

XÓP XƠ TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương ở bao tai gây nên điếc tăng dần do sự cứng dính từ từ xương bàn đạp vào cửa sổ bầu dục.

2. VỊ TRÍ Ổ XÓP XƠ TAI

Thường gặp ở vùng cửa sổ bầu dục.

Có thể gặp: ụ nhô, ống Fallope, lòng bao xương mê đạo.

Hiếm gặp ở vùng cửa sổ tròn.

3. DỊCH TỄ HỌC

Yếu tố gia đình và di truyền.

Đa số gặp ở phụ nữ.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

Điếc dẫn truyền (có thể điếc hỗn hợp) ở một bên hoặc hai bên.

Điếc tiến triển.

Có thể kèm theo ù tai, chóng mặt.

Bàng thính Willis: nghe rõ hơn trong môi trường tiếng ồn; nghiệm pháp gõ đầu gối, nghe được ở tai bệnh.

4.1.2. Triệu chứng thực thể

Soi tai: Màng nhĩ bình thường.

Dấu Schwartz: 10% (giai đoạn sớm).

Đo âm thoa:

- Nghiệm pháp Rinne (-).
- Nghiệm pháp Weber: lệch về tai bệnh.
- Nghiệm pháp Schwabach: thời gian dẫn truyền xương kéo dài.
- Nghiệm pháp Gelle (-).

Thính lực đồ đơn âm:

Khuyết Carhart ở tần số 2000 Hz là dấu hiệu điển hình của xốp xơ tai. Đặc trưng: giảm ở đường dẫn truyền xương 5 dB (500 Hz); 10 dB (1000Hz); 15 dB (2000Hz), 15 dB (4000Hz); 5 dB (4000 Hz). Cơ chế: Tất cả sóng âm từ tai ngoài - tai giữa đều truyền vào trong ốc tai. Nếu chuỗi xương con bị cố định thì năng lượng sóng âm sẽ không truyền dẫn được. Tần số 2000Hz là tần số nhạy cảm nhất của tai giữa.

Nhĩ lượng đồ: Type As.

Phản xạ cơ bàn đạp (-).

4.2. Cận lâm sàng

CTscan:

Đánh giá mức độ lan rộng của ổ xốp xơ.

Tiên lượng khả năng dò ngoại dịch ở những bệnh nhân có cống ốc tai rộng.

Đánh giá tình trạng cửa sổ tròn, thông bào chũm.

Phân độ:

Độ Ia: dây đế xương bàn đạp.

Độ Ib: dày đế + ổ xốp < 1mm.

Độ II: Ổ xốp xơ > 1mm, chưa lan đến ốc tai.

Độ III: Lan đến ốc tai.

Độ IVa: Ổ xốp xơ trước ốc tai.

Độ IVb: Ổ xốp xơ bao quanh ốc tai.

4.3. Tiếp cận chẩn đoán

4.3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Thính lực đồ + CTscan.

4.3.2. Chẩn đoán phân biệt

Gián đoạn chuỗi xương con.

Bệnh cứng xương bẩm sinh.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nội khoa

Áp dụng đối với bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật hoặc chưa muốn phẫu thuật:

- Máy trợ thính.
- Thuốc: nhằm giảm hủy xương và tăng tạo xương: Sodium Fluoride 50-75mg/ngày.

5.2. Phẫu thuật

- Là phương pháp điều trị được lựa chọn.
“Dự trữ ốc tai + biểu hiện mê đạo hóa” là yếu tố tiên lượng rất quan trọng cho kết quả phẫu thuật.
- Chỉ định:
ABG > 25dB hoặc ABG: 15-25dB và BN mong muốn được phẫu thuật.
Thính lực lời: nhận biết và phân biệt lời tốt.
- Chống chỉ định: bệnh nội khoa nặng, điếc tiếp nhận, đang có bệnh lý tai giữa, tai bệnh là tai nghe duy nhất.

Chuẩn bị:

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.
2. Phương tiện:
 - + Kính hiển vi phẫu thuật.
 - + Hệ thống nội soi + ống nội soi tai: 1,9mm, 2,7mm, 3mm 0 độ, 30 độ.
 - + Bộ dụng cụ vi phẫu tai.
 - + Dụng cụ để cắt các trụ của xương bàn đạp, tạo cửa sổ trên đế bàn đạp: khoan skeeter, lưỡi khoan nhỏ 0,8mm, laser fiber...
 - + Prosthesis:
 - Loại Loop piston Fluroplastic: đường kính trụ 0,6mm, chiều dài 4 – 6mm,
 - Loại Titanium: đường kính trụ 0,6mm, chiều dài 4-6mm.

Các phương pháp phẫu thuật

- Tạo cửa sổ trên đế bàn đạp – thay thế xương bàn đạp bằng prosthesis
 - + Sử dụng kính hiển vi hoặc nội soi.
 - + Gây tê hoặc gây mê.
 - + Rạch da đường Shambaugh.
 - + Lấy cân cơ thái dương (khoảng 5x5mm) làm vật liệu lót lỗ mở trên đế xương bàn đạp.
 - + Rạch da ống tai theo hướng 6-12h cách cung nhĩ 5mm.
 - + Bóc tách, vén màng nhĩ thấy khớp đe đạp.
 - + Thử hoạt động chuỗi xương con.
 - + Cắt cơ bàn đạp, tách khớp đe đạp.
 - + Cắt 2 cạnh xương bàn đạp, tạo lỗ đế xương bàn đạp (0,8 – 1mm).
 - + Đo khoảng cách và cắt Prosthesis theo kích thước đo, cộng thêm 0,25mm.
 - + Phủ cân cơ lên lỗ mở, lắp Prosthesis vào xương đe và lỗ mở trên đế xương bàn đạp.
 - + Thử lại hoạt động chuỗi xương con, phủ lại màng nhĩ cũ.
 - + Cố định + khâu da.
- Gỡ đế bàn đạp – thay thế bằng prosthesis: Tương tự trên nhưng không tạo cửa sổ trên đế bàn đạp mà gỡ đế bàn đạp ra và phủ cân cơ lên.

5.3. Chăm sóc hậu phẫu

Bệnh nhân nằm đầu cao (Fowler) trong phòng yên tĩnh.

Hạn chế nghe bên tai vừa mổ.

Tránh xì mũi mạnh.

Thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

5.3.1. Theo dõi và điều trị các biến chứng

Tổn thương thừng nhĩ: rối loạn vị giác.

Liệt thần kinh VII ngoại biên:

- Thường xuất hiện 10 ngày đầu.
- Hồi phục từ từ với Corticoide liều cao (1g-2g/ngày).

- Nêu nặng: mổ giải áp dây VII.
- Thủng màng nhĩ: vá nhĩ bằng cân cơ thái dương.
- Viêm tai giữa, viêm mê đạo: kháng sinh, kháng viêm tích cực.
- Dò mê đạo: mổ lại.

5.3.2. Thuốc

a. Kháng sinh

- Amoxicillin + acid clavulanic 1g (Augmentin 1g): 1 lọ x 2 (TMC)/ngày.
- Cefuroxime (Zinacef 0,75g) 1 lọ x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
- Ceftriaxone 1g: 1 lọ x 2 (TM)/ngày (TMC).
- Ceftazidime 1g (Fortum 1g): 1 lọ x 2 (TMC)/ngày.
- Ciprofloxacin 200mg/100ml (Ciprobay): 1 chai x 2 (TTM)/ngày.

b. Kháng viêm

- Methylprednisolone 40mg (Solumedrol 40mg): 1 lọ/ngày x 3 ngày (TMC).
- Methylprednisolone 16mg (Medrol 16mg): 1 viên/ngày (uống) đến khi xuất viện.

c. Giảm đau

- Acetaminophen 1g (Perfalgan 1g): 1 chai/ngày trong ngày đầu sau mổ (TTM).
- Acetaminophen 0,5g dạng uống (Panadol, Efferalgan, Panalgan effer, Hapacol): uống 2 viên/ngày.

d. Kháng histamine: chống hắt hơi, giảm xuất tiết.

- Chlopheniramine 4mg: 1 viên/ngày.
- Levocetirizine 5mg (Xyzal 5mg): 1 viên/ngày.

e. Chống nôn ói:

Metoclopramide 10mg (Primperan 10mg): 1 ống x 1-2 lần/ngày đến khi hết triệu chứng (TMC).

f. Chống chóng mặt:

- Acetylleucine (Tanganil 0,5g): 1 ống x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
- Cinnarizine 25mg (Stugeron 25mg): 1 viên x 2/ngày đến khi hết triệu chứng (uống).

- Betahistine 16mg (Betaserc 16mg, 24mg): 1 viên x 3/ngày đến khi hết triệu chứng (uống).
- MgB6 (MgB6 cobiere): 1 viên x 3/ngày (uống).

5.3.3. Thời gian nằm viện

- Nằm viện 5 ngày.
- Xuất viện vào ngày 6 hoặc đến khi triệu chứng chóng mặt ổn.

5.4. Theo dõi sau xuất viện

Tái khám sau 1 tuần tại phòng soi tai KHV: đánh giá tình trạng ống tai, màng nhĩ.

Tái khám mỗi tuần trong 4 tuần, sau 3 tháng, sau 6 tháng.

Đo kiểm tra sức nghe đơn âm sau 3 tháng. Nếu không cải thiện, chụp CTscan đánh giá lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thị Thìn và CS (2016), *Đánh giá kết quả phục hồi thính lực trong bệnh Xốp xơ tai bằng kỹ thuật mở cửa sổ nhỏ trên đế đạp*. Kỷ yếu Hội nghị khoa học Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ XIX: 145 – 149.
2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng* – Bộ Y tế. Nhà xuất bản Y học 2016: 63-67
3. *Hướng dẫn qui trình khám bệnh và chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng* – Bộ Y tế. Nhà xuất bản Y học 2012:79-81
4. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the evaluation of results of conductive hearing loss (1995). *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 113, 186 – 187.
5. Steven Smith (2015), *Management of otosclerosis*. The University of Texas Medical Branch department of Otolaryngology grand rounds.
6. *Stapes Surgery for Otosclerosis*. Utmb website 2015.