh<sup>1,2</sup>, Nguyen Thi Ngoc Khanh<sup>1</sup>

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Hue Central Hospital

**Background:** This study aims to research clinical characteristics and to evaluate the results of early surgical treatment of infected preauricular sinus. **Subjects and methods:** Studied 46 patients (46 ears) suffering from infected preauricular sinus surgically treated, by the method of descriptive observative prospective study with clinical intervention. **Results:** Age group of  $\leq 15$  years old accounted for the highest percentage with 71.8%. Combined defects accounted for 2.2%. Number of patients having familial factors accounted for 60.9%. Location of preauricular sinus: classic position 91.3%, posterior to classic position 8.7%. Positive bacteria culture with the proportion of 38.5%. Common bacterium was *Staphylococcus aureus* 60%. Most bacteria were sensitive to antibiotics. Stages of the infected preauricular sinus: inflammation 71.7%, abscess 28.3%. Surgical procedures: hot 69.6%, warm 30.4%. Average inpatient time:  $8.5 \pm 3.1$  days. Recurrence after surgery 3 months having 1 ear, accounted for 2.2%. Results after surgery 3 months: good 91.3%, moderate 6.5%, bad 2.2%. **Conclusions:** Infected preauricular sinus were most common in children, combined defects were rare, having the role of family factors. Preauricular sinus having classic position occupied high percentage. Majority of postoperative results were good.

**Keywords:** Preauricular sinus

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai Mũi Họng là một bộ phận quan trọng của cơ thể con người với những chức năng tồn tại của sự sống. Tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng rất phổ biến trong đó những tổn thương thực thể thường được quan tâm còn các dị tật bẩm sinh nếu chưa gây ảnh hưởng sức khỏe thì ít được chú ý. Rò luân nhĩ là một ví dụ điển hình mà chúng tôi muốn nói ở đây [2].

Rò luân nhĩ là một ống tịt bẩm sinh ở phía trước vành tai, là di tích của rãnh khe mang còn sót lại trong thời kỳ phôi thai. Đây là một dị tật bẩm sinh tương đối phổ biến trong cộng đồng. Ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ rò luân nhĩ trong cộng đồng vào khoảng 3,4% đến 4,2% [3], [4]. Ở nước ngoài tỷ lệ này ước tính vào khoảng 0,1% đến 10%, tùy theo các chủng tộc ở các vùng khác nhau trên thế giới [9].

Mặc dù tỷ lệ rò luân nhĩ chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng nhưng ít khi được mọi người chú ý, một phần là do hiểu biết của người dân về loại bệnh này còn hạn chế, vì vậy họ đã chủ quan không đi khám và điều trị sớm. Để điều trị bệnh lý này, có nhiều phương pháp điều trị nhưng hầu hết các tác giả đều thống nhất phẫu thuật là phương pháp điều trị tốt nhất và khuyến khích phẫu thuật sớm ở bất kỳ giai đoạn nào của rò luân nhĩ nhằm rút ngắn thời gian điều trị đang từng bước được triển khai cho thấy những bước tiến bộ trong việc điều trị bệnh lý bẩm sinh này [5], [11].

Do tính phổ biến của dị tật bẩm sinh này trong cộng đồng, việc điều trị nhiều khi khó khăn vất vả khi đã biến chứng viêm nhiễm nhiều lần, đặc biệt ảnh hưởng vấn đề thẩm mỹ là để lại sẹo lớn và xấu suốt đời. Ngược lại nếu bệnh được khám, phát hiện sớm và chủ động điều trị triệt để thì sẽ tránh được các biến chứng và khó khăn kể trên [2], [10]. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ”** với hai mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sớm viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 bệnh nhân với 46 tai đang bị viêm tấy hoặc áp xe rò luân nhĩ được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 3/2016 đến tháng 5/2017.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Theo phương pháp nghiên cứu tiến cứu, quan sát, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

### 2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ dụng cụ khám TMH thông thường.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật: dao mổ, Kelly các loại, Forceps, Allis, Farabeuf cỡ nhỏ, ống hút, dây hút, curette nạo, kéo Metzenbaum, dao điện đơn cực...

- Phiếu nghiên cứu.

### 2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu và đánh giá

#### 2.2.2.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Giới: nam, nữ.
- Tuổi:  $\leq 5$ , 6-15, 16-30, 31-45,  $> 45$  tuổi
- Tiền sử bản thân: tai nhỏ, dị dạng vành tai, chậm phát triển thể chất, các rò khác,...
- Tiền sử gia đình: các thành viên trong gia đình bị rò.

- Lý do vào viện: sưng, đau; chủ động; các lý do khác (ngứa, chảy dịch,...)
- Vị trí tai bị rò luân nhĩ: bên phải, bên trái.
- Vị trí giải phẫu lỗ rò luân nhĩ theo tai bị rò: kinh điển, phía trên, dưới, trước, sau.
- Các giai đoạn bệnh lý: viêm tấy hoặc áp xe.
- Xét nghiệm vi khuẩn cấy mũ đường rò: mọc, không mọc

- Định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ: loại vi khuẩn, KS nhạy cảm và đề kháng

#### 2.2.2.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định phẫu thuật: Rò luân nhĩ ở giai đoạn biến chứng viêm tấy, áp xe lúc vào viện được phẫu thuật lần đầu [3], [7], [8], [12], [14].
- Chỉ định phương pháp phẫu thuật: rò luân nhĩ ở giai đoạn viêm tấy hoặc áp xe hóa khi vào viện, có chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 7 ngày cho bệnh nhân với 2 khả năng:

- + Phẫu thuật nóng: phẫu thuật được thực hiện trong vòng 3 ngày kể từ khi vào viện phối hợp với điều trị kháng sinh.
- + Phẫu thuật ấm: phẫu thuật được thực hiện trong thời gian từ 4-7 ngày kể từ khi vào viện, sau khi được điều trị phối hợp với kháng sinh và chích rạch (nếu là áp xe) [2], [5], [11].

- Phương pháp phẫu thuật: phương pháp bóc rò kinh điển.
- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng
- + Thời gian tái phát
- + Tỷ lệ tái phát
- + Thể lâm sàng tái phát: viêm tấy, áp xe, rò mũ kéo dài

- + Phân loại kết quả điều trị sau phẫu thuật:

- Tốt: toàn bộ tổn thương thực thể biến mất, vùng da tại vị trí lỗ rò trở lại bình thường, không viêm nhiễm, đảm bảo thẩm mỹ, sẹo đẹp.
- Trung bình: tổn thương thực thể biến mất hầu hết, da tại chỗ hơi dày cộm, da hơi nhẵn, màu sắc da có thể thay đổi ít so với mô xung quanh, vết sẹo hơi dày.

- Xấu: thương tổn thực thể vẫn còn tồn tại hoặc ăn sâu vào mô lành, chuyển biến xấu, viêm nhiễm, áp xe, chảy mủ kéo dài, sẹo thấy rõ hoặc sẹo lồi.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Nam giới chiếm tỷ lệ 37%, nữ giới chiếm tỷ lệ 63%.

- Tuổi trung bình là  $12,1 \pm 9,5$  (1-45) tuổi.

- Tiền sử bản thân: bệnh hẹp van tim kèm theo chiếm 2,2%.

- Tiền sử gia đình: trong 46 bệnh nhân bị rò luân nhĩ, có 28 BN có người thân cũng bị bệnh này, chiếm tỷ lệ 60,9%.

- Lý do vào viện chủ yếu là lỗ rò sưng, đau chiếm tỷ lệ cao nhất 97,8%; ngứa, chảy dịch chiếm tỷ lệ 60,9%; viêm biến chứng chiếm tỷ lệ 10,9%.

#### 3.2. Kết quả điều trị rò luân nhĩ bằng phẫu thuật

##### 3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

**Bảng 3.1.** Phương pháp phẫu thuật (n=46)

| Phương pháp phẫu thuật | Số tai    | Tỷ lệ %      |
|------------------------|-----------|--------------|
| Phẫu thuật nóng        | 32        | 69,6         |
| Phẫu thuật ấm          | 14        | 30,4         |
| <b>Tổng</b>            | <b>46</b> | <b>100,0</b> |

Phẫu thuật nóng chiếm 69,6%, phẫu thuật ấm chiếm 30,4% ( $p < 0,05$ ).

##### 3.2.2. Thời gian điều trị nội trú

**Bảng 3.2.** Thời gian điều trị nội trú (n=46)

| Thời gian điều trị nội trú (ngày) | Số bệnh nhân | Tỷ lệ %      | Thời gian điều trị trung bình (tối thiểu - tối đa) ngày |
|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------------------------|
| $\leq 7$                          | 20           | 43,5         | $8,5 \pm 3,1$<br>(3 - 14)                               |
| 8-14                              | 26           | 56,5         |                                                         |
| <b>Tổng</b>                       | <b>46</b>    | <b>100,0</b> |                                                         |

Thời gian điều trị nội trú trung bình là  $8,5 \pm 3,1$  (3 - 14 ngày).

##### 3.2.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

###### 3.2.3.1. Thời gian và thể lâm sàng của tai tái phát sau phẫu thuật 3 tháng

Tính trên tổng số 46 tai bị viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ được phẫu thuật thì có một trường hợp bị tái phát sau phẫu thuật 3 tháng với thể lâm sàng tái phát là áp xe, giai đoạn bệnh lý trước phẫu thuật của tai này cũng là áp xe rò luân nhĩ ở tai trái và thời gian tái phát của tai này là 95 ngày sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 2,2%.

###### 3.2.3.2. Phân loại kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

**Bảng 3.3.** Phân loại kết quả sau phẫu thuật 3 tháng (n=46)

| Kết quả phẫu thuật | Số tai bị rò | Tỷ lệ %      |
|--------------------|--------------|--------------|
| Tốt                | 42           | 91,3         |
| Trung bình         | 3            | 6,5          |
| Xấu                | 1            | 2,2          |
| <b>Tổng</b>        | <b>46</b>    | <b>100,0</b> |

Sau phẫu thuật 3 tháng thì kết quả tốt chiếm tỷ lệ 91,3%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 6,5%, kết quả xấu chiếm tỷ lệ 2,2%.

- Vị trí tai bị rò luân nhĩ: rò bên phải chiếm 52,2%, rò bên trái chiếm 47,8%.

- Vị trí giải phẫu lỗ rò luân nhĩ: vị trí kinh điển chiếm 91,3%, rò ở phía sau so với vị trí kinh điển chiếm 8,7%.

- Phân bố các giai đoạn bệnh lý của lỗ rò ở thời điểm vào viện (n=46): giai đoạn viêm tấy chiếm tỷ lệ 71,7%, giai đoạn áp xe chiếm tỷ lệ 28,3%.

- Kết quả xét nghiệm cấy mủ đường rò: cả 13 tai có đường rò bị áp xe đều được xét nghiệm cấy mủ, chỉ có 5 tai có vi khuẩn mọc chiếm tỷ lệ 38,5%.

- Định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ (n=5): Staphylococcus aureus 3 trường hợp (60%) và ít gặp hơn là Enterococcus sp. và Acinetobacter baumannii 1 trường hợp (20%). Hầu hết các vi khuẩn nhạy cảm với các kháng sinh.

### 3.2.3.3. Sự liên quan giữa kết quả sau phẫu thuật với giai đoạn bệnh lý

**Bảng 3.4.** Liên quan giữa kết quả sau phẫu thuật với giai đoạn bệnh lý (n=46)

| Giai đoạn bệnh lý | Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng (n=46) |                |         | Tổng (%)   |
|-------------------|---------------------------------------|----------------|---------|------------|
|                   | Tốt (%)                               | Trung bình (%) | Xấu (%) |            |
| Áp xe             | 11 (84,6)                             | 1 (7,7)        | 1 (7,7) | 13 (100,0) |
| Viêm tấy          | 31 (93,9)                             | 2 (6,1)        | 0 (0,0) | 33 (100,0) |
| <b>Tổng</b>       | 42                                    | 3              | 1       | 46         |

Với 46 tai bị viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ được phẫu thuật, kết quả tốt chiếm đa số và dao động từ 84,6% đến 93,9% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Trong 46 bệnh nhân rò luân nhĩ có 1 BN bị hẹp van tim kèm theo chiếm tỷ lệ 2,2%. Theo các nghiên cứu cho thấy dị dạng phối hợp kèm theo chủ yếu là các bệnh lý về mắt, tai, thận; tuy nhiên tỷ lệ này không cao dao động trên dưới 10% cho thấy liên quan đến bất thường rò luân nhĩ và những khuyết tật bẩm sinh kèm theo là hiếm [7], [8].

- Tiền sử gia đình: trong 46 BN bị rò luân nhĩ, có 28 BN có người thân cũng bị bệnh này, chiếm tỷ lệ 60,9%, phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Ngọc Khanh tỷ lệ này là 44,4% [1].

- Vị trí giải phẫu lỗ rò: tính chung cho 46 tai bị rò ở cả hai tai thì rò ở vị trí kinh điển chiếm 91,3%, rò ở phía sau vị trí kinh điển chiếm 8,7%. Tỷ lệ vị trí kinh điển và phía sau vị trí kinh điển của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Võ Hoàng Minh là 96,4% và 3,1% [2]; của Nguyễn Tấn Quang là 96,7% và 3,3% [3].

- Phân bố các giai đoạn bệnh lý của lỗ rò ở thời điểm vào viện (n=46): giai đoạn viêm tấy chiếm 71,7%, giai đoạn áp xe 28,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Khanh là 51,2% và 48,8% [1].

- Kết quả xét nghiệm cấy mũ đường rò: chỉ có 5 tai có vi khuẩn mọc chiếm tỷ lệ 38,5%. Kết quả cấy không mọc của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác có thể là do BN tự ý sử dụng kháng sinh điều trị trước đó làm kết quả nuôi cấy âm tính.

- Định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ (n=5): Staphylococcus aureus 3 trường hợp (60%) và đây cũng chính là tác nhân vi khuẩn thường gặp trên da người bình thường. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác khi cho thấy tỷ lệ bắt gặp S.aureus dao động từ 33,3% - 75%. Hầu hết các vi khuẩn nhạy cảm với các kháng sinh.

### 4.2. Kết quả điều trị rò luân nhĩ bằng phẫu thuật

#### 4.2.1. Phương pháp phẫu thuật

Trong số 46 tai bị viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ

thì phẫu thuật nóng chiếm 69,6%, phẫu thuật ấm 30,4%. Điều đáng nói là BN bị nhiễm trùng rò luân nhĩ không chỉ trải qua một thời gian điều trị kéo dài mà còn chịu đựng sự đau đớn và chi phí cao với phương pháp điều trị truyền thống, vì vậy chúng tôi nghiên cứu điều trị phẫu thuật sớm ở giai đoạn đầu bằng phương pháp phẫu thuật nóng dưới sự kiểm soát nhiễm trùng trước phẫu thuật. Mặc dù phẫu thuật nóng có ưu điểm là rút ngắn thời gian điều trị nhưng gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật vì đường rò trong giai đoạn viêm nhiễm lúc này không còn nguyên vẹn, khó lấy được hết toàn bộ biểu mô lót trong đường rò, vì vậy cần phải đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên [2].

#### 4.2.2. Thời gian điều trị nội trú

Thời gian điều trị nội trú trung bình  $8,5 \pm 3,1$  ngày (3 - 14 ngày); trong đó trong đó nhóm  $\leq 7$  ngày chiếm tỷ lệ khá cao 43,5%. So với nghiên cứu của Chang S.D. và cs (2016) [6] cho thấy thời gian điều trị lên đến  $13,5 \pm 7,4$  ngày. Điều này được xem là một điểm nổi bật và tiến bộ trong nghiên cứu của chúng tôi khi mà 100% BN vào điều trị của chúng tôi đều ở giai đoạn biến chứng là viêm tấy, áp xe và hầu như BN chỉ đến điều trị khi uống thuốc ở nhà không đỡ (93,5% BN có tiền sử sử dụng thuốc hoặc phối hợp trước khi vào viện).

#### 4.2.3. Tỷ lệ tái phát, thời gian tái phát và thể lâm sàng tái phát sau phẫu thuật 3 tháng

Mặc dù chúng tôi đã cẩn thận, tuân thủ những nguyên tắc cơ bản trong phẫu thuật rò luân nhĩ bị biến chứng nhưng vẫn có 1 trường hợp áp xe tái phát sau 95 ngày phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 2,2%. Trường hợp này sau đó được nhập viện và được phẫu thuật lại và chúng tôi nhận thấy còn sót một phần biểu mô của đường rò nằm ở sụn vành tai.

Thời gian tái phát trung bình sau phẫu thuật rò luân nhĩ theo các tác giả từ 3 tháng đến 5 năm [10], [16]. Như vậy thời gian theo dõi sau phẫu thuật của chúng tôi chỉ được khoảng 3 tháng là quá ngắn. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật 3 tháng theo các tác giả từ

0% đến 30,8% [1], [13], [16]. Như vậy, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật 3 tháng của chúng tôi là thấp (2,2%); tuy nhiên do thời gian theo dõi còn quá ngắn nên chưa thể so sánh chính xác với các tác giả khác. Các nghiên cứu khác cho rằng nguyên nhân tái phát là do trước phẫu thuật lỗ rò bị áp xe nhiều lần, đường rò không còn nguyên vẹn nên khó khăn trong việc lấy hết đường rò [1], [12], [16].

#### 4.2.4. Phân loại kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy sau phẫu thuật 3 tháng thì kết quả tốt chiếm 91,3%, trung bình chiếm 6,5%, xấu chiếm 2,2%.

Mối quan tâm chính hàng đầu của điều trị viêm tấy, áp xe rò luân nhĩ là chữa lành hoàn toàn bệnh lý mà không có tái phát và kết quả thẩm mỹ chấp nhận được một cách khách quan mà không có bất kỳ sự phàn nàn nào về sẹo phì đại sau quá trình theo dõi lâu dài [9], [15]. Vết sẹo trong khu vực trước tai đối với nữ có thể chấp nhận được bởi vì chúng được bao phủ bởi mái tóc dài. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có mái tóc ngắn hoặc bệnh nhân trẻ tuổi, phẫu thuật viên nên cố gắng để làm giảm thiểu kích thước tối đa của vết sẹo. Để cân nhắc về mặt thẩm mỹ, chúng tôi đã không làm tổn thương da xung quanh vết thương nhiễm trùng đã trải qua sự thay đổi bệnh lý quá nhiều và kết quả những vết sẹo là chấp nhận được cho phần lớn các bệnh nhân. Điều này là mong muốn không chỉ đối với bệnh nhân mà còn là mong muốn của tất cả các phẫu thuật viên trong ngành TMH [13]. Nhìn chung kết quả sau phẫu thuật đối với cơ sở y tế của chúng tôi như vậy là khá tốt và đã đáp ứng tốt yêu cầu điều trị của BN.

#### 4.2.5. Sự liên quan giữa kết quả sau phẫu thuật với giai đoạn bệnh lý

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tất cả các giai đoạn bệnh lý khác nhau của 46 tai bị rò luân nhĩ được phẫu thuật, kết quả tốt chiếm đa số và dao động từ

84,6% đến 93,9% ( $p > 0,05$ ). Với kết quả phẫu thuật tốt như trên cho thấy phẫu thuật rò luân nhĩ có thể thực hiện ở bất cứ giai đoạn nào của bệnh lý mà không phải chờ bệnh ổn định mới phẫu thuật. Tuy nhiên tỷ lệ tái phát này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố chứ không phải chỉ riêng vào giai đoạn bệnh lý.

Kết của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Yeo và cs (2006) [17], Tang và cs (2007) [16], khi nghiên cứu của họ cũng cho thấy không có sự khác biệt về mặt thống kê khi phẫu thuật rò luân nhĩ ở tai không có tình trạng nhiễm trùng với tai bị nhiễm trùng hoạt động tại thời điểm phẫu thuật ( $p > 0,05$ ).

## 5. KẾT LUẬN

### 5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Bệnh phối hợp kèm theo chiếm 2,2%.
- Vị trí giải phẫu lỗ rò luân nhĩ: kinh điển chiếm tỷ lệ 91,3%, phía sau vị trí kinh điển chiếm tỷ lệ 8,7%.
- Giai đoạn bệnh lý của lỗ rò: viêm tấy chiếm tỷ lệ 71,7%, áp xe chiếm tỷ lệ 28,3%.
- Kết quả xét nghiệm cấy mũ đường rò: vi khuẩn mọc chiếm tỷ lệ 38,5%.

- Định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ: *Staphylococcus aureus* chiếm tỷ lệ 60%. Hầu hết các vi khuẩn nhạy cảm với các kháng sinh.

### 5.2. Kết quả điều trị rò luân nhĩ bằng phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật nóng chiếm tỷ lệ 69,6%, phẫu thuật ấm chiếm tỷ lệ 30,4%.
- Thời gian điều trị nội trú trung bình:  $8,5 \pm 3,1$  ngày.
- Tái phát sau phẫu thuật 3 tháng có 1 tai, chiếm 2,2%. Thể lâm sàng tái phát sau phẫu thuật 3 tháng là áp xe.
- Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng: tốt chiếm 91,3%, trung bình 6,5%, xấu chiếm 2,2%.
- Kết quả phẫu thuật không phụ thuộc vào giai đoạn bệnh lý của lỗ rò trước phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Khanh (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật dò bẩm sinh vùng đầu cổ tại Huế*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Võ Hoàng Minh (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh rò Hélix tại Bệnh viện trường ĐHY Dược Huế*, Luận văn bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Nguyễn Tấn Quang, Lê Nguyên Bằng (2001), *Nhận xét dịch tễ và đặc điểm lâm sàng bệnh dò Hélix bẩm sinh vào điều trị nội trú tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung*

*ương Huế*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.

4. Nguyễn Tư Thế (2002), "Nghiên cứu dịch tễ và đặc điểm lâm sàng bệnh rò luân nhĩ (Hélix) bẩm sinh ở học sinh, sinh viên thành phố Huế", *Đề tài cấp bộ*, Trường Đại học Y Huế.

5. Chang P. H., Wu C. M. (2005), "An insidious preauricular sinus presenting as an infected post auricular cyst", *Chang Gung Memorial Hospital, Taipei, Taiwan*, 59 (3), pp. 370 - 372.

6. Chang S. D., Lee H. Y, Choi M. S., Song K., Kim A. Y,

Cho C. S. (2016), "Intralesional Triamcinolone Injections for the Treatment of Preauricular Sinus Infections", *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery*, 709 (16), pp. 30180 - 30196.

7. Daphne A. E. R., Minka H., Sarit B., Dvora G., Brian R., Ayala M. M., Jacob K. (2008), "Preauricular skin tags and ear pits are associated with permanent hearing impairment in newborns", *Pediatrics*, 122 (4), pp. 884 - 890.

8. David K., Eliana A. (2000), "A prospective search for urinary tract abnormalities in infants with isolated preauricular tags", *Pediatrics*, 105 (5), pp. 105 - 108.

9. Georgia A. S., Alexander D., Dimitrios O., Guy S. (2012), "Uncommon presentation of a preauricular sinus", *Modern Plastic Surgery*, 2, pp. 61 - 63.

10. Henry C.K.L., Gordon S., Peter J. W., Charles A. V.H.(2001), "Excision of the preauricular sinus: a comparison of two surgical techniques", *The Laryngoscope*, 111, pp. 317-319.

11. Hong J. K., Jae H. L., Hyun S. C., In S. M. (2012), "A case of bilateral postauricular sinuses", *Korean J Audiol*, 16, pp. 99 - 101.

12. Huang W. J., Chu C. H., Wang M. C., Kuo C. L., Shiao A. S. (2013), "Decision making in the choice of surgical management for preauricular sinus with different severities", *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 148 (6), pp. 959 - 964.

13. Joseph V. T., Jacobsen A. S. (1995), "Single stage excision of preauricular sinus", *AW. N.Z. J. Surg.*, 65, pp. 254 - 256.

14. Seong J. C., Yun H. C., Keehyun P., Junho B., Hun Y. P. (2007), "The variant type of preauricular sinus: postauricular sinus", *Laryngoscope*, 117, pp. 1798 - 1802.

15. Shu M. T., Lin H. C. (2001), "Extirpation of ruptured preauricular fistula", *The Laryngoscope*, 111, pp. 924 - 926.

16. Tang I. P., Shashinder S., Kuljit S., Gopala K. G. (2007), "Outcome of patients presenting with preauricular sinus in a tertiary centre a five year experience", *Med J Malaysia*, 62 (1), pp. 53 - 55.

17. Yeo S., Jun B., Park S., Lee J., Song C., Chang K. (2006), "The preauricular sinus: factors contributing to recurrence after surgery", *Am J Otolaryngol*, 27, pp. 396 - 400.