AN SINH

TÁI TẠO MÀNG NHĨ ĐƠN THUẦN (VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN)

BS. CKII. Nguyễn Kim Ca

KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN AN SINH

I. LỊCH SỬ

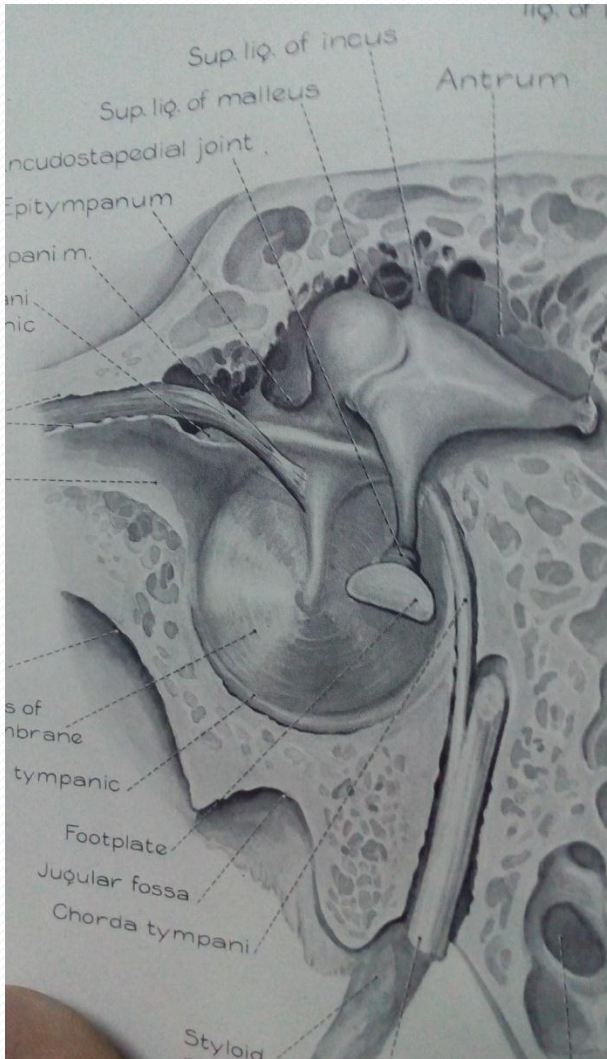
- Thế kỷ XV sau cái chết của Charl do mổ tai, ngành Tai bị gián đoạn # 10 năm.
- Năm 1840, Mascus Barzer dùng bàng quang heo căng vào sừng trâu - áp vào tai để nghe
- Năm 1841, Yearley dùng cục bông gòn thấm ướt đặt vào lỗ thủng màng nhĩ - nghe
- Năm 1876, Roosar dùng Nitate-Ag đốt rìa lỗ thủng màng nhĩ.
- Năm 1887, Blake dùng mãnh giấy mỏng đặt vào lỗ thủng mn.
- Năm 1895, dùng thành mạch máu để ghép vào lỗ thủng mn.
- Năm 1958, Shea dùng mãnh gân cơ thái dương để ghép
- Năm 1895, dùng thành mạch máu để ghép
- Tiếp theo dùng sụn vành tai

II.ĐẶC ĐIỂM & CẤU TRÚC MÀNG NHĨ

1. Cấu trúc màng nhĩ:

- Mn hình thành ở tháng thứ 3 thai kỳ.
- Mn có hình Oval .
- Kích thước # (8 – 10)mm
- Độ nghiêng/ sàng ống tai ngoài 55 độ.
- Mn được cấu tạo 3 lớp :

  - lớp ngoài: biểu mô.
  - lớp giữa: mô sợi.
  - lớp trong: niêm mạc.

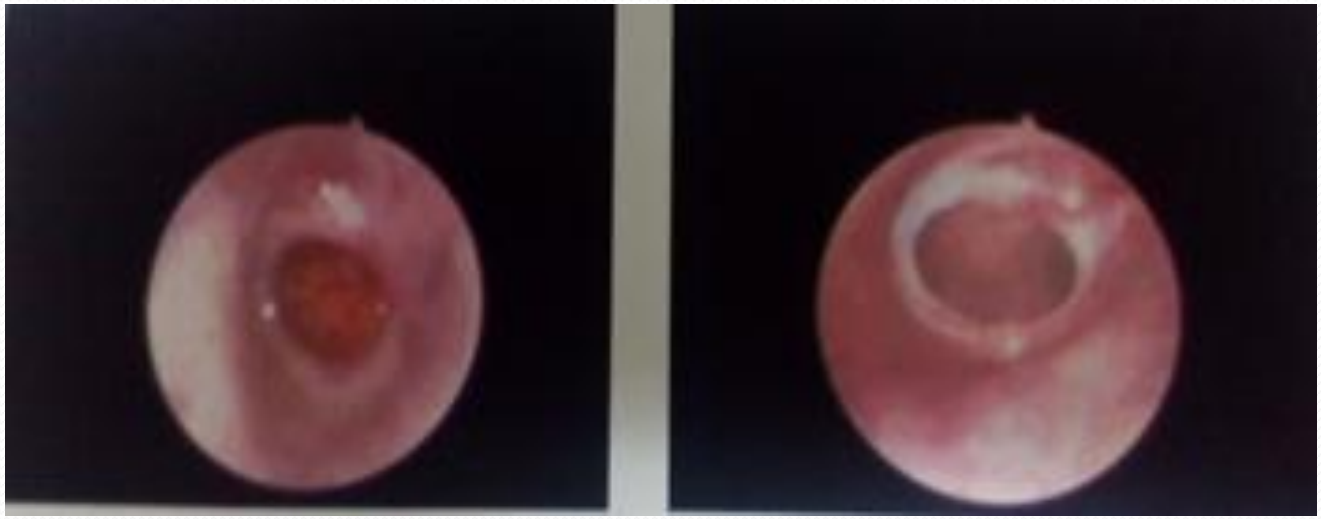


2. Màng nhĩ tự liền nhanh (lành lỗ thủng):

- Tăng sinh niêm mạc đa số trường hợp Mn bị thủng. Rìa lỗ thủng mọc ra nhanh, khoảng 01 mm/ngày.

3. Màng nhĩ không tự liền :

- Do lớp nm vùng rìa lỗ thủng bị cuộn vào trong.
- Do diễn tiến liên tục của bệnh lý



III.NGUYÊN NHÂN GÂY THỦNG MN

- Do nhiễm trùng: sinh mủ → tăng áp suất màng nhĩ → màng nhĩ căng phồng → vỡ (lỗ thủng).
- Do chấn thương trực tiếp : ngoáy tai, té đập vào tai, …
- Do chấn thương áp lực (Baro-traumatic): đi máy bay, …
- Do tiếng nổ quá lớn.
- Do nhiệt độ cao

IV. TRIỆU CHỨNG:

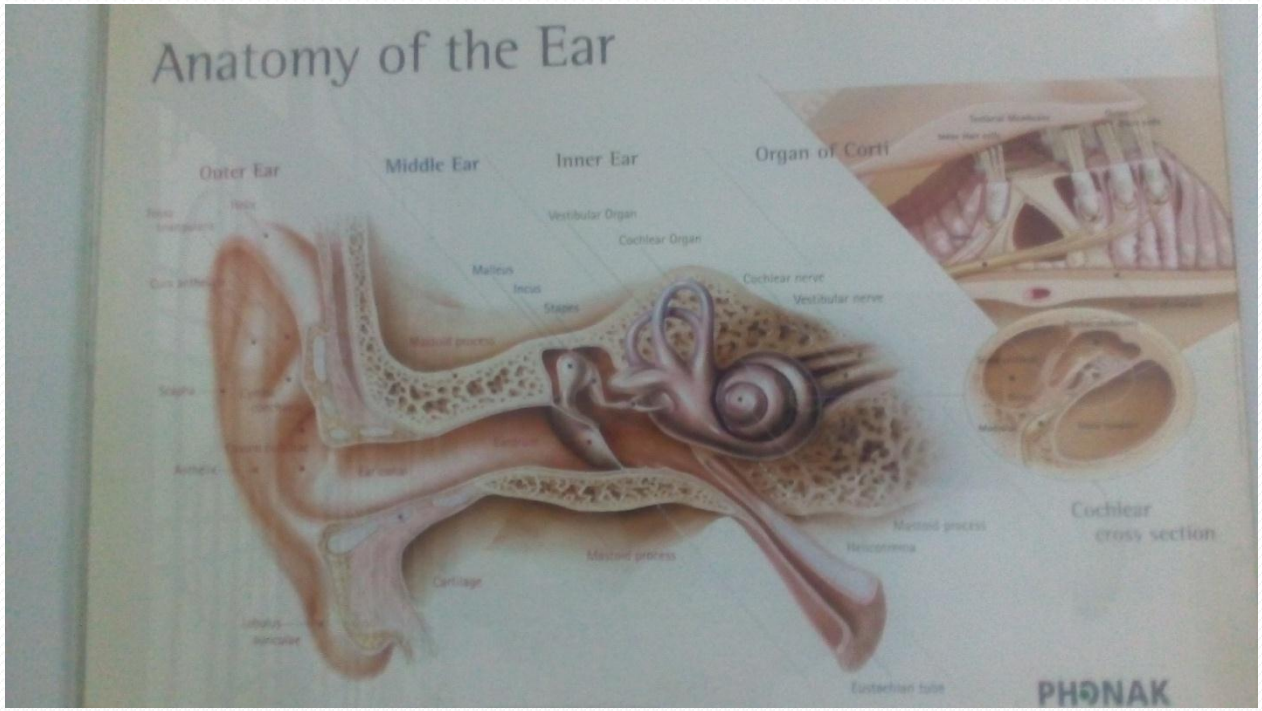
GIẢM THÍNH LỰC

- Độ I: 20 - 40 Db (nhẹ)
- Độ II: 40 - 60 Db (vừa)
- Độ III: 60 - 80 Db (nặng)
- Độ IV: >80 Db (rất nặng)

(Đo thính lực đồ)

ẢNH HƯỞNG MN - SỨC NGHE

- Mn bình thường rung động do sóng âm thanh => chuỗi xương con => Ốc tai => não bộ (khuyếch đại tần số âm thanh), nghe tốt.



MÀNG NHĨ - SỨC NGHE

- Khi có sự gián đoạn như viêm tai, thủng MN, hư chuỗi xương con, có cholesteatoma => nghe kém, điếc.

  - Lỗ thủng nhỏ (3mm) chuyển động chuỗi xương con bị giới hạn.

  - Lỗ thủng lớn diện tích tiếp xúc Mn giảm => Mn rung động giảm => chuỗi xương con rung động giảm..

  - Lỗ thủng càng nhỏ, càng mau liền, sức nghe càng giảm ít.

  - Lỗ thủng càng lớn, càng lâu liền, sức nghe càng giảm nhiều

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Nội khoa: (theo phát đồ điều trị viêm tai giữa mạn tính).

Thuốc: Kháng sinh: Augmentin; …

Kháng Histamine: Telfast, Rupafin …

Kháng viêm: Medrol,…

Giảm đau: Panadol …

Thuốc nhỏ tai: Formacine, Otifar….

Làm thuốc tai: Rửa tai

2. Ngoại khoa: mổ tai vá nhĩ

CHỌN BN PHẪU THUẬT VÁ NHĨ

- Chống chỉ định

1. Tuyệt đối:

- U ác tính
- Nhiễm Pseudomonas tai ngoài đang tiến triển
- Viêm tai giữa mạn tính có hồi viêm, có biến chứng

2. Tương đối:

- Viêm tai giữa đợt cấp, điều trị ổn định (tai khô, vòi nhĩ thông, không còn đau..)
- Bán tắt vòi nhĩ
- Chỉ còn một (1) tai nghe được
- Có những cơn ho mạn tính, lao phổi

CHỌN BN PHẪU THUẬT VÁ NHĨ:

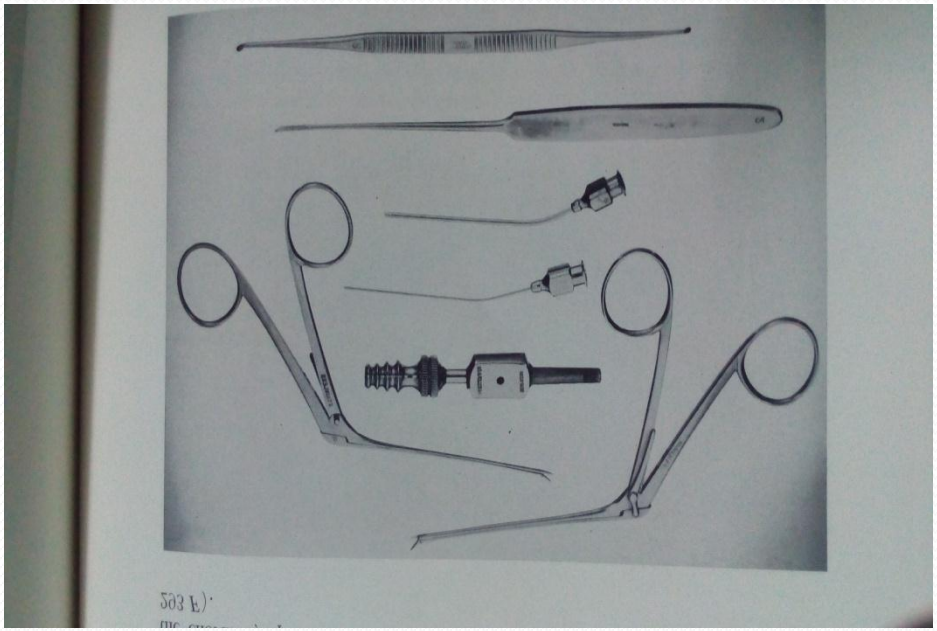
Chỉ định .

- Kiểu đã mổ tai có kết quả tốt

  Ví dụ: VTGMT,thủng nhĩ ổn định
- Tai khô không chảy mũ ,hồi viêm
- Thủng nhĩ
- Không có cholesteoma
- Chuỗi xương con còn nguyên vẹn
- Không có bệnh lý kèm theo
- Thính lực giảm

KỸ THUẬT MỔ VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN

- Vá nhĩ bằng máy nội soi (Karl Storz endoscopy)
- Bộ dụng cụ vi phẫu tai
- Gây mê NKQ



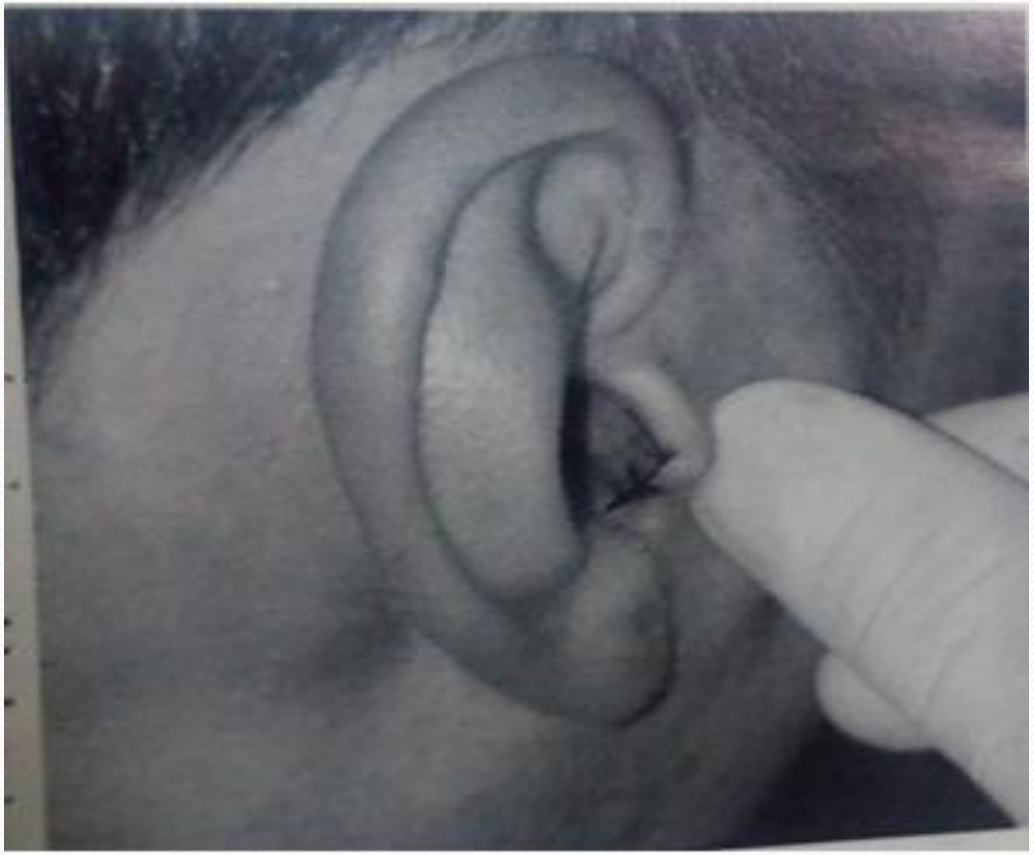
Các bước phẫu thuật

1. Lấy mãnh ghép sụn vành tai:

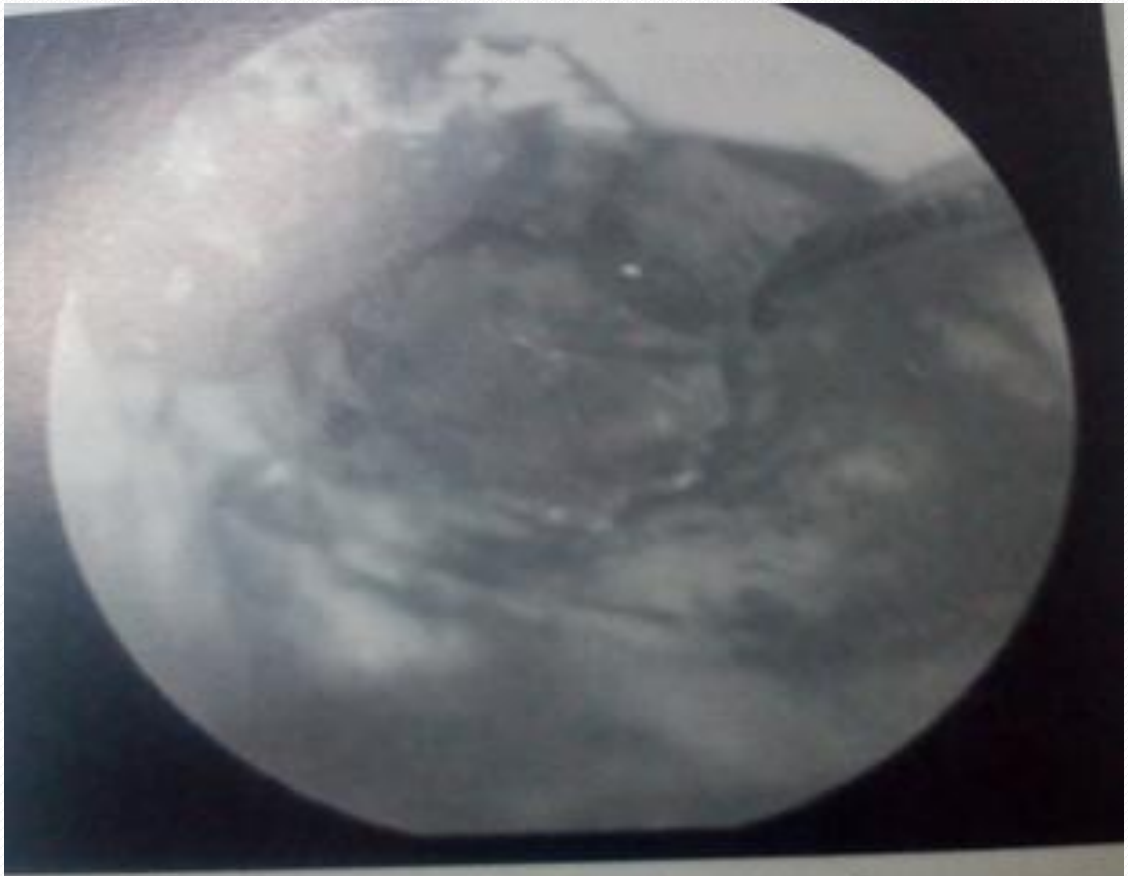
- Rạch da gờ nắp vành tai
- Bóc tách lấy sụn, ép mỏng
-Tạo hình mãnh ghép
- Khâu vết mổ lấy sụn, băng ép

2. Ghép mãnh sụn:

- Làm tươi rìa lỗ thủng
- Tạo vạc da ống tai
- Đặt mãnh ghép sụn: pp Under - lay hoặc Onder - lay
- Cố định mãnh ghép, đặt spongel ống tai



Vết mổ lấy sụn gờ nắp vành tai



Ảnh 2: *Đặt mảnh vá màng sụn*

ĐIỀU TRỊ HẬU PHẪU:

- THUỐC:
  - Kháng sinh thích hợp.
  - Kháng viêm
  - Kháng hístamin
  - Giảm đau
  - Chăm sóc hộ lý cấp III
- Ngay sau ổn định có thể xuất viện, nếu không có gì bất thường.
- Cấp toa điều trị ngoại trú.
- Tái khám định kỳ

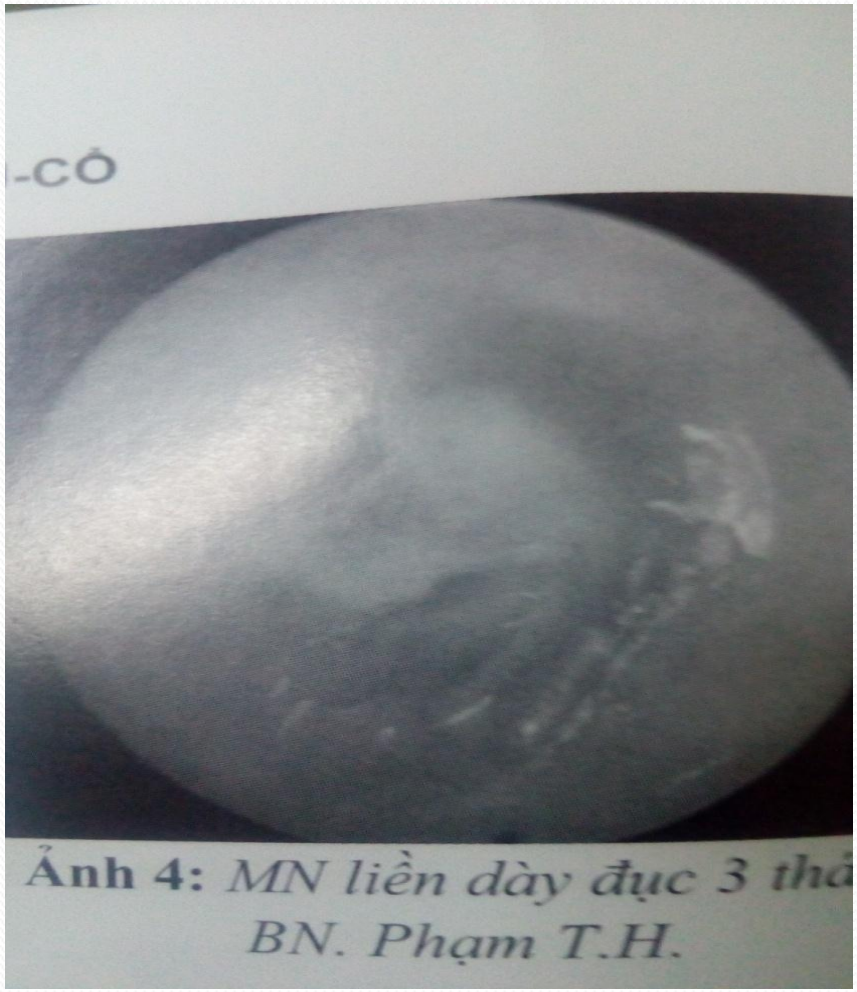
SĂN SÓC SAU PHẪU THUẬT

1.Trong sinh hoạt:

- Người bệnh sau mổ tai vá nhỉ có thể bị buồn nôn hay chóng mặt. Nếu có thể sử dụng thuốc.
- Tránh đi máy bay, khi đi cần phải xin ý kiến của bs sau 8 tuần lễ.
- Khi hắc hơi nên há miệng.
- Không nên hỉ mũi.
- Nhớ uống thuốc theo chỉ dẫn của bs
- Tái khám theo định kỳ

2.Săn sóc tai

- Thay băng mỗi ngày/ một lần và khi vết mổ bị ướt
- Cắt chỉ sau 6-8 ngày.
- Giữ tai sạch và khô, tắm gội chú ý nước vào tai mổ (nước vào sẽ gây nhiễm trùng).
- Lau dịch chảy ra bên ngoài nhẹ nhàng bằng que có thấm betadine hoặc cồn.



Ảnh 4: *MN liền dày đục 3 thá*
BN. Phạm T.H.

NHẬN XÉT CHUNG

- Viêm tai thủng nhĩ thường gặp ở mọi lứa tuổi
- Điều trị nội khoa viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ không tốt sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm: liệt mặt, viêm não, màng não,…
- Cẩn thận khi khám: Khai thác kỹ tiền sử bệnh, nội soi tai, Xquang, CT scanner, …đo thính lực. Điều trị nội khoa ổn định thật sự, mới nghĩ đến mổ tai vá nhĩ.

- **Hiệu quả phục hồi giải phẫu**:

  - Kết quả màng nhĩ liền kín sau phẫu thuật 01 tháng 88% và sau 3 tháng 94% (BV DHY Thái Bình)

  - Nghiên cứu của BS Cao Minh Thành: 95,9 %

  - Tác giả Fiorino: 91%

  - Có sự cải thiện chức năng nghe đạt sau 3 tháng 9,3 Db

  - Đây là phẫu thật an toàn.

  - Cần hướng dẫn chăm sóc tai sau mổ cho bn./.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN
SỰ LẮNG NGHE
CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP!