

PHẪU THUẬT VÁ NHỖ ĐƠN THUẦN BẰNG MỖ TỰ THÂN: ĐƠN GIẢN VÀ HIỆU QUẢ ?

Phan Hữu Ngọc Minh¹, Hoàng Phước Minh², Lê Thanh Minh³

1.2. *Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y - Dược Huế, Đại học Huế*

Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế

3. *Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y - Dược Huế, Đại học Huế*

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i68.126>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ là một phẫu thuật đơn giản, có thể đóng kín được các lỗ thủng màng nhĩ kích thước nhỏ. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm và tỷ lệ thành công tương tự như các kỹ thuật vá nhĩ kinh điển thường quy khác. **Phương pháp:** Chúng tôi báo cáo hàng loạt trường hợp bệnh viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế với mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ tự thân đối với các lỗ thủng nhỏ. **Kết quả:** Tỷ lệ liền kín màng nhĩ là 30/32 trường hợp, chiếm 93,75% tại thời điểm tái khám sau 3 tháng. Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật màng nhĩ trước đây cao hơn so với nhóm đã có can thiệp trên màng nhĩ có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0.04$. Chỉ số ABG sau mổ cải thiện so với trước phẫu thuật có giá trị 18.59 ± 4.75 dB với $p = 0.03$. **Kết luận:** Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần với kỹ thuật tiến hành đơn giản, nhưng cho kết quả thành công cao đối với các lỗ thủng kích thước nhỏ, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khoá: Vá nhĩ. Vật liệu mỡ. Phẫu thuật.

FAT GRAFT MYRINGOPLASTY: A SIMPLE BUT SUCCESSFUL PROCEDURE?

Abstract

Introduction: The fat graft myringoplasty is a successful yet simple procedure for repair of small size tympanic membrane perforations. This surgical technique has advantages over other traditional technique and similar high success rate.

* Tác giả liên hệ: Phan Hữu Ngọc Minh ĐT: 0935002987 Email: phnminh@huemed-univ.edu.vn

Nhận bài: 05/07/2024

Ngày nhận phản biện: 10/02/2025

Ngày nhận phản hồi: 17/02/2025

Ngày duyệt đăng: 21/02/2025

Methods: We report a series of cases of otitis media with small perforation underwent fat graft myringoplasty in the Department of ENT, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, Vietnam. The aim of this work was to evaluate the success rate of this surgical technique for fat graft myringoplasty. **Results:** Successful closure of the perforation was obtained in 30 of 32 ears (93,75%) at the third month follow up. The success rate in the group of patients who had not had previous otological surgery was higher than those of revision cases with $p = 0.04$. The mean postoperative air – bone gap was reduced 18.59 ± 4.75 dB, reach statistical significance ($p = 0.03$). **Conclusion:** Myringoplasty with fat graft is a simple, safe and noncomplicated technique. It gives a high successful rate, especially in small tympanic membrane perforations and requires a short hospitalization period.

Keywords: Myringoplasty. Fat graft. Surgical technique.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ là một phẫu thuật đơn giản, có thể đóng kín được các lỗ thủng màng nhĩ kích thước nhỏ [1]. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm so với các phương pháp vá nhĩ thường quy sử dụng các vật liệu khác vì những tính chất : (1) dễ dàng hơn trong việc lấy vật liệu là mỡ so với các vật liệu khác như cân cơ thái dương hay màng sụn bình tai, (2) thời gian phẫu thuật ngắn hơn do các bước kỹ thuật dễ dàng hơn và không mất thời gian trong đặt vật liệu cố định trong tai giữa, và (3) có thể thực hiện được ngay cả khi bệnh nhân được gây tê tại chỗ [1]. Ngoài những ưu điểm trên, vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ cũng cho thấy quá trình liền kín và tỷ lệ thành công tương tự như các kỹ thuật vá nhĩ kinh điển thường quy khác [2]. Chúng tôi báo cáo hàng loạt trường hợp bệnh viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế với mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ tự thân đối với các lỗ thủng nhỏ do chấn thương

không tự liền, do viêm nhiễm mạn tính, do sau rút ống thông kín nhưng màng nhĩ không liền và các lỗ thủng tái phát sau phẫu thuật vá nhĩ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Những bệnh nhân đến khám và có chỉ định phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh và đồng ý tham gia phẫu thuật, được giải thích về quy trình phẫu thuật, biến chứng có thể gặp và những mốc thời gian tái khám. Bao gồm 32 trường hợp bệnh với 32 tai bệnh, trong thời gian từ tháng 01/2021 đến 01/2024. Chi tiết về tiền sử (đã phẫu thuật vá nhĩ trước đây hay chưa), bệnh sử, thăm khám nội soi tai, thăm khám toàn thân và các xét nghiệm thường quy được ghi nhận ở tất cả các trường hợp bệnh. Đối tượng nghiên cứu chia thành 2 nhóm: nhóm I là những bệnh nhân phẫu thuật vá nhĩ lần đầu và nhóm II là những bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần trước đây bằng các phương pháp

khác. Thính lực đồ đơn âm được chỉ định trong tất cả các trường hợp, ghi nhận chỉ số khoảng cách đường khí – xương (ABG – air bone gap) trước và sau phẫu thuật 6 tuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp bệnh, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng

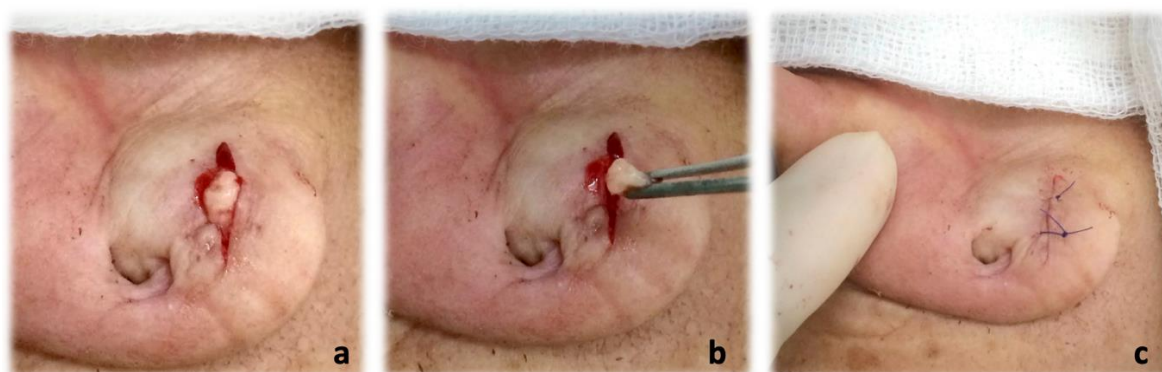
2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh [3]

1. Viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ với lỗ thủng màng căng, kích thước nhỏ $\leq 25\%$ diện tích của màng nhĩ, bờ rìa gọn.
2. Lỗ thủng không sát rìa, không ảnh hưởng đến khung nhĩ hoặc lộ cán xương búa.
3. Không có các mảng vôi hoá liền kề với lỗ thủng
4. Niêm mạc hòm nhĩ bình thường, đáy hòm nhĩ sạch.
5. Không chảy mủ tai trong vòng 3 tháng gần đây
6. Không có bất kỳ tình trạng viêm cấp nào
7. Không có cholesteatoma
8. Không can thiệp tái tạo chuỗi xương con
9. Không có rối loạn chức năng vòi nhĩ Eustachian
10. Khoảng thời gian cách cuộc phẫu thuật trước đó ≥ 6 tháng

2.4. Phương pháp phẫu thuật

- Bệnh nhân được gây mê toàn thân trong tất cả các trường hợp.

- Tiêm tê 5ml thuốc tê gồm 1% Lidocaine hoà 1/100.000 Adrenaline các điểm quanh tai và sau daí tai
- Đường rạch 1cm ngang sau daí tai. Bóc tách da, bộc lộ được mô mỡ. Ước tính lượng mỡ lấy từ phía sau daí tai, tùy thuộc vào kích thước lỗ thủng, sao cho lượng mỡ nguyên vẹn thành một nút, ít nhất gấp đôi kích thước lỗ thủng. Sau lấy, lượng mỡ được để vào một cốc nước muối sinh lý bảo quản. Khâu đường rạch một lớp bằng chỉ Dafilon 5.0 (Hình 1).
- Qua nội soi optic 2.7°, dùng stick làm tươi bờ rìa lỗ thủng. Cần thận để tránh làm tổn thương chuỗi xương con khi can thiệp vào màng nhĩ vùng tương ứng.
- Lấy mảnh ghép là nút mỡ, với kích thước phù hợp đặt vào xuyên qua lỗ thủng sao cho một nửa lượng mỡ vào bên trong hòm nhĩ, và một nửa còn lại vẫn nằm ngoài ống tai, ngay trên màng nhĩ. Mảnh ghép được giữ một cách vừa khít qua lỗ thủng giống như đồng hồ cát (Hình 2).
- Đặt gelfoam tẩm kháng sinh dạng dung dịch vào ống tai ngoài, ngay phía trên và xung quanh phần bên ngoài của nút mỡ với một lượng vừa phải để cố định mảnh ghép. Chú ý không đẩy hẳn mảnh ghép vào trong hòm nhĩ. Không đặt mèche tai. Không băng ép tai.



Hình 1. Lấy nút mỡ tự thân vùng dái tai làm mảnh ghép

- a. Đường rạch ngang sau dái tai, bộc lộ tổ chức mỡ
- b. Lấy lượng mỡ (thành một nút) tương ứng với kích thước lỗ thủng
- c. Khâu đường rạch bằng chỉ Dafilon 5.0

2.5. Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi tái khám

- Sau khi hồi phục sau gây mê, bệnh nhân được xuất viện ngay trong ngày.
- Được cấp đơn gồm kháng sinh đường uống 7 ngày sau phẫu thuật đến ngày tái khám lần thứ nhất.
- Thuốc nhỏ kháng sinh tại chỗ được kê trong vòng 2 tuần, sau khi quan sát tình trạng gelfoam trong ống tai đã tiêu hay chưa ở lần tái khám đầu tiên.
- Bệnh nhân được khuyên tránh nước vào tai, tránh ngoáy tai ít nhất 4 - 6 tuần.
- Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật đánh giá tình trạng màng nhĩ tại các thời điểm: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và > 3 tháng sau phẫu thuật.
- Các tiêu chí đánh giá sau phẫu thuật bao gồm: tình trạng màng nhĩ liền kín / thất bại (hở, thủng tái phát), biến

chứng: nhiễm trùng vết mổ, chảy máu vết mổ, hở mép khâu vết mổ.

- Các trường hợp thất bại được tính khi tình trạng thủng tái phát xảy ra và tồn tại dai dẳng cho đến thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật [4].
- Bệnh nhân được đo lại thính lực đồ tại thời điểm tái khám sau 6 tuần, ghi nhận chỉ số khoảng cách đường khí – xương sau phẫu thuật.

2.6. Xử lý số liệu

Tất cả số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê (SPSS 20.0, Chicago, IL). Đối với các biến liên tục, kiểm định t-test bất cặp (paired t-test) và kiểm tra dấu hạng Wilcoxon (Wilcoxon signed rank sum test) được sử dụng (dành cho kiểm định tham số và không tham số tương ứng). Đối với các biến phân loại, kiểm định Chi-square hoặc Fisher Exact

được sử dụng. Giá trị p nhỏ hơn 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, có 32 bệnh nhân tương ứng với 32 lỗ thủng màng nhĩ phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh được phẫu thuật và màng nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ tự thân lấy từ da tai cùng bên với tai có màng nhĩ thủng. Có 3 trường hợp có màng nhĩ thủng cùng lúc 2 bên, tuy nhiên với kích thước 2 bên không đồng đều nhau. Do đó, chúng tôi tiến hành chọn tai bên có lỗ thủng màng nhĩ đã khô và kích thước lỗ thủng nhỏ, phù hợp với tiêu chuẩn ban đầu. Ngoài ra, trong số các tai được phẫu thuật, có 7 trường hợp bệnh nhân đã được can thiệp và màng nhĩ bằng phương pháp và nhĩ lấy mảnh ghép là mảnh cân cơ thái dương với kiểu đặt underlay không tạo vạt, có hiện tượng tái thủng hoặc mảnh ghép không liền kín, cũng có chỉ định và nhĩ bằng mảnh ghép nút mỡ lần này.

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 43.57 tuổi (± 14.23), gồm 14 nam (43,75%) và 18 nữ (56,25%). Thời gian tái khám kéo dài trung bình là 5 tháng (từ 3 đến 10 tháng). Chỉ số khoảng cách đường khí – xương trên thính lực đồ đơn âm (PTA - pure tone audiometry) trước mổ là 19.56 ± 5.51 dB.

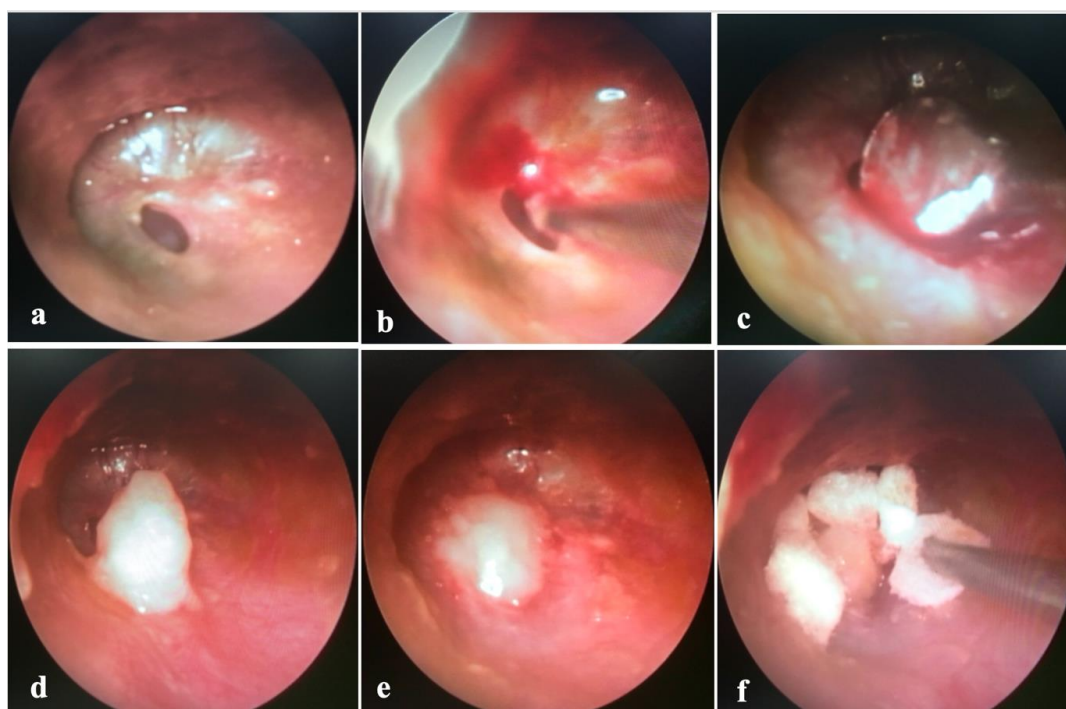
3.2. Tỷ lệ liền kín màng nhĩ

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

	Nhóm I*	Nhóm II**	Tổng
	Tai (%)	Tai (%)	Tai (%)
Màng nhĩ liền kín	25 (100%)	5 (71,43%)	30 (93,75%)
Mảnh ghép thất bại	0 (0%)	2 (28,57%)	2 (6,25%)

* Bệnh nhân được phẫu thuật và nhĩ đơn thuần lần đầu

** Bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật và nhĩ trước đây.



Hình 2. Các bước tiến hành phẫu thuật

a. Lỗ thủng màng nhĩ bên trái góc sau - dưới kích thước nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ, bờ gọn, đáy hòm nhĩ sạch

b. Làm tươi bờ rìa lỗ thủng bằng stick nhọn

c. Làm sạch bờ rìa lỗ thủng và mặt dưới màng nhĩ, đo kích thước lỗ thủng sau khi đã làm tươi lỗ thủng

d. Đặt mảnh ghép là nút mỡ vào lỗ thủng

e. Chỉnh mảnh ghép xuyên qua lỗ thủng một cách vừa khít như đồng hồ cát

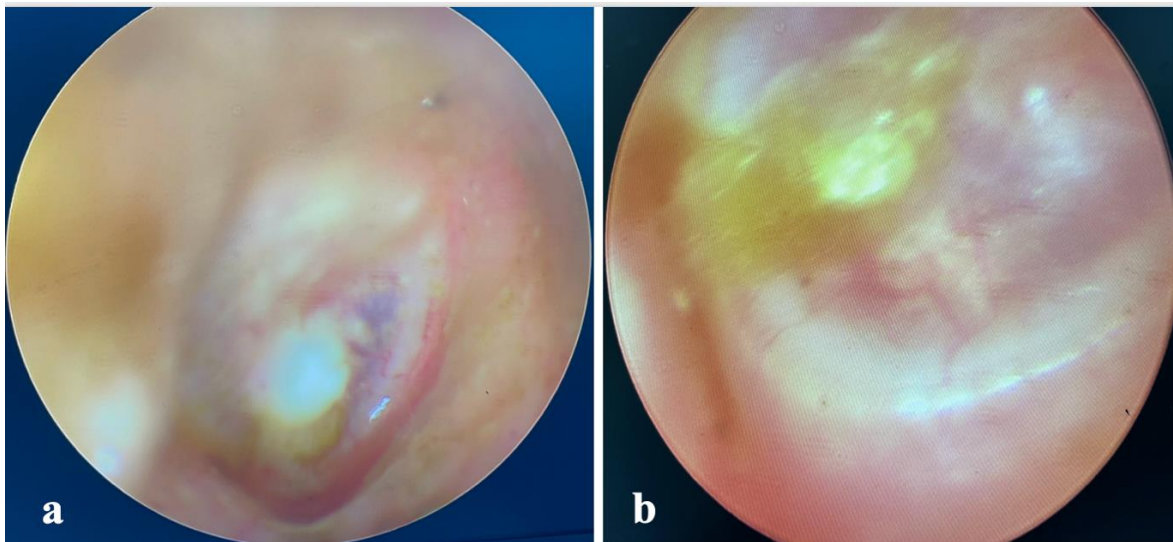
f. Đặt gelfoam ống tai ngoài cố định mảnh ghép

Tỷ lệ liền kín màng nhĩ là 30/32 trường hợp, chiếm 93,75% tại thời điểm tái khám sau 3 tháng. Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật màng nhĩ trước đây cao hơn so với nhóm đã có can thiệp trên màng nhĩ có ý nghĩa thống kê với

giá trị $p = 0.04$ (Bảng 1). Chỉ số ABG sau mổ cải thiện so với trước phẫu thuật có giá trị 18.59 ± 4.75 dB với $p = 0.03$.

Kích thước lỗ thủng trong 2 trường hợp thất bại: một trường hợp không thay đổi so với trước phẫu thuật và một trường hợp kích thước lỗ thủng giảm 30% so với kích thước trước phẫu thuật. Đây là 2 trường hợp trước đó đã được vá nhĩ đơn thuần bằng phương pháp lấy mảnh cân cơ thái dương làm mảnh ghép, kiểu underlay không tạo vạt cách 8 tháng và 13 tháng.

Tái khám tại các thời điểm qua nội soi, cho thấy hình ảnh nút mỡ vẫn còn tồn tại ở những trường hợp màng nhĩ liền kín, biểu hiện bằng nút phòng mờ. Màng nhĩ được đóng kín bằng nút mỡ có hình ảnh mềm hơn so với nốt vôi hoá trên màng nhĩ (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh nội soi tái khám sau phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ tự thân

a. Tái khám sau 1 tháng

b. Tái khám sau 3 tháng

3.3. Biến chứng

Không có biến chứng nặng nào trong số 32 bệnh nhân được phẫu thuật. Sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân (3,13%) có biểu hiện chảy máu rỉ rả đường rạch sau dải tai, vì có tiền sử chảy máu lâu cầm trước đây, được xử lý băng ép dài ngày hơn so với các trường hợp còn lại.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ tự nhiên được mô tả lần đầu tiên vào năm 1962, được cho là phẫu thuật hiệu quả và an toàn trong chỉnh hình màng nhĩ với lỗ thủng kích thước nhỏ [5]. Tỷ lệ đóng kín lỗ thủng bằng nút mỡ được báo cáo lần đầu tiên bởi tác giả Ringenberg là 87%, và những nghiên cứu tiếp theo đó ghi nhận tỷ lệ thành công từ 80% đến 92% ở những trường hợp lỗ thủng nhỏ và được phẫu thuật vá nhĩ lần đầu [6], [7]. Tỷ lệ thành công tương đối cao của phương pháp này có thể giải thích bởi “thuyết sống sót của tế bào” [8]. Giả thuyết này cho rằng trong mảnh ghép là mỡ, có các tế bào mỡ được cung cấp máu đầy đủ thì vẫn sống tốt, trong khi những tế bào mỡ khác không được cấp máu tốt sẽ bị thoái hoá theo thời gian. Điều này giải thích vì sao sau một thời gian, thể tích nút mỡ co nhỏ lại. Tác giả Peer cũng cho rằng các tế bào mỡ được dùng làm mảnh ghép chỉnh hình trên màng nhĩ cũng không được thay thế bằng mô sẹo. Thay vào đó, khi tái khám kiểm tra nội soi tai sau phẫu thuật cho thấy sự hình thành bao mô liên kết bao quanh nút mỡ, bắt đầu sớm nhất vào tuần thứ 3 sau khi đặt vật liệu mảnh ghép,

và ngày càng trở nên mỏng hơn trong khoảng 1 năm. Hơn nữa, nút mỡ là vật liệu sống, có đặc tính tạo mạch rất lý tưởng để khắc phục tình trạng cung cấp máu kém ở những vùng rìa lỗ thủng [7].

Ngoài thuyết sống sót của mô mỡ của tác giả Peer, tỷ lệ thành công cao trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi (93,75%) được giải thích là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân phù hợp: không có đợt cấp của viêm tai giữa mạn tính có thủng nhĩ, không có các bệnh lý tai giữa khác như cholesteatoma, túi co kéo thượng nhĩ, rối loạn chức năng vòi nhĩ,... Đây là những lý do phổ biến dẫn đến việc thất bại sau phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần. Chúng tôi có 2 trường hợp (6,25%) thất bại sau phẫu thuật, trong đó có một trường hợp kích thước sau phẫu thuật giảm 30% so với kích thước lỗ thủng trước phẫu thuật, và một trường hợp không thay đổi so với trước phẫu thuật. Cả 2 trường hợp bệnh này đều đã được phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng phương pháp dùng mảnh cân cơ thái dương làm mảnh ghép, đặt vật liệu kiểu underlay không tạo vạt da ống tai trước đó 8 tháng và 13 tháng. Vì đã thất bại 2 lần nên chúng tôi dự kiến sẽ chỉ định chụp cắt lớp vi tính mũi xoang trên 2 bệnh nhân này để tìm thêm các bệnh lý kèm theo như các bất thường giải phẫu gây tắc nghẽn thông khí đến hòm nhĩ.

Nút mỡ được lấy từ dải tai cùng bên với tai phẫu thuật có những ưu điểm như dễ lấy, cùng phẫu trường can thiệp nên thời gian chuẩn bị như sát trùng, trải sẵn được thực hiện cùng một lần với vùng tai can thiệp, rút ngắn thời gian phẫu thuật. Vì

đường rạch nằm phía sau dải tai, nên thực tế không ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ của người bệnh. Tuy nhiên, nút mỡ được lấy ở vùng dải tai cũng có những hạn chế nhất định như: ở những đối tượng có lỗ đeo khuyên tai hay những người có mô mỡ dưới da ít, việc lấy nút mỡ có phần hạn chế. Ngoài ra, khi quan sát dưới kính hiển vi cho thấy tế bào mỡ ở dải tai có tính chất nhỏ và chứa nhiều mô sợi hơn so với tế bào mỡ ở các vị trí khác như ở rốn, ở mông [7]. Đặc tính này cũng là điểm hạn chế trong quá trình tạo mạch, là điều kiện quan trọng cho sự tái tạo màng nhĩ. Điều này giải thích một phần cho những trường hợp thất bại của chúng tôi. Ngoài ra, sự tuân thủ về quy trình chăm sóc sau phẫu thuật như tránh nước vào tai, tránh nhiễm trùng và nhiễm nấm sau phẫu thuật, tái khám và xử lý sớm những bất thường sau phẫu thuật, cũng là những lý do ảnh hưởng đến sự thất bại. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, sức nghe của bệnh nhân là bình thường, hoặc giảm thính lực thể dẫn truyền mức độ nhẹ đến trung bình. Chỉ số khoảng cách đường khí - xương sau mổ cải thiện so với trước phẫu thuật có giá trị 18.59 ± 4.75 dB với $p = 0.03$. Điều này giải thích phẫu thuật đóng kín lỗ thủng giúp cải thiện sức nghe cho những bệnh nhân nghe kém dẫn truyền mức độ nhẹ đến trung bình, do tăng diện tích tiếp xúc với sóng âm.

Mục đích chính của phương pháp phẫu thuật vá nhĩ bằng nút mỡ tự thân là đóng kín hoàn toàn lỗ thủng màng nhĩ nhỏ bằng một thủ thuật đơn giản, nhanh, tiết kiệm chi phí, ít gây đau đớn và chấn thương cho

vùng màng nhĩ lành do không phải rạch da lấy vật nên có ít biến chứng hơn [9]. Tuy nhiên, đây không phải là một phẫu thuật thay thế hoàn toàn cho phẫu thuật tạo hình màng nhĩ kinh điển trong mọi trường hợp thủng màng nhĩ. Vì vậy, để thực hiện phương pháp này, cần lựa chọn bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn về mặt lâm sàng để có khả năng thành công cao.

Gây tê tại chỗ được sử dụng trong nhiều tài liệu nghiên cứu vì phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ với kỹ thuật đơn giản, dễ dàng, nhanh chóng và ít xâm lấn [3]. Gây mê toàn thân được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi để tránh cảm giác khó chịu của bệnh nhân, đặc biệt ở trẻ em và các bệnh nhân quá lo lắng. Gây mê toàn thân giúp cho quá trình phẫu thuật được thao tác nhanh chóng, tránh các cử động của bệnh nhân trong quá trình thực hiện, có thể vô tình ảnh hưởng đến chuỗi xương con, cửa sổ tròn gây chóng mặt.

Chúng tôi cũng ghi nhận một số các biến chứng nhỏ trong quá trình phẫu thuật như chảy máu khó cầm ở bệnh nhân có tiền sử trước đó. Tuy nhiên, phương pháp vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ tự thân là phương pháp đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn, vùng can thiệp ở vùng dải tai là nơi có ít mạch máu nuôi dưỡng nên không ảnh hưởng nhiều đến thể trạng bệnh nhân sau phẫu thuật, được xử lý ổn định bằng băng ép. Không có bệnh nhân nào than phiền về sức nghe nặng hơn trước phẫu thuật.

Phương pháp vá nhĩ đơn thuần bằng nút mỡ cho thấy nhiều ưu điểm nổi trội như

kỹ thuật đơn giản, đặt mảnh ghép như thao tác đặt ống thông khí. Thực tế, có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ, nên bệnh nhân có thể ra viện trong ngày, rút ngắn thời gian nằm viện, mang lại sự hài lòng và thuận tiện cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Nút mỡ là một vật liệu được chọn vì đáp ứng yêu cầu cơ bản của mảnh ghép trong quá trình tái tạo màng nhĩ. Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần với kỹ thuật tiến hành đơn giản, nhưng cho kết quả thành công cao đối với các lỗ thủng kích thước nhỏ, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn. Trong tương lai, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu phương pháp này với số lượng bệnh nhân nhiều hơn và áp dụng các lỗ thủng kích thước vừa. Việc tăng quy mô về số lượng bệnh nhân cho nghiên cứu sẽ làm nổi bật nhiều hơn yếu tố thành công và thất bại của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee D.Y., Kim Y.H. (2018). Can Fat-plug Myringoplasty Be a Good Alternative to Formal Myringoplasty? A Systematic Review and Meta-analysis. *Otology & Neurotology*, 39:403-409.
2. Saliba I, Knapik M., Froehlich P. (2012). Advantages of hyaluronic acid fat graft myringoplasty over fat graft myringoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 138:950-955.
3. Fiorino F., Barbieri. F. (2007). Fat graft myringoplasty after unsuccessful tympanic membrane repair. *Eur Arch Otolaryngol*, 1125-1128.
4. Hegazy, Moustafa H.. (2013). Fat graft myringoplasty – A prospective clinical study. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences* , 91-95.
5. Ringerberg J.C (1962). Fat graft tympanoplasty. *Laryngoscope*, 188-192.
6. Mitchel R.B., Pereira K. D, Lazar R.H. (1997). Fat graft myringoplasty in children - a safe and successful day-stay procedure,. *J. Laryngol. Otol.*, 106-108.
7. Kwong K.M, Smith M. M. (2012). Fat graft myringoplasty using umbilical fat. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 1098-1101.
8. Peer L.A. (1959). *Transplantation of Fat*. Baltimore: Williams & Wilkin.
9. Ozgursoy O.B, Yorulmaz I. (2005). Fat graft myringoplasty: a cost-effective but underused procedure. *The Journal of Laryngology & Otology*, 277-279.