

MIDDLE EAR DISEASES AND EFFICACY OF VENTILATION TUBE INSERTION FOR OTITIS MEDIA IN CHILDREN WITH CLEFT PALATE

Tang Xuan Hai, Phan Quang Trung*, Ha Thi Cuc

Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 07/03/2025

Revised: 28/03/2025; Accepted: 13/04/2025

ABSTRACT

Objectives: Cleft palate is associated with middle ear diseases, but the magnitude of this problem is not generally well appreciated. This study aimed to describe the middle ear status and evaluate the results of ventilation tube insertion in children with cleft palate.

Methods: A cross-sectional cohort study was conducted to investigate 78 patients with cleft palate (CP). These patients underwent otoscopy and tympanometry to assess middle ear status. When chronic otitis media with effusion (OME), recurrent otitis media, or atelectasis was diagnosed, ventilation tube insertion (VTI) and palatal repair were performed simultaneously. The study was carried out at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital between 2023 and 2024.

Results: Middle ear diseases occurred in 60.26% of patients with Cleft palate, with the incidence of OME and atelectasis being 30.76% and 24.35%, respectively. Type B tympanograms were most frequently observed (66.23%). The rate of post-VTI otorrhea was 10.34%, while the rate of tube extrusion after 3 months was 8.66%.

Conclusions: We assessed the efficacy of ventilation tube insertion (VTI) in eliminating otitis media with effusion (OME) in patients with Cleft palate undergoing palatal repair. The results indicated that VTI is effective in eliminating OME in these patients.

Keywords: Cleft palate, otitis media with effusion, recurrent otitis media, ventilation insertion.

*Corresponding author

Email: trungtaimuihong86@gmail.com **Phone:** (+84) 983588115 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2256**

BỆNH LÝ TAI GIỮA VÀ HIỆU QUẢ ĐẶT ống THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ TRÊN BỆNH NHÂN KHE HỞ VÒM MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải, Phan Quang Trung*, Hà Thị Cúc

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/03/2025; Ngày duyệt đăng: 13/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ bệnh lý tai giữa và hiệu quả đặt ống thông khí màng nhĩ trên bệnh nhân khe hở vòm miệng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2024. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả 78 ca bệnh phẫu thuật khe hở vòm miệng, trong đó 29 ca bệnh có can thiệp OTK 2 bên.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh lý tai giữa là 60,25%. Tỷ lệ các bệnh lý tai giữa lần lượt là Viêm tai giữa ứ dịch 30,76%, xẹp nhĩ 24,35%, túi co kéo thượng nhĩ 3,84%, viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm 1,28%. Có 29 bệnh nhân được phẫu thuật đồng thời đặt ống thông khí màng nhĩ và tạo hình khe hở vòm miệng. Sau 3 tháng có 47 tai còn ống, ống khô, chiếm 81%; có 6 tai có tình trạng chảy dịch qua ống thông khí màng nhĩ, chiếm 10,34%; 5 ống thông khí bị rơi ra ngoài; chiếm tỷ lệ 8,66%.

Kết luận: Đặt ống thông khí màng nhĩ có hiệu quả cải thiện chức năng tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng.

Từ khóa: Khe hở vòm miệng, viêm tai giữa ứ dịch, viêm tai giữa cấp tái diễn, đặt ống thông khí màng nhĩ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở vòm miệng (KHVM) là dị tật bẩm sinh trong đó vòm miệng không được đóng kín, gặp khoảng 0,1-0,2% tại Việt Nam[1]. Rối loạn chức năng vòi nhĩ do những bất thường về bẩm sinh của cơ nâng màn hầu và cơ căng màn hầu cùng với viêm nhiễm vùng vòm mũi họng do thiếu hụt khẩu cái làm tỷ lệ bệnh lý tai giữa ở trẻ KHVM lên tới 94%[2]. Quá trình viêm kéo dài ảnh hưởng đến sức nghe trong “giai đoạn vàng” phát triển ngôn ngữ của trẻ KHVM, gây khó khăn trong giao tiếp và học tập. Phát hiện sớm và theo dõi tình trạng tai giữa giúp hạn chế ảnh hưởng của rối loạn chức năng vòi nhĩ tới trẻ KHVM. Do có biểu hiện lâm sàng kín đáo nên cần thiết phối hợp khám nội soi và đánh giá chức năng vòi nhĩ để phát hiện, chẩn đoán bệnh lý tai giữa ở trẻ KHVM. Đây là những phương pháp có thể triển khai rộng rãi, cung cấp các thông tin giá trị về chức năng nghe, chức năng vòi nhĩ, sự hiện diện của dịch trong hòm tai và độ di động của hệ màng nhĩ xương con [3].

Ống thông khí hòm nhĩ (OTK) có vai trò như một vòi nhĩ nhân tạo, giúp dẫn lưu niêm dịch, cải thiện sức nghe và hạn chế biến chứng trong các bệnh lý tai giữa trên bệnh nhân KHVM. Chính vì vậy, phẫu thuật đặt OTK được Hội Ngôn ngữ - Lời nói và Thính học Hoa Kỳ - ASHA

khuyến cáo thực hiện sớm với VTG ở trẻ KHVM[4]. Tại Việt Nam, điều trị toàn diện cho trẻ KHVM vẫn chưa được quan tâm đầy đủ, những nghiên cứu về bệnh lý tai giữa còn ít. Chúng tôi nghiên cứu đề tài: “Bệnh lý tai giữa và hiệu quả đặt ống thông khí màng nhĩ trên bệnh nhân khe hở vòm miệng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An” nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng;
2. Đánh giá sự cải thiện chức năng tai giữa sau đặt ống thông khí và phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 78 các bệnh nhân được chẩn đoán khe hở vòm miệng, được phẫu thuật tạo hình vòm miệng có hoặc không kèm theo đặt ống thông khí màng nhĩ.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

*Tác giả liên hệ

Email: trungtaimuihong86@gmail.com Điện thoại: (+84) 983588115 <https://doi.org/10.52163/ylc.v66iCD6.2256>

Mục tiêu 1:

- Bệnh nhân khe hở vòm miệng, có thể kèm khe hở môi
- Có chỉ định tạo hình vòm miệng
- Được thăm khám nội soi, đo nhĩ lượng

Mục tiêu 2:

- Có bệnh lý tai giữa chẩn đoán qua nội soi tai có chỉ định đặt ống thông khí màng nhĩ
- Được phẫu thuật tạo hình vòm miệng và đặt ống thông khí màng nhĩ
- Được theo dõi ít nhất 3 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Mục tiêu 1: Bệnh nhân mắc KHVM trong các hội chứng, có các dị tật bẩm sinh gây biến dạng vùng hàm mặt khác.

Mục tiêu 2: Bệnh nhân bỏ điều trị hoặc không được theo dõi đầy đủ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024 tại Khoa TMH và RHM – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: Lấy toàn bộ bệnh nhân khe hở vòm đến khám và điều trị tại khoa RHM - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024.

2.3.2. Các chỉ số biến số nghiên cứu

Mục tiêu 1:

Đặc điểm chung

- Tuổi: tính theo tháng.
- Giới: nam và nữ.
- TS viêm tai giữa tái diễn: 3 lần trong 6 tháng hoặc 4 lần/ 1 năm.

Tình trạng KHVM: Loại KHVM phân loại theo Kernahan và Stark: Khe hở vòm toàn bộ/ không toàn bộ.

Tình trạng tai giữa qua nội soi

- Bên bị bệnh: 1 tai (phải, trái); cả 2 tai.
- Hình thái màng nhĩ qua nội soi: Bình thường/ xung huyết/ ứ dịch/ xẹp nhĩ/ vôi hóa/ lỗ thủng màng nhĩ.

Chức năng tai giữa qua đo nhĩ lượng: Hình dạng nhĩ đồ: hình thái nhĩ đồ tại 1 thời điểm với phân loại Jerger: A, As, Ad, B, C, D.

Mục tiêu 2:

Đánh giá kết quả cải thiện chức năng tai giữa sau đặt OTK hòm nhĩ theo các tiêu chí:

Tại các thời điểm 3 tháng đánh giá các tiêu chí:

- Tình trạng ống thông khí sau phẫu thuật: đánh giá qua nội soi tai: Còn OTK/Rơi ra ngoài/Tụt vào trong.
- Tình trạng tai giữa sau phẫu thuật: đánh giá qua nội soi tai: VTGU'D, viêm tai giữa cấp, xẹp nhĩ, chảy dịch, không viêm.
- Biến chứng sau phẫu thuật: chảy tai, vôi hóa màng nhĩ, thủng màng nhĩ, cholesteatoma hòm nhĩ.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học thông qua và sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ cho việc nâng cao chất lượng điều trị bệnh, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng

3.1.1. Đặc điểm chung

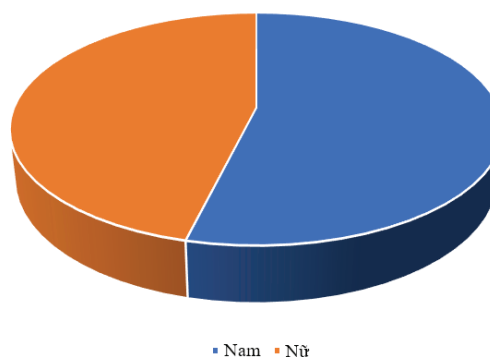
Đặc điểm về tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi (tháng)

Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
13	156	34,59

Nhận xét: Trong 78 bệnh nhân khe hở vòm đến khám và điều trị, trẻ nhỏ tuổi nhất là 13 tháng tuổi, cao nhất là 13 tuổi, tuổi trung bình 34,59 tháng

Phân bố bệnh nhân theo giới

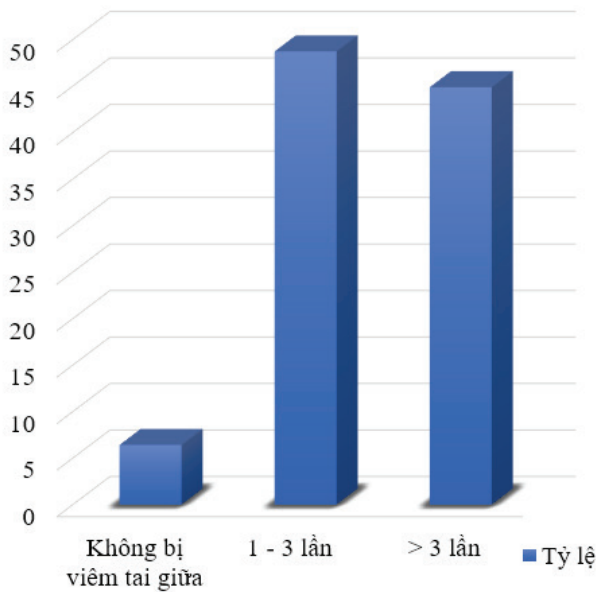


Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Có 42/78 bệnh nhân là trẻ nam, chiếm 53,84%, 36/78 bệnh nhân là trẻ nữ, chiếm 46,16%. Tỷ lệ nam: nữ là 1:1.

3.1.2. Đặc điểm bệnh lý tai giữa

Tiền sử viêm tai giữa tái diễn

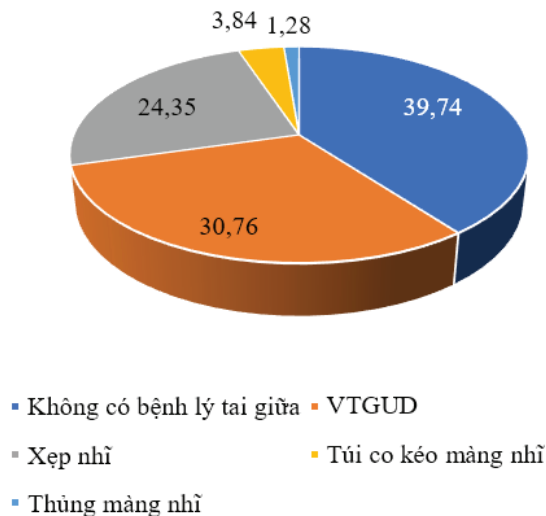


Biểu đồ 3. Số lần bị viêm tai giữa trong 1 năm

Nhận xét: Có 5 bệnh nhân không có tiền sử viêm tai giữa cấp, chiếm tỷ lệ 6,41%, có 38 bệnh nhân bị từ 1-3 lần viêm tai giữa cấp trong 1 năm, chiếm tỷ lệ 48,72%, có 35 bệnh nhân bị từ 4 lần viêm tai giữa cấp trở lên trong 1 năm, chiếm tỷ lệ 44,87%.

Đặc điểm tai giữa qua nội soi

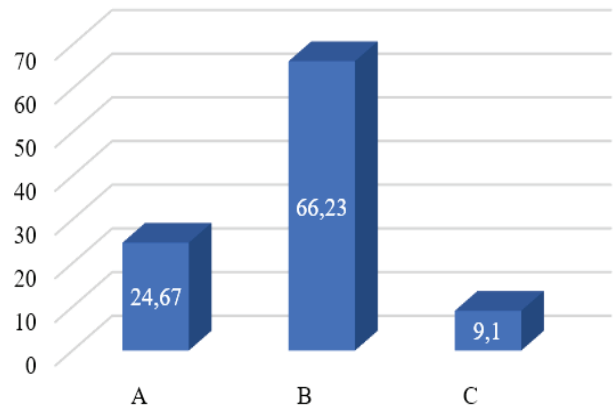
Phân bố bệnh lý tai giữa



Biểu đồ 4. Phân bố bệnh lý tai giữa

Nhận xét: Có 47 bệnh nhân phát hiện bệnh lý tai giữa thông qua nội soi TMH, chiếm tỷ lệ 60,25%; trong đó có 24 bệnh nhân VTGUD, chiếm 30,76%, 19 bệnh nhân xẹp nhĩ, chiếm 24,35%, 3 bệnh nhân có túi co kéo màng nhĩ, chiếm tỷ lệ 3,84%, 1 bệnh nhân thủng màng nhĩ, chiếm 1,28%. Có 31 bệnh nhân không phát hiện bệnh lý tai giữa thông qua nội soi, chiếm tỷ lệ 39,74%.

3.1.3. Đánh giá chức năng tai giữa qua đo nhĩ lượng



Biểu đồ 5. Dạng nhĩ lượng đồ theo Jerger

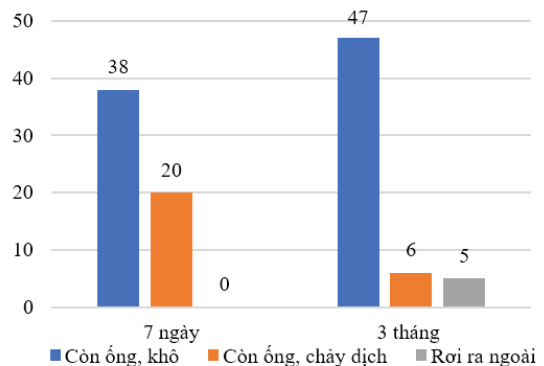
Nhận xét: Khi đo nhĩ lượng đồ cho 77 ca trừ 1 ca thủng màng nhĩ, có 51 bệnh nhân nhĩ lượng đồ Type B, chiếm 66,23%; 7 bệnh nhân có nhĩ lượng đồ type C, chiếm 9,1%; 16 bệnh nhân có nhĩ lượng đồ type A, chiếm 24,67%.

3.2. Sự cải thiện chức năng tai giữa sau phẫu thuật tạo hình vòm miệng và đặt ống thông khí:

Trong 78 ca khe hở vòm, có 47 bệnh nhân phát hiện bệnh lý tai giữa, tuy nhiên có 1 ca thủng màng nhĩ, 3 ca túi co kéo màng nhĩ, 5 bệnh nhân xẹp nhĩ độ III, IV. Các bệnh nhân này không còn chỉ định đặt ống thông khí màng nhĩ. Có 9 ca từ chối đặt ống thông khí màng nhĩ vì lý do đã đặt ống thông nhưng ống rơi ra ngoài hoặc vì lý do kinh tế. Cuối cùng, còn 29 bệnh nhân (58 tai) được thực hiện phẫu thuật đặt ống thông khí và phẫu thuật Khe hở vòm trong cùng 1 thì phẫu thuật và được đưa vào nghiên cứu.

3.2.1. Bệnh lý tai giữa sau phẫu thuật tạo hình vòm miệng và đặt ống thông khí

* Tình trạng ống thông khí sau phẫu thuật



Biểu đồ 6. Tình trạng ống thông khí sau phẫu thuật

Nhận xét: Sau 3 tháng có 47 tai còn ống, ống khô, chiếm 81%; có 6 tai có tình trạng chảy dịch qua ống thông khí màng nhĩ, chiếm 10,34%; 5 ống thông khí bị rơi ra ngoài; chiếm tỷ lệ 8,66%.

3.2.2. Tình trạng tai giữa sau phẫu thuật

Bảng 5. Tình trạng tai giữa sau phẫu thuật 3 tháng theo tình trạng ống thông khí

Thời gian Tình trạng tai giữa	Sau 3 tháng	
	Còn OTK	Rơi OTK
	n	n
VTGƯD	2	3
VTGCT	1	1
Chảy dịch	6	0
Lỗ thủng	0	0
Không viêm	44	1
n	53	5

Nhận xét: Sau 3 tháng, có 45 tai không còn tình trạng viêm (77,58%), 6 tai có hiện tượng chảy dịch qua ống thông khí (10,34%), 5 tai có hiện tượng ứ dịch (7,64%) và 2 tai có tình trạng viêm tai giữa cấp (3,44%).

3.2.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Chảy tai	6	10,34
Vôi hóa màng nhĩ	5	8,62%

Nhận xét: Chảy tai gặp 6/58 tai (10,34%). Vôi hóa màng nhĩ gặp ở 5 bệnh nhân (8,62%). Không có trường hợp nào ống tụt vào hòm nhĩ hoặc có cholesteatoma sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng

4.1.1. Đặc điểm chung

* Đặc điểm về tuổi

Trong 78 bệnh nhân khe hở vòm đến khám và điều trị, trẻ nhỏ tuổi nhất là 13 tháng tuổi, cao nhất là 13 tuổi, tuổi trung bình là 34,59. Theo Zingade[5] nghiên cứu 50 trẻ từ 1-5 tuổi thì tuổi gặp nhiều nhất là từ 1-3 tuổi và trung bình là 27,97 tháng. Kết quả phù hợp với chỉ định phẫu thuật KHVM tại Việt Nam cho các trẻ trên 18 tháng hoặc đạt trọng lượng từ 10 kg trở lên Các trẻ phẫu thuật ở nhóm từ 12-18 tháng chủ yếu là các phẫu thuật vòm mềm.

* Phân bố bệnh nhân theo giới

Tỷ lệ nam: nữ là 1,14:1. Kết quả thấp hơn các nghiên cứu tại Việt Nam của Phạm Thanh Hải (2011)[6] nam

chiếm 70,8%, tỷ lệ nam/nữ là 1,94. Theo thống kê về các bệnh bẩm sinh, KHV thường gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái.

4.1.2. Đặc điểm bệnh lý tai giữa

* Tiền sử viêm tai giữa cấp tái diễn

Viêm tai giữa cấp tái diễn được định nghĩa là tình trạng viêm tai giữa cấp xảy ra từ 3 đợt trong vòng 6 tháng hoặc từ 4 đợt trong vòng 1 năm. Theo Yoshitomi A, KHVM có liên quan chặt chẽ tới tình trạng viêm tai giữa cấp tái diễn[7]. Trong nghiên cứu của ông tỷ lệ viêm tai giữa cấp tái diễn trên bệnh nhân KHVM là 49,2%. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi (44,87%).

* Đặc điểm tai giữa qua nội soi

Ở trẻ nhỏ, do sự khó khăn trong khai thác triệu chứng cơ năng và thăm dò chức năng nên nội soi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lý tai giữa. Có 47 bệnh nhân phát hiện bệnh lý tai giữa thông qua nội soi TMH, chiếm tỷ lệ 60,25%; trong đó có 30,76% tai VTGUD, 24,35% tai xẹp nhĩ, 3,84% tai có túi co kéo màng nhĩ, 1 bệnh nhân thủng màng nhĩ, chiếm 1,28%.

Bệnh lý tai giữa thường gặp thuộc nhóm viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Viêm tai giữa ở bệnh nhân KHVM thường phổ biến và xuất hiện sớm ngay sau sinh. Theo một số tác giả, tỷ lệ gặp các vấn đề về tai lên tới 97%, có báo cáo từ 3 – 90%, khác nhau theo các nhóm tuổi. Kết quả này tương đương hơn với các nghiên cứu trước đó Xing (1998) có 61,36%, Flynn và Moller (2012) là 74,7% [8].

4.1.3. Đánh giá chức năng tai giữa qua đo nhĩ lượng

Nhĩ lượng đồ là một trong các phương pháp đo khách quan, có giá trị trong đánh giá tổn thương tai giữa mà ta không nhìn thấy trực tiếp. Đo nhĩ lượng giúp ta gián tiếp đánh giá chức năng vòm, sự hoạt động hệ thống màng nhĩ xương con và dịch trong hòm tai. Nhĩ lượng đồ là kết quả khách quan và rất có giá trị trong VTGƯD nhưng nó cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố nên vẫn có các sai lệch khi chẩn đoán chỉ dựa vào nhĩ đồ.

Khi đo nhĩ lượng đồ cho 77 ca trừ 1 ca thủng màng nhĩ, có 51 bệnh nhân nhĩ lượng đồ Type B, chiếm 66,237%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Zingade (2009) có 64,77% nhĩ đồ dạng B, và của Khan (2006) nhĩ đồ dạng B chiếm 75%[9].

4.2. Sự cải thiện chức năng tai giữa sau phẫu thuật tạo hình vòm miệng và đặt ống thông khí:

Trong 78 ca khe hở vòm, có 47 bệnh nhân phát hiện bệnh lý tai giữa, tuy nhiên có 1 ca thủng màng nhĩ, 3 ca túi co kéo màng nhĩ, 5 bệnh nhân xẹp nhĩ độ III, IV. Các bệnh nhân này không còn chỉ định đặt ống thông khí màng nhĩ. Có 9 ca từ chối đặt ống thông khí màng nhĩ vì lý do đã đặt ống thông nhưng ống rơi ra ngoài hoặc vì lý do kinh tế. Cuối cùng, còn 29 bệnh nhân (58 tai) được thực hiện phẫu thuật đặt ống thông khí và phẫu

thuật Khe hở vòm trong cùng 1 thì phẫu thuật và được đưa vào nghiên cứu.

4.2.1. Tình trạng ống thông khí sau phẫu thuật

Ống thông khí được đặt cho bệnh nhân khe hở vòm miệng với mục tiêu thay thế tạm thời chức năng vòm nhĩ trong khi chờ đợi chức năng vòm nhĩ ổn định. Do đó, thời gian đặt ống được kỳ vọng kéo dài trên 12 tháng. OTK còn, khô là được coi là tình trạng bình thường trong giai đoạn này. Các biến cố không mong muốn bao gồm chảy dịch qua ống, tắc ống, ống rơi ra ngoài quá sớm trong vòng 3 tháng và tụt ống vào trong hòm nhĩ.

Chảy dịch qua ống:

Tỷ lệ chảy dịch OTK được xác định khi có dịch trong ống khi bệnh nhân tái khám tại các thời điểm theo dõi. Tại thời điểm 3 tháng, có 6 tai có tình trạng chảy dịch qua ống thông khí màng nhĩ, chiếm 10,34%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ Mai Ý Thơ là 8/156 tai (5,1%) [10] nhưng lại tương đồng với kết quả của Hoàng Phước Minh và Lê Thanh Thái, nghiên cứu trên 114 tai đặt OTK của 76 bệnh nhân VTGUĐ cho thấy biến chứng hay gặp nhất là chảy tai với tỷ lệ 9,7% tai bị chảy tai sau 3 tháng, Theo Gray và Lusk, 2 nguyên nhân chính thường gặp, là do nước vào tai hoặc một đợt viêm tai mới tái phát.

Ống rơi ra ngoài:

OTK rơi ra ngoài màng nhĩ ở thời điểm 3 tháng là 5/58 tai (8,66%). Do thời gian nghiên cứu hạn chế chúng tôi chỉ theo dõi được sau 3 tháng phẫu thuật. Tỷ lệ OTK bị đẩy ra tăng dần theo thời gian. Theo Hoàng Phước Minh và Lê Thanh Thái, tỷ lệ tụt ống sau 3 tháng là 5/114 trường hợp tụt ống (4,4%), sau 6 tháng là 20/106 tai (18,3%) [11].

4.2.2. Tình trạng tai giữa sau phẫu thuật

Tỷ lệ tai không viêm (ống rơi, tai bình thường hoặc còn ống nhưng tai khô) ở thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng là 45/58 tai (77,58%). Kết quả này tương đồng với kết quả của Khiếu Hữu Thanh (2022) là 74,7% [12].

Nhóm tai viêm tái diễn được xác định gồm viêm tai ứ dịch, viêm tai giữa cấp, chảy dịch qua OTK được xác định là một biến cố bất lợi nhưng không được tính trong trong tỷ lệ viêm tai tái diễn. Chảy dịch qua OTK ở trẻ KHVM thường xuất hiện trong thời gian ngắn, có thể điều trị nội khoa đơn giản bằng cách nhỏ thuốc tai tại chỗ, trong khi đó, VTGUĐ, VTGCT và xẹp nhĩ là những tình trạng mạn tính, rất khó khăn để điều trị nội khoa đơn thuần.

4.2.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Chảy tai gặp 6/58 tai (10,34%). Vôi hóa màng nhĩ gặp ở 5 bệnh nhân (8,62%). Không có trường hợp nào ống tụt vào hòm nhĩ hoặc có cholesteatoma sau phẫu thuật.

Chảy tai

Khác với tỷ lệ chảy dịch tai qua OTK được xác định dựa vào có dịch chảy qua OTK tại thời điểm thăm khám,

biến chứng chảy tai được xác định khi bệnh nhân có sự khó chịu đôi với bên bị bệnh, có 1 đợt chảy tai trước khi thăm khám. Chảy tai sau 3 tháng phẫu thuật gặp ở 6/58 bệnh nhân (10,34%). Kết quả này thấp hơn kết quả của Khiếu Hữu Thanh là 71/183 tai (38,8%) [12] và tương đương với tỷ lệ chảy tai trong nghiên cứu của Hoàng Phước Minh là 16/106 tai (14,7%). Ở nhóm bệnh nhân KHVM có nhiều yếu tố nhiễm khuẩn cấp tính, nguy cơ chảy tai sẽ tăng lên.

Vôi hóa màng nhĩ

Vôi hóa màng nhĩ gặp ở 5 bệnh nhân (8,62%) tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Theo Khiếu Hữu Thanh, vôi hóa màng nhĩ sau phẫu thuật gặp cao nhất sau 12 tháng là 40/183 tai (21,9%) [12]. Bản chất hiện tượng vôi hóa do tăng hoạt động nguyên bào sợi dẫn đến lắng đọng collagen. Các mảng canxi photphat sau đó hình thành trong lớp đệm của màng nhĩ. Theo Kay và Nelson (2001) tỷ lệ này là 32% [13]. Có thể thấy, thời gian đặt ống thông khí càng lâu, tỷ lệ màng nhĩ bị vôi hóa càng nhiều. Hiện tượng vôi hóa làm giảm rung động hệ thống màng nhĩ xương con, nhưng đồng thời cũng làm tăng trở kháng của hệ thống này, giúp hạn chế tình trạng xẹp nhĩ và co kéo màng nhĩ.

5. KẾT LUẬN

Bệnh lý tai giữa thường gặp trên bệnh nhân khe hở vòm miệng với tỷ lệ 60,25%. Đặt ống thông khí màng nhĩ ở bệnh nhân khe hở vòm miệng có bệnh lý tai giữa giúp cải thiện tình trạng tai giữa với tỷ lệ tai không viêm sau phẫu thuật 3 tháng là 77,58%; Các biến chứng sau phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ thường gặp là chảy tai và vôi hóa màng nhĩ với tỷ lệ lần lượt là 10,34%, 8,62% sau phẫu thuật 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải (2002), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam 2001. Nhà xuất bản Y học.
- [2] Stool SE, Randall P (1967), Unexpected ear disease in infants with cleft palate. The Cleft palate journal. 4:99-103.
- [3] Lương Hồng Châu (2003), Nghiên cứu chức năng thông khí của vòm nhĩ bằng máy đo trở kháng trên bệnh nhân viêm tai giữa Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- [4] American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (2016), Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). p.154.
- [5] Zingade ND, Sanji RR (2009), The prevalence of otological manifestations in children with cleft palate. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India. 61(3):218-222.

- [6] Phạm Thanh Hải, Vũ Quang Hưng, Phạm Văn Liệu (2012), Nghiên cứu đặc điểm dị tật bẩm sinh khe hở môi - vòm miệng và thể lực của trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2011. *Y học thực hành*. 807(2):106-109.
- [7] Yoshitomi A, Baba S, Tamada I, Nakaya M, Itokawa M. Relationship between cleft palate width and otitis media. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2022 Oct 25;7(6):2126-2132. doi: 10.1002/lio2.933. PMID: 36544954; PMCID: PMC9764805.
- [8] Flynn T, Moller C, Lohmander A, Magnusson L (2012), Hearing and otitis media with effusion in young adults with cleft lip and palate. *Acta oto-laryngologica*. 132(9):959-966.
- [9] Khan S. Y., R. Paul, A. Sengupta, P. Roy (2006), Clinical study of otological manifestations in cases of cleft palate. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 58(1):35-37.
- [10] Mai Ý Thơ (2012), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả của đặt ống thông khí qua màng nhĩ trong viêm tai tiết dịch ở trẻ em [Luận văn Bác sỹ Nội trú]. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [11] Hoàng Phước Minh, Lê Thanh Thái (2016), Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế Tập 6, số 5 - tháng 10*:tr.81-86.
- [12] Khiếu Hữu Thanh (2022), Nghiên cứu chức năng tai giữa trong các giai đoạn của xẹp nhĩ qua thính lực và nhĩ lượng trên bệnh nhân khe hở vòm miệng [Luận văn Tiến sỹ Y học]. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [13] Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM (2001), Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 124(4):374-380.

