

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI VÁ NHĨ BẰNG MÀNG SỤN BÌNH TAI ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH THÙNG NHĨ TẠI BV TAI MŨI HỌNG MIỀN TRUNG

Đặng Văn Thắng¹, Tăng Xuân Hải², Nguyễn Thị Ngọc Anh³, Trần Minh Long⁴

1.3. Trường Đại học Y Dược Đại học Thái Nguyên

2.4. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72.278>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ có chỉ định vá nhĩ đơn thuần và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi vá nhĩ bằng màng sụn bình tai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu – tiến cứu có can thiệp trên 30 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ, được phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Miền Trung từ 01/2024 đến 08/2025. Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả giải phẫu và thính lực sau phẫu thuật được thu thập và phân tích.

Kết quả: Nhóm nghiên cứu có nữ giới chiếm ưu thế (80%), tuổi trung bình $40,77 \pm 12,85$. Triệu chứng thường gặp nhất là chảy dịch tai (93,3%). Lỗ thủng chủ yếu kích thước trung bình (30%) và gần toàn bộ (33,3%); đa số niêm mạc hòm nhĩ mỏng, nhẵn (80%). Về thính lực, phần lớn bệnh nhân nghe kém dẫn truyền (66,7%), PTA đường khí trung bình trước mổ là $33,67 \pm 11,62$ dB, ABG trung bình $20 \pm 6,29$ dB. Sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ liền nhĩ đạt 96,7%; PTA đường khí cải thiện 8,97 dB; ABG trung bình giảm còn $11,05 \pm 4,43$ dB, 100% bệnh nhân có ABG ≤ 20 dB. Không ghi nhận biến chứng sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai cho kết quả giải phẫu và cải thiện thính lực khả quan, an toàn, ít biến chứng, là phương pháp hiệu quả trong điều trị viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ.

* Tác giả liên hệ: Đặng Văn Thắng
Email: Bsthangtmh70@gmail.com
Nhận bài: 08/10/2025
Ngày nhận phản hồi: 03/11/2025

ĐT: 0943647568

Ngày nhận phản biện: 19/10/2025
Ngày duyệt đăng: 08/11/2025

ENDOSCOPIC MYRINGOPLASTY WITH TRAGAL CARTILAGE FOR CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA: OUTCOMES FROM THE CENTRAL ENT HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of chronic suppurative otitis media with tympanic membrane perforation indicated for simple tympanoplasty, and to evaluate the outcomes of endoscopic tympanoplasty using tragal cartilage grafts.

Methods: A descriptive retrospective–prospective interventional study was conducted on 30 patients diagnosed with chronic suppurative otitis media with tympanic membrane perforation, who underwent endoscopic simple tympanoplasty with tragal cartilage grafts at the Central ENT Hospital from January 2024 to August 2025. Clinical, paraclinical features, anatomical and audiological outcomes were collected and analyzed.

Results: Female predominance was observed (80%), with a mean age of 40.77 ± 12.85 years. The most common symptom was otorrhea (93.3%). Perforations were mostly medium-sized (30%) and subtotal (33.3%); the tympanic mucosa was mainly thin and smooth (80%). Conductive hearing loss accounted for 66.7% of cases, with a mean preoperative air PTA of 33.67 ± 11.62 dB and mean ABG of 20 ± 6.29 dB. At 3 months postoperatively, tympanic membrane closure was achieved in 96.7%; mean air PTA improved by 8.97 dB; mean ABG decreased to 11.05 ± 4.43 dB, with 100% of patients achieving $ABG \leq 20$ dB. No postoperative complications were reported.

Conclusions: Endoscopic tympanoplasty using tragal cartilage grafts provided high anatomical success and significant hearing improvement with minimal complications, proving to be an effective treatment for chronic suppurative otitis media with tympanic membrane perforation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm nhiễm kéo dài của niêm mạc tai giữa, thường kéo dài trên 12 tuần và không đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng **thủng màng**

nhĩ và **chảy mủ tai** kéo dài (> 6 tuần), đi kèm với các triệu chứng như giảm thính lực và phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm. Bệnh gây giảm sức nghe làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, còn gây nhiều biến chứng nguy hiểm đến tính mạng

đặc biệt là ở trẻ em như: Viêm màng não, viêm não, áp xe não, viêm tắc tĩnh mạch bên, liệt mặt...[1].

Phẫu thuật vá nhĩ trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không những giải quyết được bệnh tích, tránh biến chứng mà còn bảo tồn và phục hồi sức nghe [2]. Có nhiều chất liệu tự thân được lựa chọn để làm mảnh vá và cân cơ thái dương thường được sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, hiện nay màng sụn cũng là một chất liệu được lựa chọn. Màng sụn là một chất liệu quý bởi đặc tính dai, bền chắc nhưng diện tích có thể sử dụng nhỏ hơn nhiều so với cân cơ thái dương. Chỉ định vá thủng nhĩ bằng sụn vành tai là áp dụng cho những trường hợp màng nhĩ thủng **lâu ngày không tự lành**, có **suy giảm thính lực, nhiễm trùng tai giữa tái phát hoặc thủng nhĩ gây ù tai kéo dài**, và quan trọng nhất là **tai khô hoàn toàn** trong ít nhất 3 tháng. Phẫu thuật này cũng cần đảm bảo vòi nhĩ thông thoáng và hoạt động tốt. Phương pháp vá nhĩ bằng màng sụn bình tai đã được áp dụng tại bệnh viện Tai mũi họng Miền Trung. Tuy nhiên cho đến nay vẫn còn chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật, vì vậy, chúng tôi tiến hành làm đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai

điều trị viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ tại bệnh viện Tai mũi họng Miền Trung” với hai mục tiêu: *1- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ có chỉ định và nhĩ đơn thuần. 2- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ được chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng mảnh sụn bình tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Miền Trung trong thời gian từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 08 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ:
 - Chảy mủ tai > 3 tháng.
 - Có thủng màng nhĩ.
 - X-quang Schüller hoặc CT tai xương đá: thủng nhĩ, không có ổ ăn mòn xương.
- Tai phẫu thuật ở tình trạng ổn định: ngưng chảy mủ > 3 tuần, niêm mạc khô, vòi nhĩ thông.
- Không có ổ viêm lân cận (mũi xoang, VA, amidan...).

- Thính lực: nghe kém dẫn truyền hoặc hỗn hợp với ABG < 30 dB.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu - tiến cứu mô tả có can thiệp.
- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận được 30 bệnh nhân.
- **Biến số nghiên cứu:**
 - Đặc điểm chung: tuổi, giới, lý do vào viện
 - Đặc điểm lâm sàng: thời gian chảy mủ, tính chất dịch mủ, vị trí/kích thước lỗ thủng, tình trạng niêm mạc
 - Đặc điểm thính lực trước phẫu thuật
 - Đặc điểm cận lâm sàng: Hình ảnh cắt lớp vi tính tai – xương đá trước phẫu thuật
 - Kết quả phục hồi về mặt giải phẫu
 - Thính lực sau phẫu thuật
 - Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	n	%
-------------	---	---

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập, phân tích, xử lý bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học thông qua và sự đồng ý của Bệnh viện TMH Miền Trung. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo đảm bí mật. Kết quả nghiên cứu phục vụ cải thiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe trẻ em và nâng cao chất lượng điều trị của bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

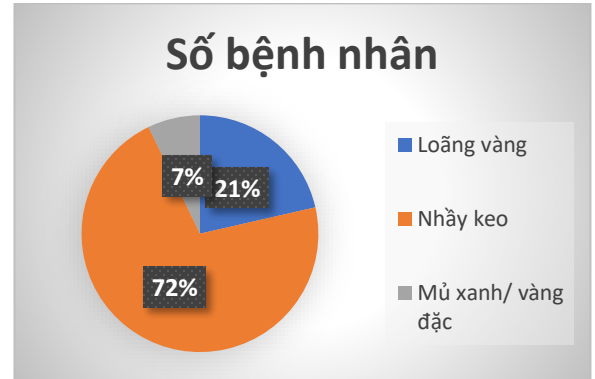
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

30 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính thủng màng nhĩ và điều trị phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn chủ yếu là nữ giới (80%), tỷ lệ nam:nữ là 1:4. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $40,77 \pm 12,85$ tuổi. Trong đó lớn nhất là 69 tuổi và nhỏ nhất là 11 tuổi. Thời gian chảy mủ tai trung bình của nhóm bệnh nhân của chúng tôi là $7,02 \pm 3,22$ năm, trong đó ít nhất là 2 năm và nhiều nhất là 15 năm.

Chảy mủ tai	28	93,33
Ù tai	10	33,33

Nghe kém	20	66,67
Chóng mặt	0	0
Đau tai	1	3,33

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy mủ tai, gặp ở 28/30 bệnh nhân (93,33%).



Biểu đồ 3.1. Tính chất mủ tai

Nhận xét: Trong số 28 bệnh nhân chảy mủ tai: phần lớn bệnh nhân chảy dịch nhầy keo (20/28 bệnh nhân) và chỉ gặp 2 bệnh nhân có dịch mủ xanh đặc.

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể và CLVT

Triệu chứng thực thể và CLVT	Mô tả	Số BN	%
Vị trí của lỗ thủng	Trước dưới	1	3,33
	Sau dưới	4	13,34
	Trước trên	6	20,0
	Sau trên	1	3,33
	Trung tâm	8	26,67
	Gần toàn bộ	10	33,33
Kích thước lỗ thủng	Kích thước nhỏ	7	23,33
	Kích thước trung bình	9	30,0
	rộng	4	13,33
Niêm mạc hòm nhĩ	Lỗ thủng gần toàn bộ màng nhĩ	10	33,34
	Niêm mạc hòm nhĩ mỏng, nhăn	24	80,0
	Niêm mạc hòm nhĩ dày, thoái hóa polyp	5	16,6
	Niêm mạc còn nề và hơi ẩm	1	3,4
Tình trạng xương chũm trên phim CLVT	Đặc ngà	14	46,67
	Kém thông bào	9	30,0
	Thông bào	7	23,33

Nhận xét:

- Có 1 bệnh nhân có lỗ thủng góc trước dưới, 1 bệnh nhân có lỗ thủng góc sau

trên và có 10 bệnh nhân có lỗ thủng rộng toàn bộ màng căng.

- Kích thước lỗ thủng chủ yếu là kích thước trung bình (30%) và lỗ thủng gần toàn bộ màng nhĩ (33,34%).
- Có 1 bệnh nhân niêm mạc còn nề và hơi ẩm, không có bệnh nhân nào niêm mạc hòm nhĩ thoái hóa polyp.
- Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có hình ảnh cắt lớp vi tính xương chũm đặc ngà (46,67 %)



Hình ảnh Lỗ thủng gần toàn bộ

BN Phan Văn L

Đặc điểm thính lực trước phẫu thuật

Đa số bệnh nhân nghe kém dẫn truyền (20/30 bệnh nhân). Trung bình ngưỡng nghe đường khí trước phẫu thuật là $33,67 \pm 11,62$ dB, trong đó thấp nhất là 12,5 dB và cao nhất là 61,25 dB. Trung bình ngưỡng nghe đường xương trước phẫu thuật là $13,67 \pm 7,94$ dB, trong đó thấp nhất là 6,25 và cao nhất là 38,75 dB. ABG trung bình trước phẫu thuật

là $20 \pm 6,29$ dB, trong đó thấp nhất là 5 và cao nhất là 28,75 dB.

Bảng 3.3. Phân loại nghe kém trước phẫu thuật.

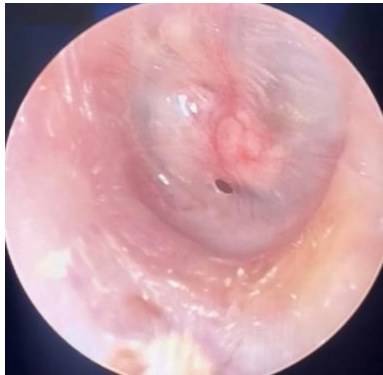
Mức độ nghe kém (PTA)	Số bệnh nhân	%
Bình thường (0-15 dB)	3	10
Rất nhẹ (16-25dB)	2	6,67
Nhẹ (26 -40 dB)	18	60
Trung bình (41 -55dB)	5	16,66
Trung bình – nặng (56 -70 dB)	2	6,67
Nặng (71 -90 dB)	0	0
Điếc sâu (> 90 dB)	0	0
n	30	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân chủ yếu nghe kém mức độ nhẹ (18/30 bệnh nhân), không gặp bệnh nhân nào nghe kém nặng hoặc điếc sâu.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Chúng tôi tiến hành theo dõi bệnh nhân trong phẫu thuật, hẹn bệnh nhân cắt chỉ sau 1 tuần, rút merocel tai sau 2 tuần, sau đó tái khám sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả hồi phục về mặt giải phẫu: Sau phẫu thuật có 1 trường hợp màng nhĩ không liền, chiếm tỷ lệ 3,33 %.



Hình ảnh màng nhĩ không liền sau phẫu thuật – BN Trần Thị H.

Thay đổi thính lực sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Ngưỡng nghe trung bình sau phẫu thuật

Ngưỡng nghe trung bình	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 3 tháng
PTA đường khí	33,67 ± 11,62	24,7 ± 9,19
PTA đường xương	13,67 ± 7,94	13,65 ± 7,89
ABG	20 ± 6,29	11,05 ± 4,43
n	30	30

Nhận xét: Ngưỡng nghe trung bình sau phẫu thuật được đánh giá có cải thiện

Bảng 3.5. Phân loại nghe kém sau phẫu thuật

Mức độ nghe kém (PTA)	Trước phẫu thuật		Sau PT 3 tháng	
	Số BN	%	Số BN	%

Bình thường (0-15 dB)	3	10	5	16,67
Rất nhẹ (16-25dB)	2	6,67	15	50
Nhẹ (26 - 40 dB)	18	60	7	23,33
Trung bình (41 - 55dB)	5	16,66	3	10
Trung bình-nặng (56 -70 dB)	2	6,67	0	0
Nặng (71 -90 dB)	0	0	0	0
Điếc sâu (> 90 dB)	0	0	0	0
n	30		100	

Nhận xét: Trước phẫu thuật, tỷ lệ tai nghe bình thường là 10%, và tăng lên thành 16,67% sau phẫu thuật 3 tháng.

Bảng 3.6. ABG trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Phân loại theo ABG	Trước phẫu thuật		Sau PT 3 tháng	
	n	%	n	%
Rất tốt (≤ 10dB)	4	13,33	10	33,33
Tốt (11-20 dB)	8	26,67	20	66,67
Trung bình (21-30dB)	18	60	0	0
Kém (>30 dB)	0	0	0	0

Nhận xét: Trước phẫu thuật, tỷ lệ ABG mức độ rất tốt là 13,33%, và tăng lên thành 33,33% sau phẫu thuật 3 tháng. Mức độ tốt tăng từ 26,67% lên 66,67%.

Biến chứng sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào gặp biến chứng sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nữ giới chiếm ưu thế 80% (tỷ lệ nam:nữ = 1:4), song giới tính không được chứng minh ảnh hưởng đến bệnh hay kết quả vá nhĩ. Tuổi trung bình bệnh nhân $40,77 \pm 12,85$ (11–69 tuổi); tuổi là yếu tố cần cân nhắc khi chỉ định phẫu thuật, dù hiện nay giới hạn độ tuổi đã linh hoạt hơn nhờ tiến bộ kỹ thuật. Thời gian chảy mủ tai trung bình $7,03 \pm 3,22$ năm (2–15 năm); đa số bệnh nhân (76,7%) có thời gian bệnh trên 5 năm, gắn liền với lỗ thủng rộng hơn, nguy cơ tổn thương tai giữa cao và tỷ lệ thất bại phẫu thuật lớn hơn.

Triệu chứng cơ năng: Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ có triệu chứng đa dạng, thường gặp nhất là chảy dịch tai (93,3%) và nghe kém (83,3%), ngoài ra có ù tai, chóng mặt, đau tai. Các đợt chảy tai tái diễn khiến nhiều bệnh nhân chỉ đến khám khi khó chịu, sau đó không tái khám khi tai khô; một số trường hợp còn do hạn chế kinh

tế. Do đó, tư vấn về biến chứng bệnh và vai trò phẫu thuật vá nhĩ là rất cần thiết.

Triệu chứng thực thể và CLVT: Vị trí, kích thước lỗ thủng và tình trạng niêm mạc ảnh hưởng rõ đến kết quả vá nhĩ. Thủng trước hoặc gần toàn bộ tiên lượng xấu hơn, trong khi thủng góc sau cho tỷ lệ thành công cao. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thủng gần toàn bộ 33,3%, thủng trung bình 30%, khác biệt so với Nguyễn Văn Tuấn (36,4% trung bình) [3]. Kích thước thủng tăng theo thời gian bệnh nên chúng tôi chọn mảnh vá sụn để tăng độ bền. Về niêm mạc, 1 ca còn nề ẩm sau mổ vẫn liền nhĩ; ưu thế nội soi giúp đánh giá và xử trí tốt niêm mạc, nâng cao hiệu quả phẫu thuật.

Hình ảnh CLVT được chụp cho toàn bộ bệnh nhân nhằm loại trừ trường hợp không đạt tiêu chuẩn và định hướng trước mổ; kết quả cho thấy xương chũm đặc ngà chiếm tỷ lệ cao nhất (46,47%), phù hợp bệnh cảnh viêm mạn tính tái diễn.

Đặc điểm thính lực trước phẫu thuật: Đo thính lực là cận lâm sàng thường quy giúp đánh giá mức độ nghe kém, khoảng ABG và định hướng tổn thương xương con. Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân nghe kém dẫn truyền (20/30), 7 bệnh nhân nghe kém hỗn hợp và 3 bệnh nhân có thính lực

bình thường. Các trường hợp $ABG > 30$ dB nghi ngờ tổn thương xương con đã được loại trừ bằng thính lực đồ và CT scan.

Ngưỡng nghe trung bình đường khí (PTA) trước mổ là $33,67 \pm 11,62$ dB (mức nhẹ), đường xương $13,67 \pm 7,94$ dB (bình thường), khoảng cách khí-xương (ABG) $20 \pm 6,29$ dB. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Bùi Duy Vũ, tương tự Phùng Thị Vân Anh, và thấp hơn Nguyễn Anh Dũng; phù hợp nhận định của Sakagami rằng thời gian mắc bệnh càng dài, sức nghe giảm càng nhanh ($\approx 0,82$ dB/năm) [4-7].

Phân loại nghe kém cho thấy phần lớn bệnh nhân giảm thính lực mức độ nhẹ (18/30). Kết quả tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Trần Huỳnh Phương Thảo [3],[8]. Ở bệnh nhân sức nghe bình thường, phẫu thuật chủ yếu nhằm giải quyết ù tai hoặc chảy dịch tai; trong khi với trường hợp nghe kém trung bình-nặng, mục tiêu chính là phục hồi giải phẫu màng nhĩ, giảm tái phát chảy dịch, hơn là cải thiện sức nghe.

4.2. Kết quả điều trị

Giải phẫu: Sau 3 tháng, 29/30 bệnh nhân (96,67%) có màng nhĩ liền kín, tương đương các nghiên cứu trong và ngoài nước (96–97%). Một trường hợp thất bại liên quan

đến nhiều yếu tố như tuổi, vị trí, kích thước lỗ thủng, tình trạng niêm mạc và chức năng vòi nhĩ.

Thính lực: Trung bình ngưỡng nghe đường khí (PTA) cải thiện từ $33,67 \pm 11,62$ dB trước mổ xuống $24,7 \pm 9,19$ dB sau 3 tháng (cải thiện 8,97 dB). Đường xương trước và sau mổ gần như không thay đổi ($13,67 \pm 7,94$ dB so với $13,65 \pm 7,89$ dB), chứng tỏ phẫu thuật an toàn, không gây ảnh hưởng tai trong.

Phân loại nghe kém: Sau mổ, tỷ lệ tai nghe bình thường tăng từ 10% lên 16,67%, nghe kém rất nhẹ tăng từ 6,67% lên 50%, nghe kém nhẹ giảm từ 60% còn 23,33%, nghe kém trung bình giảm từ 16,67% còn 10%, và không còn trường hợp nghe kém trung bình-nặng. Điều này cho thấy vá nhĩ nội soi không chỉ khôi phục màng nhĩ mà còn cải thiện chức năng nghe rõ rệt.

Thay đổi ABG: Trước mổ, tỷ lệ ABG rất tốt (≤ 10 dB) là 13,33%, sau 3 tháng tăng lên 33,33%. Tỷ lệ đạt mức tốt và rất tốt ($ABG \leq 20$ dB) tăng từ 40% trước mổ lên 100% sau mổ, cao hơn nhiều nghiên cứu khác (92–93%).

Biến chứng: Không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng như xẹp nhĩ, liệt VII,

trật khớp xương con hay cholesteatoma thứ phát.

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng:

Bệnh nhân nữ mắc nhiều hơn nam (tỷ lệ 5/1), tuổi trung bình $40,77 \pm 12,85$ (11–69). Triệu chứng thường gặp nhất là chảy dịch tai (53,3%), kèm ù tai, nghe kém, đau tai; thời gian mắc bệnh trung bình $7,02 \pm 3,22$ năm. Lỗ thủng nhĩ ở nhiều vị trí, trong đó 10 trường hợp thủng gần toàn bộ. Thính lực đồ cho thấy đa số nghe kém dẫn truyền (66,7%), một số nghe kém hỗn hợp (23,3%) và 10% bình thường; mức độ nghe kém chủ yếu nhẹ (60%). Trên CLVT, phần lớn bệnh nhân có xương chũm đặc ngà hoặc kém thông bào.

Kết quả điều trị: Sau phẫu thuật nội soi vá nhĩ bằng mảnh sụn bình tai, 96,7% bệnh nhân đạt liền nhĩ, không ghi nhận biến chứng. Sức nghe cải thiện rõ rệt: PTA đường khí tăng 8,97 dB, tỷ lệ nghe kém rất nhẹ chiếm 50%; 100% bệnh nhân có ABG ≤ 20 dB, đạt kết quả tốt và rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liên (2006). Bệnh học xương chũm. Trong: *Giản yếu bệnh học Tai Mũi*

Họng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 60-68.

2. Nguyễn Hữu Khôi, Nhan Trùng Sơn (2008). Phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính. Trong: *Tai Mũi Họng*, Tập 1. Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 336-351.

3. Nguyễn Văn Tuấn (2023). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai giữa type 1 trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Bùi Duy Vũ (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ trong điều trị bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em dưới 16 tuổi. Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Phùng Thị Vân Anh (2012). Đánh giá kết quả tạo hình màng nhĩ trong ống tai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Nguyễn Anh Dũng (2017). Đánh giá kết quả vá nhĩ bằng phức hợp sụn màng sụn. Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Sakagami M (2000). Long-term observation on hearing change in patients with chronic otitis media. *Auris Nasus Larynx*, 27(2):117-120.