

## NANG VÀ RÒ KHE MANG

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là một dị tật bẩm sinh xuất phát từ hệ thống khe mang bao gồm nang, xoang, rò:

- Nang: không có lỗ rò.
- Xoang: có lỗ rò bên trong và lỗ rò ngoài cổ.
- Rò: chỉ có lỗ rò bên ngoài.

Gồm nang, rò khe, túi mang 1, 2, 3, 4.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Do sự đóng không hoàn toàn của hệ thống khe mang.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

##### 3.1.1. Lâm sàng

Tùy theo từng loại đường rò – nang khe mang sẽ có triệu chứng lâm sàng tương ứng. Thường bệnh nhân có thể đến khám vì đã rách áp-xe nhiều lần hoặc đã phẫu thuật trước đó tái phát.

Chẩn đoán thường dựa vào vị trí của lỗ rò – nang khe mang:

- Rò – nang khe mang số I: vị trí ngoài ở trước tai, sau tai, góc hàm, lỗ rò trong có thể đi vào ống tai ngoài.
- Rò – nang khe mang số II: vị trí 1/3 vùng giữa cổ, lỗ rò trong có thể ở cực dưới amidan.
- Rò – nang khe mang số III: vị trí 1/3 giữa cổ, lỗ rò trong ở đáy xoang lê.
- Rò – nang khe mang số IV: vị trí 1/3 dưới cổ, thường bên trái, lỗ rò trong ở đỉnh xoang lê.

##### 3.1.2. Cận lâm sàng

CT scan vùng cổ có cản quang/đường rò cản quang nhằm: chẩn đoán và xác định đường đi của đường rò nhằm có phương pháp phẫu thuật thích hợp.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Các nang vùng cổ bẩm sinh khác.

## 4. ĐIỀU TRỊ

**4.1. Nội khoa:** khi có nhiễm trùng, áp-xe đường rò.

### 4.1.1. Điều trị tại chỗ

- Chích rạch dẫn lưu áp-xe.
- Thay băng.

**4.1.2. Điều trị toàn thân:** khi có nhiễm trùng, áp-xe đường rò.

## 4.2. Ngoại khoa

### 4.2.1. Chỉ định

Các trường hợp chẩn đoán xác định nang – rò khe mang.

### 4.2.2. Chống chỉ định

Chống chỉ định tương đối:

- Nang – rò khe mang đang viêm tấy, áp-xe: nên chích rạch dẫn lưu mù, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy nang - đường rò.
- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

### 4.2.3. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu mặt cổ.
- Thuốc tê xylocain 2%, xanh methylene.
- Người bệnh: thống nhất với bệnh nhân về phương pháp mổ và những điều cần lưu ý sau phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án: Làm các xét nghiệm cơ bản và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

### 4.2.4. Các bước tiến hành

- Tư thế người bệnh: BN nằm thẳng, kê gối dưới vai, ngửa cổ, hoặc nghiêng đầu một bên tùy vị trí đường rò.
- Vô cảm: Gây mê nội khí quản.
- Quy trình kỹ thuật

+ Rò khe mang số 1

Loại 1:

- Rạch da hình oval quanh lỗ rò – nang.
- Bóc tách theo đường rò đến sụn ống tai ngoài (thường chỗ nối ống tai sụn - ống tai xương).
- Khâu bít lỗ trong của ống rò ở ống tai ngoài.
- Đặt dẫn lưu.
- Khâu da.

Loại 2:

- Rạch da theo đường mỏ tuyến mang tai, bóc tách vạt da ra phía trước.
- Bóc tách bộc lộ bờ sau tuyến mang tai, phần dưới sụn ống tai (ngón tay chỉ), bờ trước cơ ức đòn chũm, bụng sau cơ nhị thân.
- Tìm thân dây thần kinh số VII theo hướng ngón tay chỉ và trên bình diện của cơ nhị thân, tiếp tục bộc lộ các nhánh dây VII.
- Bóc tách đuôi theo ống rò cho đến kết thúc ở ống tai ngoài, xác định ống rò đi trên hay đi dưới hay đi xuyên qua các nhánh dây VII, cắt bỏ toàn bộ đường rò mà không làm tổn thương dây VII.
- Khâu bít lỗ trong của ống rò ở ống tai ngoài.
- Đóng da sau khi đặt dẫn lưu.

+ Rò khe mang số 2

- Tiêm tê dưới da theo đường ngang cổ quanh miệng lỗ rò.
- Rạch da qua lớp cơ bám da, bóc vạt da lên trên và xuống dưới theo bình diện dưới cơ bám da cổ.
- Bóc tách quanh lỗ rò tìm đường rò chạy trong máng cảnh, đường rò chạy lên ngang mức xương móng sẽ vào sâu nên thường phải rạch da đường thứ 2 (stepladder) ngang mức sừng lớn xương móng cùng bên để dễ lấy hết đường rò.

- Đường rò chạy vào sâu đến amidan ở bờ trên sừng lớn xương móng, nên bóc tách đường rò đến bình diện sâu hơn thì kẹp và buộc thắt đường rò (thường ngang mức bụng sau cơ nhị thân). Thắt đường rò bằng chỉ không tiêu 2-0 hoặc 3-0.
- Đặt dẫn lưu, khâu da hai lớp.
- + Rò khe mang số 3 - 4
  - Rạch da đường ngang cổ tương ứng vị trí nang rò, vòng quanh lỗ rò.
  - Bóc tách qua các lớp, bộc lộ bờ trước cơ ức đòn chũm, vào sâu đến bao tuyến giáp, dùng ecarter kéo bó mạch cảnh ra ngoài.
  - Bộc lộ bờ sau sụn giáp, cắt phần dưới cơ khí họng dưới để bộc lộ xoang lê. Bóc tách túi rò, tiếp tục đuôi theo ống rò lên phía trên. Nếu đường rò vào tuyến giáp: bộc lộ dây thần kinh hồi quy trước khi cắt đường rò và một phần tuyến giáp.
  - Bóc tách đuôi theo ống rò cho đến kết thúc ở đáy xoang lê (thường ngang khớp nhĩ – giáp).
  - Khâu cột lỗ rò ở đáy xoang lê.
  - Đóng da sau khi đặt dẫn lưu áp âm.
  - Có thể kết hợp đốt lỗ rò trong xoang lê theo đường nội soi.

#### 4.2.5. Theo dõi và chăm sóc

- Thay băng mỗi ngày. Cắt chỉ (nếu có) sau 5 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

#### Thuốc:

- ❖ Kháng sinh: 7 – 10 ngày, sử dụng kháng sinh uống. Trong trường hợp kèm nhiễm trùng khác làm cho tình trạng bệnh nặng hơn có thể thay thế bằng kháng sinh tĩnh mạch.
- Nhóm Betalactam
  - Amoxicillin + Acid Clavulanic
  - + Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).

- + Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
- Nhóm Cephalosporine
  - Cefuroxime 0,75g
    - + Trẻ em: 30 - 100mg/kg/ngày (TMC).
    - + Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
  - Cefotaxime 1g
    - + Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).
    - + Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
  - Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g
    - + Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).
    - + Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
  - Cefepime:
    - + Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM).
    - + Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).
- Nhóm Macrolid
  - Clarithromycin:
    - + Người lớn 250 - 500mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).
    - + Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.
  - Spiramycin:
    - + Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).
    - + Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.
  - Azithromycin
    - + Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).
    - + Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).
- Nhóm Lincomycin:
  - Clindamycine (Dalacin C):
    - + Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).
    - + Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).

❖ Kháng viêm:

- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
- Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,...
- Hoặc kháng viêm dạng men: Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.

❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt.

Người lớn: tùy mức độ đau

- Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai \* 2 - 3 lần/ngày.
- Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v \* 2 - 4 lần/ngày.

Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg \* 3 - 4 lần/ngày.

Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:

+ Diclofenac: TB 75mg/2ml \* 2 lần/ngày.

Hoặc 50mg 1v \* 2 - 3 lần/ngày.

+ Ibuprofen 200mg: 1v \* 2 - 3 lần/ngày.

(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg \* 2 - 3 lần/ngày).

## 5. BIẾN CHỨNG

- Liệt dây hồi quy -> trong trường hợp cắt đường rò + tuyến giáp: phải xác định dây thần kinh hồi quy.
- Chảy máu -> băng ép nếu không hiệu quả chuyển phòng mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ -> kháng sinh, kháng viêm.

## 6. PHÒNG NGỪA

- Đây là bệnh lý bẩm sinh nên hiện nay vẫn chưa có phương pháp phòng ngừa hiệu quả.
- Phẫu thuật lấy hết nang - đường rò nhằm giảm tỷ lệ tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Long Lâm (2009). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô học của nang và rò khe mang I*. Luận văn thạc sĩ – Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Minh Kỳ (2002). *Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh học nang và rò nang bẩm sinh vùng cổ bên*. Luận án tiến sĩ y học – Đại học Y Hà Nội.
3. Adams A, Mankad K, Offiah C, Childs L. (2016). *Branchial cleft anomalies: a pictorial review of embryological development and spectrum of imaging findings*. Feb;7(1):69-76.
4. Cain RB, Kasznica P, Brundage WJ. Right-sided pyriform sinus fistula: a case report and review of the literature. *Case Rep Otolaryngol*. 2012;2012: 934968.
5. Carlson BM. *Human embryology and developmental biology*. 4. St. Louis: Mosby; 2009.
6. Mihaela Mitroi, Daniela Dumitrescu, Cristiana Simionescu (2008). Management of second branchial cleft anomalies. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 49(1):69–74.