

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG VÒI NHĨ TRONG VIÊM TAI GIỮA MẠNG THÙNG NHĨ

Bùi Văn Chánh, Phạm Ngọc Chất***

Bệnh viện M-TMH-RHM An giang

TÓM TẮT

Viêm tai giữa mạn thủng nhĩ là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Bất thường về chức năng của vòi nhĩ là một trong những yếu tố quan trọng trong sinh bệnh học tai giữa. Tỷ lệ rối loạn chức năng thông khí vòi nhĩ trong viêm tai giữa mạn thủng nhĩ là 67,5%. Sau điều trị có 53,1% tai chuyển đổi từ tắc sang thông. Có mối tương quan giữa tình trạng thông khí vòi nhĩ với thời gian bệnh. Có sự khác biệt giữa kích thước màng nhĩ và tình trạng thông khí vòi nhĩ.

EUSTACHIAN TUBE DYSFUNCTION IN CHRONIC OTITIS MEDIA WITH PERFORATED TYMPANIC MEMBRANE

Bui Van Chanh*, Pham Ngoc Chat**

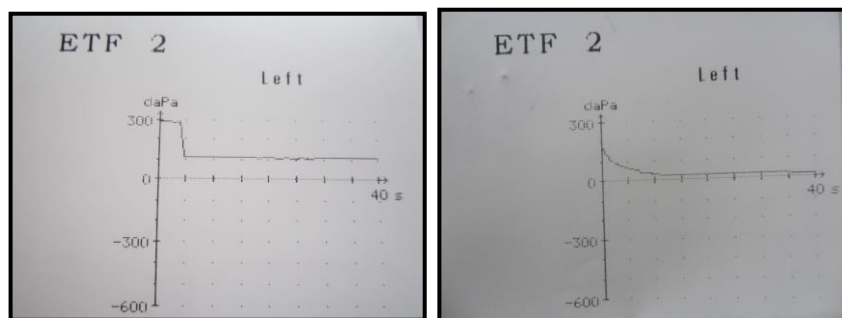
Chronic otitis media with perforated tympanic membrane is still a common disease in Vietnam and in the world. Abnormalities of eustachian tube function are one of the important factors in the pathogenesis of otitis. The rate of eustachian tube ventilation dysfunction in chronic otitis media with perforated tympanic membrane was 67,5%. After medical treatment, 53,1% ears changed from obstructed to open eustachian tube. There was the correlation between the ventilatory condition of eustachian tube and the duration of disease. There was difference between tympanic membrane size and ventilatory condition of eustachian tube.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn thủng nhĩ là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Bất thường về chức năng của vòi nhĩ là một trong những yếu tố quan trọng trong sinh bệnh học tai giữa. Hiện nay trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chứng minh mối liên quan hai chiều giữa rối loạn chức năng vòi nhĩ và VTG mạn thủng nhĩ. Chính vì diễn tiến chức năng thông khí vòi nhĩ phức tạp như trên và cũng chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam ghi nhận vấn đề này.

Đo chức năng vòi nhĩ (ETF2) cho bệnh nhân có màng nhĩ thủng: Kiểm tra để xác định xem bệnh nhân có thể mở vòi nhĩ khi áp suất dương được chuyển giao, thông qua đầu dò đến ống tai ngoài hay không. Lượng áp suất dương được định trước và có thể cài đặt ở mức cao +300 daPa. Hãy yêu cầu bệnh nhân làm động tác nuốt khi áp suất được đưa vào, nếu vòi nhĩ mở, áp suất sẽ giảm. Đọc kết quả:

- Biểu đồ có dạng hình bậc thang: vòi nhĩ thông
- Biểu đồ có dạng nằm ngang và hình hypepol: vòi nhĩ tắc



II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên đến khám tại Bệnh viện Mắt - TMH - RHM An Giang được chẩn đoán viêm tai giữa mạn thủng nhĩ trong khoảng thời gian từ tháng 10/2011 đến 3/2013.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: 105 bệnh nhân có 120 tai

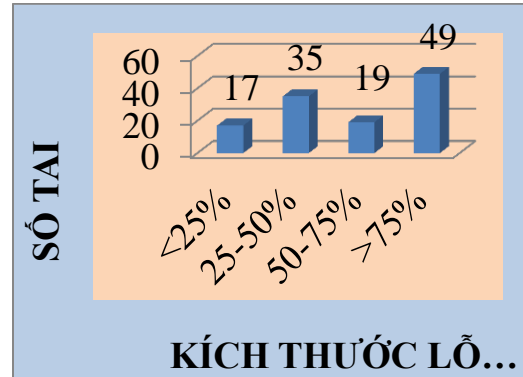
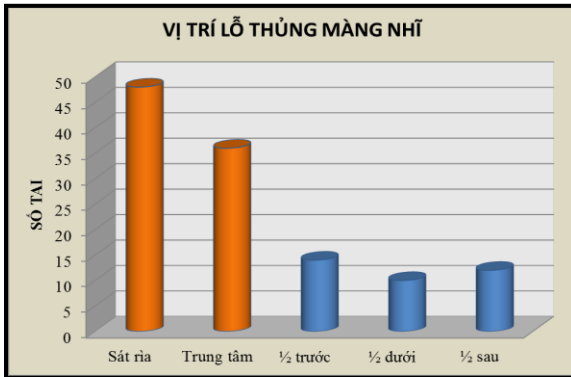
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung	Tỷ lệ %	Tỷ lệ
Giới Nam : Nữ	45,7 : 54,3	1: 1
Tuổi trung bình	36,93 (17 - 69)	
Thời gian bệnh	8 (1 - 30)	

2. Bảng 2. Tình trạng tai nghiên cứu trước điều trị:

Tình trạng tai trước điều trị	Tỷ lệ %/Trung bình
Tai bệnh lý Phải : Trái	42,5 : 57,5
Tình trạng tai Khô : ướt	36,7 : 63,3
Chức năng thông khí vòi nhĩ Tắc : Thông	67,5 : 32,5
Thể tích ống tai và tai giữa	1,81 (0,9 - 5,23)



3. TÌNH TRẠNG VÒI NHĨ TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ

3.1. Nhóm có điều trị nội khoa: Trong mẫu nghiên cứu với 120 tai:

- Nhóm có điều trị nội khoa: 12+ 69+ 7= 88 tai, chiếm 73,3%.
- Nhóm không có điều trị nội khoa: 32 tai, chiếm 26,7%.

Tuy nhiên sau quá trình điều trị nhóm 7 tai ước có vòi nhĩ thông; kết quả đo chức năng thông khí vòi nhĩ sau điều trị giống ban đầu. Vì vậy chúng tôi chỉ phân tích đối với 81 tai có vòi nhĩ tắc.

3.2. Tình trạng VN với vị trí lỗ thủng MN trước và sau điều trị:

Trước điều trị 81 ca có vòi nhĩ tắc nhiều nhất là những tai thủng sát rìa chiếm 50,7%, thủng trung tâm 28,4% cho thấy vòi nhĩ tắc gặp trong phần lớn tai có lỗ thủng sát rìa. Sau điều trị nội khoa, tỉ lệ tai chuyển từ vòi nhĩ tắc sang thông tương ứng với từng loại vị trí lỗ thủng: 36,6% thủng rộng sát rìa; 60,9% thủng trung tâm còn tai thủng 1/2 trước lên đến 75%, tai thủng 1/2 dưới 100%, tai thủng 1/2 sau 80%. Kết quả này cho ta thấy tai có vị trí thủng sát rìa có tỉ lệ biến chuyển từ vòi nhĩ tắc sang vòi nhĩ thông thấp hơn cả.

3.3. Tình trạng vòi nhĩ với kích thước lỗ thủng màng nhĩ trước và sau điều trị:

Chúng tôi thấy tỉ lệ rất thấp 0,059% tai có kích thước lỗ thủng màng nhĩ < 25% trước điều trị là bị tắc vòi. Và sau điều trị nhóm tai có kích thước lỗ thủng màng nhĩ >75% có tỉ lệ rất thấp 30,9% có biến chuyển từ vòi nhĩ tắc sang vòi nhĩ thông so với các nhóm tai khác như nhóm có kích thước lỗ thủng từ 50-75% là 66,7%, tai có kích thước lỗ thủng là 25-50% là 82,6%, tai có kích thước lỗ thủng là <25% là 100%. Điều này phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu trên thế giới: lỗ

thủng càng lớn thì tỉ lệ tái đi tái lại càng tăng gây tổn thương viêm mạn càng nhiều, xơ hóa dưới niêm mạc lòng vòi nhĩ càng dày, và tỉ lệ tổn thương chức năng thông khí của vòi nhĩ càng tăng cao cho dù đã được điều trị nội khoa tích cực.

3.4. Thử tích ống tai và tai giữa trước và sau điều trị qua đo nhĩ lượng:

Bảng 3.16: Thử tích ống tai và tai giữa trên 81 nhĩ lượng đo

Thử tích ống tai và tai giữa	Thử tích trung bình	P(T_{test})
Trước điều trị	1,6906	T=-0,039 P=0,969>0,05
Sau điều trị	1,6917	

Thử tích ống tai và tai giữa trước và sau điều trị không có sự khác biệt lớn

3.5. Thay đổi tình trạng thông khí vòi nhĩ sau điều trị:

Bảng 3.17: Thay đổi tình trạng thông khí vòi nhĩ sau điều trị

Tình trạng thông khí vòi nhĩ	Tắc → Tắc	Tắc → Thông	Tổng số
Kết quả (tai)	38	43	81
Tỉ lệ	46,9%	53,1%	100%

Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật. Đối với những trường hợp bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn thủng nhĩ đến khám và được đo ETF2, nếu có vòi nhĩ tắc ta nên điều trị nội khoa một đợt sau đó kiểm chứng lại chức năng thông khí vòi nhĩ bằng đo ETF2 trước khi có chỉ định phẫu thuật, điều đó giúp cho sự tăng tỉ lệ thành công trong phẫu thuật tạo hình màng nhĩ.

4. MỐI LIÊN QUAN GIỮA CNTKVN VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

4.1. Tương quan giữa tình trạng vòi nhĩ với giới và bên tai bệnh:

Dùng kiểm định Chi-Square, với Chi-Square=0,051, độ tự do df=1, mức ý nghĩa sig=0,821>0,05. Do đó không có sự khác biệt về tình trạng thông khí vòi nhĩ giữa tai phải và tai trái. Tương tự, cũng không có sự khác biệt về tình trạng thông khí vòi nhĩ với giới.

4.2. Tương quan giữa tình trạng vôi nhĩ với thời gian bệnh:

Bảng 3.21: Thời gian bệnh lý và chức năng vôi

Tình trạng vôi nhĩ	Thời gian bệnh trung bình (năm)	T _{test}
Vôi nhĩ tắc	9,98	t=8,4 p=0,001<0,05
Vôi nhĩ thông	3,92	

Do đó thời gian bệnh lý của nhóm vôi nhĩ tắc dài hơn nhóm có vôi nhĩ thông. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với tiến trình bệnh lý: thời gian mắc bệnh kéo dài thì niêm mạc tai giữa bị tổn thương nhiều hơn, chức năng thông khí của vôi nhĩ càng kém.

4.3 Tương quan giữa tình trạng vôi nhĩ với tình trạng tai:

Bảng 3.22: Tình trạng vôi nhĩ với tình trạng tai

Tình trạng vôi nhĩ	Không chảy tai	Có chảy tai	Chi-Square
Vôi nhĩ tắc	14,8%	85,2%	$\chi^2=51,248$ $P=0,001<0,05$
Vôi nhĩ thông	82,1%	17,9%	

Do đó tai không chảy mủ có tỷ lệ vôi nhĩ thông nhiều hơn vôi nhĩ tắc

3.3.5. Giữa tình trạng vôi nhĩ với kích thước lỗ thủng màng nhĩ:

Bảng 3.23: Tình trạng vôi nhĩ với kích thước lỗ thủng màng nhĩ

Kích thước lỗ thủng	<25%	25-50%	50-75%	>75%	χ^2
Vôi nhĩ thông	41%	30,8%	10,3%	15,9%	$\chi^2=38,018$ p=0,001<0,05
Vôi nhĩ tắc	1,2%	28,4%	18,5%	51,9%	

Do đó, có sự khác biệt giữa kích thước màng nhĩ và tình trạng thông khí vôi nhĩ. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với tiến trình phát triển bệnh lý của tai giữa. Đối với những trường hợp có kích thước lỗ thủng màng nhĩ lớn thì mức độ tổn thương tai giữa nhiều, từ đó có ảnh hưởng lớn đến chức năng thông khí vôi nhĩ.

3.3.6. Giữa tình trạng vôi nhĩ với vị trí lỗ thủng màng nhĩ:

Bảng 3.24: Tương quan thông khí vôi nhĩ với vị trí lỗ thủng màng nhĩ

Vị trí lỗ thủng	Sát rìa	Trung tâm	1/2 trước	1/2 dưới	1/2 sau	χ^2
Vòi nhĩ thông	17,9%	33,3%	15,4%	15,4%	17,9%	$\chi^2=15,02$ $p=0,005$
Vòi nhĩ tắc	50,6%	28,4%	9,9%	4,9%	6,2%	

Tuy nhiên khi kiểm tra điều kiện không thỏa. Do đó, tình trạng thông khí vòi nhĩ không có liên quan đến vị trí lỗ thủng màng nhĩ. Tuy nhiên cũng có một sự khác biệt rõ giữa nhóm thủng sát rìa so với các nhóm còn lại.

IV. KẾT LUẬN:

1. Rối loạn chức năng thông khí vòi nhĩ trong viêm tai giữa mạn thủng nhĩ trước điều trị: có tỉ lệ cao 67,5%.

2. Về sự thay đổi chức năng thông khí vòi nhĩ sau điều trị nội:

+ Sau điều trị nội có 53,1% chuyển từ vòi nhĩ tắc sang vòi nhĩ thông.

+ Tai thủng sát rìa có tỉ lệ biến chuyển từ vòi nhĩ tắc sang vòi nhĩ thông thấp hơn cả. Thê tích ống tai và tai giữa trước và sau điều trị không có sự khác biệt ($P>0,05$).

3. Về mối tương quan giữa lâm sàng và chức năng thông khí VN:

+ Không có sự khác biệt về tình trạng thông khí vòi nhĩ giữa tai phải và tai trái, giữa nam và nữ. Có sự khác biệt giữa kích thước màng nhĩ và tình trạng thông khí vòi nhĩ.

+ Có mối tương quan giữa tình trạng thông khí vòi nhĩ với thời gian bệnh. Tai chảy mủ có tỷ lệ vòi nhĩ tắc cao hơn nhóm tai không chảy mủ.

+ Không có mối liên quan giữa tình trạng thông khí vòi nhĩ với vị trí lỗ thủng màng nhĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Sĩ Cần (2008), “Đo trở kháng âm học”, *Tai Mũi Họng*, Quyển 2, Nhà xuất bản Y học, tr. 267 – 276.
2. Phạm Ngọc Chất (2008), “Giải phẫu và sinh lý vòi nhĩ”, *Bài giảng lớp Phẫu thuật tai*, Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Phạm Ngọc Chất, Lê Kim Toàn (2008), “Rối loạn chức năng vòi nhĩ trong viêm xoang hàm mũ ở trẻ em”, *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản số 1, tr. 54-68.
4. Arlinger S. (1989), *Manual of Practical Audiometry*, Vol.1, p. 171-181. Taylor & Francis, London.
5. Bluestone C.D., Cantekin E.I., Beery Q.C. (1976), “*Effect of Imflammation on The Ventilatory Function of The eustachian Tube, The Seventy – Ninth Annual Meeting of the American Laryngological*”, *Rhinological and Otological Society, Inc.*, Palm Beach, p. 493-507.
6. Buchmann C.A., Doyle W.J., Swarts J.D., Bluestone C.D. (1999), “Effects of Nasal Obstruction on Eustachian Tube Function and Middle Ear Pressure”, *Acta Otolaryngol*, 119, p. 351-355.
7. Makibara R.R., Fukunaga J.Y. (2010), “Eustachian tube function in adults with intact tympanic membrane”, *Braz J. Otorhinolaryngol*, 76 (3), p. 340-6.
8. Miller G.F. (1965), “*Eustachian tube function in normal and diseased ears*”, *Archives of Otolaryngology*, Volume 81, p. 41- 48.
9. Poe D.S. (2005), “Eustachian tube function and dysfunction”, *Medical Otology and Neurotology*, p.110-122.
10. Poe D.S., Grimmer J.F. (2005), “Update on eustachian tube dysfunction and the patulous eustachian tube”, *Current opinion in otolaryngol & Head and Neck Surgery*, 13, p. 277-282.
11. Riedle C.L., Wiley T.L., Block M.G. (1987), “Tympanometric Measures of eustachian tube function”, *Journal of speech and hearing Research*, Volume 30, p. 207-214.
12. Yuceturk A.V., Unlu H.H (1997), “The evaluation of eustachian tube function in patients with chronic otitis media”, *Clin. Otolaryngol*. 22, p. 449-452.