

Atlas nội soi tai

Thăm khám - Chẩn đoán - Điều trị

**Tài liệu tham khảo
Lưu hành nội bộ**



Mục lục

Lời tựa

Các tác giả

1. Các phương pháp soi tai

2. Màng nhĩ bình thường

2.1 Giải phẫu học

2.2 Mô học

2.3 Sinh Lý học

3. Các bệnh ống tai ngoài

3.1 Lòi xương và bứu xương

3.1.1 Phẫu thuật lòi xương và bứu xương: Tạo hình ống tai

3.2 Các bệnh nhiễm trùng ống tai ngoài

3.2.1 Chàm bội nhiễm

3.2.2 Viêm ống tai ngoài

3.2.3 Nhọt ống tai ngoài

3.2.4 Bệnh nấm tai

3.2.5 Viêm màng nhĩ và hẹp ống tai ngoài

3.2.6 Phẫu thuật hẹp ống tai ngoài sau nhiễm trùng

3.3 Cholesteatoma ống tai ngoài

3.4 Bệnh ống tai ngoài mở rộng

3.4.1 U Carcinoid

3.4.2 Bệnh tổ chức tế bào X

3.4.3 U màng não

3.4.4 U thần kinh mặt

3.4.5 U tế bào Schwann dây thần kinh sọ

3.4.6 Bệnh khác....

3.5 Vỡ xương thái dương

3.6 Carcinoma ống tai ngoài

4. Viêm tai giữa

4.1 Sự tiết dịch trong viêm tai giữa (viêm tai giữa thanh dịch)

4.2 Sự tiết dịch trong viêm tai giữa thứ phát do tân sinh.

4.3 Viêm tai giữa cấp

5. U hạt cholesterol

6. Xẹp lõm, dính trong viêm tai giữa

7. Viêm tai giữa mạn tính không Cholesteatoma

7.1 Đặc điểm chung lỗ thủng màng nhĩ.

7.2 Thủng nhĩ sau

7.3 Thủng nhĩ trước

7.4 Thủng nhĩ dưới

7.5 Thủng nhĩ gần hoàn toàn và hoàn toàn

7.6 Thủng nhĩ do chấn thương

7.7 Thủng nhĩ phức tạp hoặc kèm theo bệnh khác

7.8 Chứng xơ cứng màng nhĩ

7.8.1 Chứng xơ cứng màng nhĩ kèm thủng nhĩ

7.8.2 Chứng xơ cứng nhĩ với màng nhĩ nguyên vẹn

7.9 Nguyên lý vá nhĩ

8. Viêm tai giữa mạn tính mưng mủ kèm Cholesteatoma

8.1 Túi co rút thượng nhĩ

8.2 Cholesteatoma thượng nhĩ

8.3 Cholesteatoma tai giữa

8.4 Cholesteatoma kèm sụp lõm

8.5 Cholesteatoma kèm biến chứng

9. Cholesteatoma tai giữa bẩm sinh

10. Cholesteatoma xương đá

10.1 Quản lý phẫu thuật

- 10.1.1 Đường tiếp cận qua tai và qua ốc tai cải biên
- 10.1.2 Các vấn đề thường gặp trong phẫu thuật

11. U cận hạch xương thái dương

- 11.1 Triệu chứng lâm sàng của u cận hạch màng nhĩ và nhĩ chũm
- 11.2 Triệu chứng lâm sàng của U cận hạch nhĩ cảnh
- 11.3 Đặc điểm hình ảnh học
 - 11.3.1 U cận hạch nhĩ cảnh
- 11.4 Phân loại: Bảng Fisch cải biên phân loại u cận hạch nhĩ cảnh (TJP)
- 11.5 Nhóm A: U cận hạch nhĩ
 - 11.5.1 Quản lý phẫu thuật
- 11.6 Nhóm B: U cận hạch nhĩ chũm
 - 11.6.1 Quản lý phẫu thuật
- 11.7 Nhóm C: U cận hạch nhĩ cảnh
- 11.8 Loại A: Tiếp cận qua hố dưới thái dương
 - 11.8.1 Kỹ thuật mổ

12. Những khối hiếm gặp phía sau màng nhĩ

- 12.1 Chẩn đoán phân biệt khối phía sau màng nhĩ
- 12.2 U màng não
- 12.3 U tế bào thần kinh các dây thần kinh sọ thấp
- 12.4 Sarcom sụn lỗ cảnh
- 12.5 U thần kinh mặt
- 12.6 Động mạch cảnh lạc chỗ

- 12.7 Phình động mạch cảnh trong
- 12.8 Hành cảnh cao

13. Thoát vị não-màng não

- 13.1 Quản lý phẫu thuật
 - 13.1.1 Tiếp cận qua xương chũm
 - 13.1.2 Phẫu thuật mở sọ tối thiểu qua xương chũm
 - 13.1.3 Phẫu thuật cắt bỏ xương đá gần hoàn toàn

14. Chăm sóc hậu phẫu

- 14.1 Thủ thuật chọc màng nhĩ và đặt ống thông nhĩ
- 14.2 Phẫu thuật xương bàn đạp
- 14.3 Vá nhĩ đơn thuần
 - 14.3.1 Thất bại và biến chứng
- 14.4 Vá nhĩ - Chỉnh hình chuỗi xương con.
 - 14.4.1 Mổ tai giữa bảo tồn (giữ thành sau ống tai)
 - 14.4.2 Mổ tai giữa không bảo tồn (hạ tường - chặt cầu).
 - 14.4.3 Chỉnh hình ống tai, phẫu thuật đóng ống tai ngoài bằng phương pháp Blind-Sac.
- 14.5 Cấy máy trợ thính

Tài liệu tham khảo....

Lời tựa

Mặc dù có những tiến bộ trong kỹ thuật chẩn đoán và phương thức chẩn đoán hình ảnh, nội soi tai vẫn là nền tảng trong chẩn đoán bệnh tai mũi họng. Mỗi bác sĩ tai mũi họng, bác sĩ nhi khoa hoặc thậm chí bác sĩ đa khoa đối phó với các bệnh về tai nên có kiến thức tốt về nội soi tai. Quyển atlas này dựa trên 30 năm kinh nghiệm tại Hội tai học trong điều trị rối loạn tai và thần kinh, với hơn 32.000 ca phẫu thuật và 300.000 lượt hội chẩn. Nó trình bày một bộ sưu tập lớn các hình ảnh nội soi tai của một loạt các tổn thương có thể ảnh hưởng đến tai và xương thái dương. Nhiều ví dụ được đưa ra cho từng bệnh để người đọc làm quen với các triệu chứng đa dạng mà mỗi bệnh lý có thể có.

Trong khi một mình nội soi tai mũi họng có thể thiết lập chẩn đoán trong một số trường hợp, các thông số như bệnh sử hoặc đánh giá thính giác và thần kinh học là bắt buộc ở những trường hợp khác. Một khía cạnh quan trọng của quyển atlas này là các mục đặt nằm cạnh nhau, khi thích hợp, hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh học và kết quả phẫu thuật với kết quả khám tai của bệnh nhân. Không cần phải nói, mọi bệnh nhân nên được xem xét một cách tổng thể, và trong một số trường hợp cụ thể, các phát hiện về tai có thể chỉ là phần nổi của tảng băng trôi. Đau tai, chảy dịch tai và hạt tăng sinh trong ống tai ngoài là biểu hiện của viêm tai ngoài, nhưng khi chúng tồn tại dai dẳng, đặc biệt ở người cao tuổi, có thể gợi ý sự nghi ngờ về bệnh ác tính..

Viêm tai giữa thanh dịch có thể là một bệnh đơn giản khi gặp ở trẻ em, trong khi viêm tai giữa tiết dịch một bên ở người lớn có thể là dấu hiệu duy nhất của ung thư biểu mô vòm họng. Một lỗ thủng nhỏ ở thượng nhĩ với sự biểu hiện của liệt dây thần kinh mặt và mất thính giác (mất cảm nhận thần kinh) có thể là tất cả những biểu hiện trong một bệnh cholesteatoma rất to ở xương đá. Biểu hiện của một polyp tai có thể thay đổi từ polyp niêm mạc liên quan đến viêm tai giữa mãn tính đến ít gặp hơn nhưng nguy hiểm hơn là u cận hạch xương thái dương. Một khối nhỏ phía sau màng nhĩ có thể đại diện cho dị dạng về giải phẫu như một hành cảnh cao hoặc động mạch cảnh lạc chỗ

Nó cũng có thể biểu hiện của bệnh lý: u thần kinh mặt, cholesteatoma bẩm sinh hoặc thậm chí là u màng não.

Trong mỗi chương, một bản tóm tắt phẫu thuật liệt kê các phương pháp khác nhau để quản lý, giải quyết bệnh lý được đề cập. Xuyên suốt cuốn sách, nhấn mạnh vào hình ảnh nội soi tai và các triệu chứng lâm sàng có thể ảnh hưởng đến sự lựa chọn điều trị và kỹ thuật phẫu thuật.

Vào cuối tập bản đồ này, một chương về các chăm sóc hậu phẫu được trình bày. Quá trình phẫu thuật trước đó đặt ra những khó khăn đặc biệt vì cấu trúc giải phẫu bị thay đổi. Hơn nữa, bác sĩ tai phải có thể phân biệt giữa những gì được coi là bình thường sau phẫu thuật và các biến chứng cần can thiệp thêm. Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp một cuốn sách dễ tiếp cận cho bác sĩ nội trú, chuyên gia và bác sĩ

đa khoa. Vì vậy, cách tiếp cận bước đầu tiên này đối với bệnh nhân mắc bệnh tai mũi họng có thể mở ra một cái nhìn rộng hơn về kiến thức đầy đủ về tai, thần kinh, bệnh lý và phẫu thuật sào sọ, và hình ảnh học chẩn đoán bệnh thần kinh.

Tiến sĩ. Russo, Taibah, Caruso và Gianluca Piras, một người đồng nghiệp trẻ mới đã làm việc với chúng tôi trong năm qua, đã giúp thực hiện công việc này với sự tham gia tích cực và nhiệt tình của họ. Một lời cảm ơn đặc biệt đến các thành viên khác của Gruppo Otologico, vì sự đóng góp của họ trong việc hiện thực hóa cuốn sách này: Tiến sĩ. Piccirillo, Lauda, Giannuzzi và Prasad.

Các tác giả xin cảm ơn ông Stephan Konnry tại Nhà xuất bản Thieme vì sự hợp tác và giúp đỡ tuyệt vời của ông. Cũng xin cảm ơn đến Paolo Piazza, nhà chẩn đoán hình ảnh thần kinh, vì sự hợp tác liên tục của anh ấy và Fernando Mancini cho các minh họa có trong cuốn sách.

Mario Sanna, MD

Các tác giả

Antonio Caruso, MD
Nhà tai học và phẫu thuật sào sọ
Hội tai học
Piacenza and Rome, Italy

Annalisa Giannuzzi, MD, PhD Nhà tai học và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Lorenzo Lauda, MD
Khoa TMH và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Ferdinando Mancini, MD Khoa TMH và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Enrico Piccirillo, MD
Khoa TMH và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Gianluca Piras, MD
Nhà tai học và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Sam path Chandras Prasad Rao, MS, DNB, FEBORLHNS Khoa TMH và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Alessandra Russo, MD Nhà tai học và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Mario Sanna, MD
Giáo sư khoa TMH, trường Đại học Chieti Chieti, Italy
Giám đốc hội Tai học Piacenza and Rome, Italy

Hiroshi Sunose
Khoa TMH, Trung tâm y khoa East Tokyo Trường đại học y khoa nữ sinh Tokyo, Japan

Abdelkader Taibah, MD
BS phẫu thuật thần kinh, nhà tai học và phẫu thuật sào sọ Hội tai học Piacenza and Rome, Italy

Chương 1
Các phương pháp soi tai



Chương 1

Các phương pháp soi tai

Tóm tắt

Chương này giải thích cách chúng tôi thường xuyên thực hiện soi tai. Với sự trợ giúp của kính hiển vi và máy nội soi, mỗi tình trạng lâm sàng có thể dễ dàng nghiên cứu, ghi lại và in để phân tích sâu hơn. Thực hiện nội soi tai đúng cách là bước đầu tiên để xử trí đúng toàn bộ bệnh lý của xương thái dương và nền sọ.

Từ khóa: nội soi tai, kính hiển vi, máy nội soi, chụp ảnh tức thời

Khám sơ bộ được thực hiện bằng gương soi đầu hoặc kính soi tai.

Để nội soi tai đúng cách, ống tai ngoài phải được làm sạch. Một vài dụng cụ được sử dụng cho bước này, cụ thể là các loại loa tai có kích thước khác nhau, vòng tai Billeau, kẹp tai

Hartman và ống hút (Hình 1.1). Trong trường hợp có tiền sử viêm tai giữa tái phát, chúng tôi thích làm sạch tai với sự trợ giúp của kính hiển vi (Hình 1.2). Sử dụng ống nội soi cứng 0 độ-6 cm (Hình 1.3) được kết nối với hệ thống video cho phép bệnh nhân nhìn thấy hình ảnh liên quan đến tai của mình (Hình 1.4). Ống nội soi cứng 30 độ cho phép đánh giá các túi co rút thượng nhĩ, khi không thể quan sát được bằng kính hiển vi hoặc ống nội soi cứng 0 độ (Hình 1.5).

Chụp ảnh tức thì cũng đã được sử dụng trong phòng mổ. Một bản sao của các thì quan trọng của cuộc mổ được trao cho bệnh nhân trong khi một bản sao khác được giữ trong biểu đồ theo dõi bệnh nhân. Bệnh nhân cũng được chụp ảnh trong lần tái khám. Do đó, đối với mỗi bệnh nhân chụp ảnh trước, trong và sau phẫu thuật đều được sử dụng để làm bằng chứng chứng minh.



Hình 1.1 Dụng cụ được sử dụng để làm sạch ống tai ngoài.



Hình 1.2 Kính hiển vi được dùng làm công cụ hỗ trợ làm sạch tai.



Hình 1.3 Ống nội soi cứng 0 độ dài 6 cm



Hình 1.4 Máy nội soi có thể được kết nối với một hệ thống video như thế này.



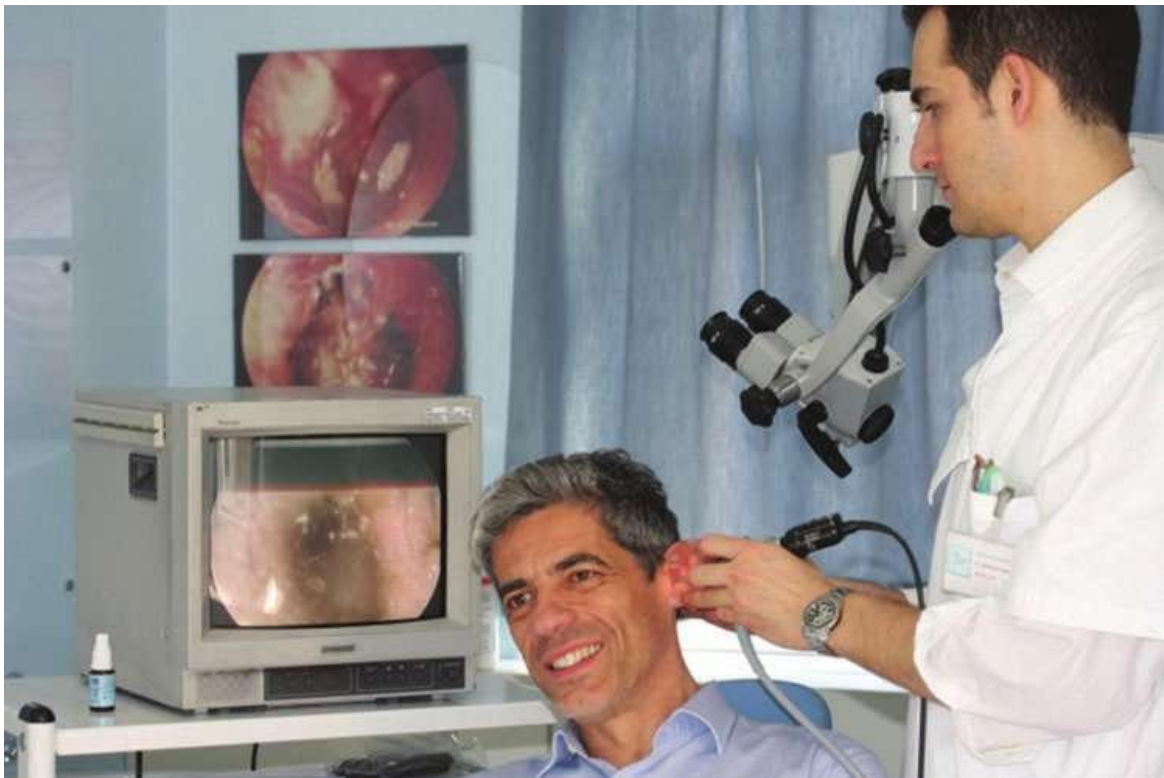
Hình 1.5 Một loạt các ống nội soi cứng.



Hình 1.6 Một bộ thiết lập được sử dụng trong những năm qua để chụp ảnh bệnh nhân



Hình 1.7 Một bộ thiết lập hiện đại của các hệ thống máy tính để thu thập ảnh bệnh nhân kỹ thuật số.



Hình 1.8 Quá trình khám bệnh nhân.

người khám kéo tai bệnh nhân về phía sau và hướng ra ngoài để làm thẳng ống tai ngoài. Ống nội soi được để trên ngón trỏ bàn tay trái người khám đi vào ống tai ngoài của bệnh nhân.

Theo cách này, bất kỳ tổn thương không đáng có nào đối với ống tai ngoài đều được ngăn chặn (Hình 1.8).

Chương 2
Màng nhĩ bình thường



Chương 2

Màng nhĩ bình thường

Tóm tắt

Màng nhĩ bình thường mỏng, bán trong suốt, màu xám ngọc trai và bao gồm ba lớp từ bên ngoài đến bên trong (biểu mô, sợi và niêm mạc). Membranum tympanicum không chỉ hoạt động như một bộ chuyển đổi sóng âm đến chuỗi xương con, mà còn có chức năng bảo vệ tai giữa và đóng vai trò là bộ khuếch đại âm thanh. Nó được chia thành bốn góc phần tư từ hai đường vuông góc đi qua rốn nhĩ (trước trên, trước dưới, sau trên, sau dưới).

2.1 Giải phẫu

Màng nhĩ tạo thành phần chính của thành bên của tai giữa (xem Hình 2.1, Hình 2.2, Hình 2.3). Nó mỏng, bền chắc, bán trong suốt, có màu xám ngọc trai, và hình nón. Đỉnh của màng nằm ở rốn, tương ứng với phần thấp nhất của cán xương búa.

Hầu hết các chu vi màng được làm dày lên để tạo thành một vòng xơ sụn-sợi, vành khuyên nhĩ, nằm trong một rãnh trong xương nhĩ gọi là rãnh nhĩ. Vòng sụn sợi bị thiếu hụt phía trên.

Sự thiếu hụt này được gọi là khuyết Rivinus. Các nếp búa trước và nếp búa sau kéo dài từ cạnh gần xương búa đến rãnh nhĩ, do đó hình thành giới hạn dưới của màng chũm.

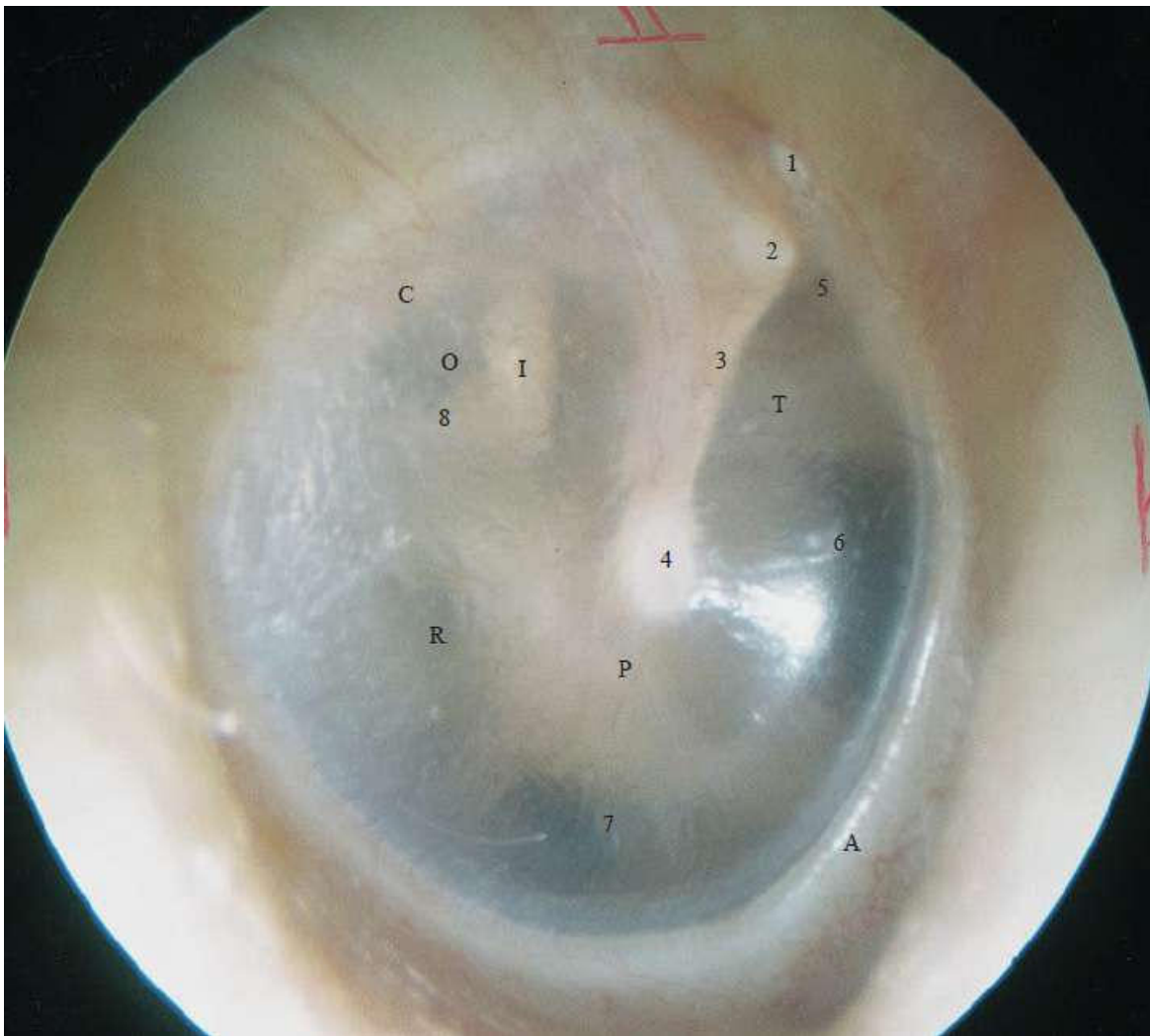
Màng tạo thành một góc tù với thành sau của ống tai ngoài. Nó cũng tạo thành một góc nhọn với thành trước của ống tai. Điều quan trọng là phải đảm bảo góc nhọn này trong phẫu thuật vá nhĩ để duy trì càng nhiều càng tốt cơ chế rung của màng nhĩ và do đó đảm bảo cải thiện sức nghe tối đa

2 Màng nhĩ bình thường

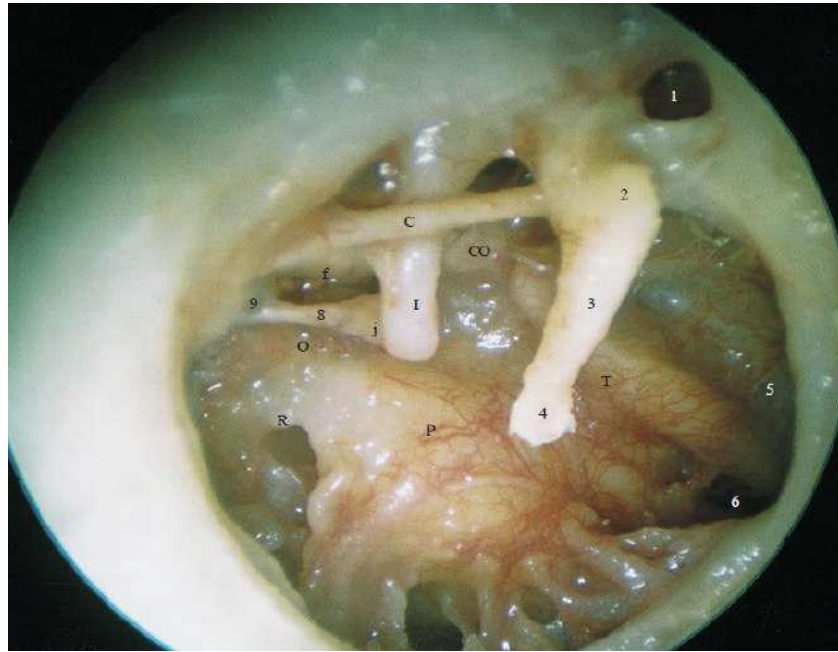
(xem Hình 2.4, Hình 2.5, Hình 2.6, Hình 2.7, Hình 2.7, Hình 2.7, Hình 2.8).

Mặt ngoài của màng nhĩ được chi phối bởi dây thần kinh dây thần kinh thái dương nông và nhánh tai của dây thần kinh lang thang, trong khi bề mặt bên trong được cung cấp bởi dây thần kinh Jacobson, một nhánh của dây thần kinh thiệt hầu.

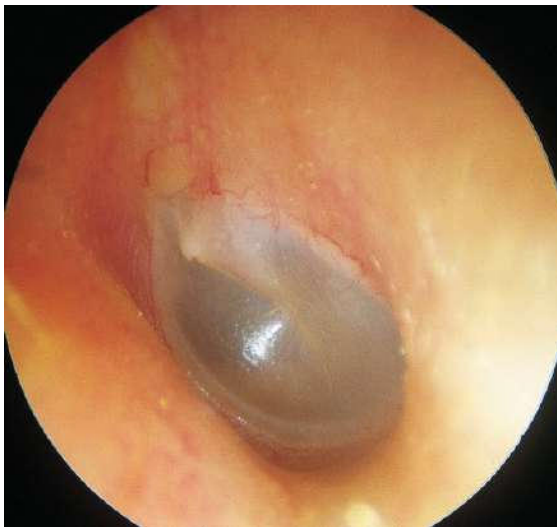
Việc cấp máu có nguồn gốc từ các động mạch tai sâu và động mạch nhĩ trước. Cả hai đều là nhánh của động mạch hàm.



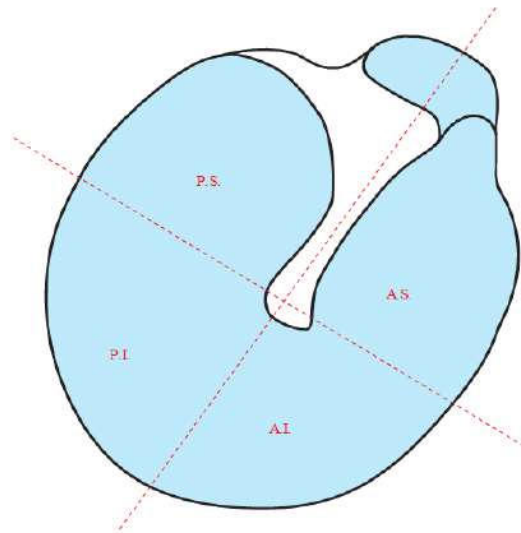
Hình 2.1 Tai phải. Màng nhĩ bình thường. 1, màng chũm; 2, máu ngấn xương búa; 3, cán búa; 4, rốn; 5, ngách trên vòi; 6, lỗ vòi nhĩ; 7, tế bào khí dưới nhĩ; 8, gân cơ bàn đạp; c, thừng nhĩ; i, xương đe; P, ụ nhô; o, cửa sổ bầu dục; R, cửa sổ tròn; T, cơ căng nhĩ; A, khung nhĩ.



Hình 2.2 Tai phải. Cấu trúc của tai giữa nhìn thấy sau khi loại bỏ màng nhĩ. 9, lối ống bán khuyên; CO: mỏm dạng thìa ốc tai; f, dây thần 1 kinh mặt; j, khớp đe-đạp. Xem chú thích trong Hình 2.1 để biết các số và chữ viết tắt khác.



Hình 2.4 Tai trái. Màng nhĩ bình thường. Lưu ý góc nhọn được hình thành giữa màng nhĩ và thành trước của ống tai ngoài. Màng căng với cạnh ngắn của cán búa, rốn, nón sáng, khung nhĩ và màng chũm được nhìn thấy. Cũng lưu ý sự hiện diện của lối xương mới thành trên ống ta ngoài.



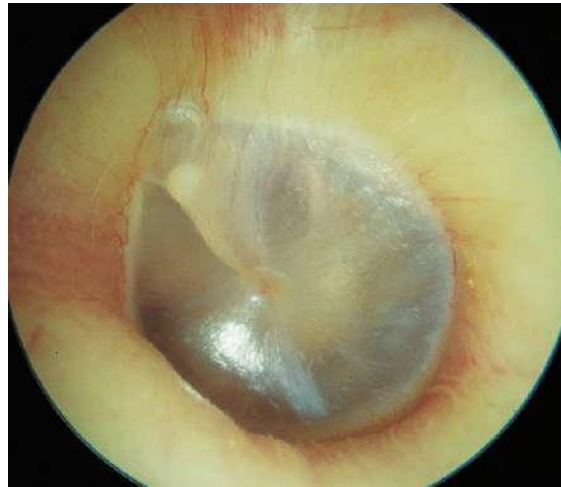
Hình 2.3 Tai phải. Phân chia màng nhĩ thành bốn góc phần tư: AS, trước trên; AI, trước dưới; PS, sau trên; PI, sau dưới. Sự phân chia này tạo điều kiện cho việc mô tả mối quan hệ bệnh lý các vùng khác nhau của màng nhĩ.

E-BACSY.COM

E-BACSY.COM



Hình 2.5 Tai phải. Màng nhĩ bình thường. Trong trường hợp này, màng nhĩ rất mỏng và trong suốt. Cán búa và mấu gắn xương búa cũng như rốn nhĩ và nón sáng được thấy rõ. Thông qua màng nhĩ trong suốt, vùng cửa sổ bầu dục, vành dài xương đe, trụ sau của xương bàn đạp, khớp đe đạp, cửa sổ tròn và ụ nhô có thể được phân biệt. Trước đây, tại vùng vòi Eustachian, cơ căng màng nhĩ và ngách trên vòi có thể được quan sát.



Hình 2.6 Tai trái. Màng nhĩ bình thường. Cán búa và nón sáng được thấy rõ qua màng nhĩ; Ụ nhô, vùng cửa sổ tròn và các tế bào thông khí trong khoang dưới rãnh màng nhĩ có thể được đánh giá. Màng chùng được quan sát thấy phía trên mấu gắn xương búa.



Hình 2.7 Tai phải. Màng nhĩ bình thường. Màng nhĩ, tuy nhiên, hơi dày với một mạng lưới mao mạch nhiều dọc theo cán búa. Độ dày tăng của màng nhĩ che khuất tất cả các cấu trúc trong tai giữa



Hình 2.8 Tai trái. Một màng nhĩ bình thường bị làm mỏng nhẹ ở góc phần tư trước và dày vừa phải ở phía sau.