

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH CÓ THÙNG MÀNG NHỖ KHÔNG NGUY HIỂM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng<sup>1,2</sup>, Lê Mỹ Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>1\*,2</sup>

1.Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên

2.Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i78.498>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ không nguy hiểm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân (34 tai) viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ không nguy hiểm tại khoa Tai Mũi Họng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 06/2025 đến tháng 06/2026. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $40,7 \pm 13,8$ , bệnh nhân nữ chiếm 70,6%. Diện tích lỗ thủng nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ chiếm tỉ lệ cao nhất ở 47,1% bệnh nhân. Vị trí lỗ thủng chủ yếu ở trung tâm với 41,2%. Mức độ nghe kém trước phẫu thuật: nghe kém vừa cao nhất với 52,9%, tiếp đến là nghe kém nhẹ với 23,5%. Màng nhĩ liền sau phẫu thuật 3 tháng ở 97,1%. Ngưỡng trung bình đường xương giảm từ  $18,3 \pm 6,5$  dB xuống  $13,9 \pm 5,8$  dB. PTA (Pure Tone Average) đường khí giảm từ  $44,1 \pm 15,4$  dB xuống  $30,5 \pm 9,7$  dB. Ngưỡng trung bình khoảng ABG (Air Bone Gap) giảm từ  $25,8 \pm 13,4$  dB xuống  $16,6 \pm 7,2$  dB. Các sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Phẫu thuật giúp phục hồi tốt cấu trúc màng nhĩ và cải thiện chức năng nghe cho đa số bệnh nhân.

**Từ khóa:** viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng không nguy hiểm, phẫu thuật nội soi, vá nhĩ, PTA khí, trung bình đường xương, trung bình ABG.

---

\* Tác giả liên hệ: Phạm Thị Ngọc Anh

SĐT: 0386235933

Email: [ngocanh86@gmail.com](mailto:ngocanh86@gmail.com)

Nhận bài: 22/09/2026

Ngày nhận phản biện: 30/09/2026

Ngày nhận phản hồi: 30/09/2026

Ngày duyệt đăng: 03/10/2026

## EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH SAFE CHRONIC OTITIS MEDIA WITH TYMPANIC MEMBRANE PERFORATION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes in patients with safe chronic suppurative otitis media with tympanic membrane perforation at Thai Nguyen National Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 34 patients (34 ears) with non-dangerous chronic suppurative otitis media with tympanic membrane perforation at the Department of Otorhinolaryngology, Thai Nguyen National Hospital, from 06/2025 to 06/2026. **Results:** The mean age of patients was  $40,7 \pm 13,8$  years, with females accounting for 70,6%. Perforations encompassing less than 25% of the tympanic membrane surface area were the most prevalent with central perforations being the primary location. Preoperative hearing loss severity was highest in the moderate degree category with 52,9%, followed by mild degree with 23,5%. The tympanic membrane closure rate 3 months postoperatively was 97,1%. The mean bone-conduction threshold decreased from  $18,3 \pm 6,5$  dB preoperatively to  $13,9 \pm 5,8$  dB. The air-conduction Pure Tone Average (PTA) decreased from  $18,3 \pm 6,5$  dB to  $30,5 \pm$

9,7 dB. The mean Air-Bone Gap (ABG) was reduced from  $25,8 \pm 13,4$  dB preoperatively to  $16,6 \pm 7,2$  dB postoperatively. All changes being statistically significant ( $p < 0,05$ ). Postoperatively, the proportion of patients achieving good and very good ABG categories increased, while the poor ABG category significantly decreased. All changes were statistically significant ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Surgical treatment effectively restores tympanic membrane anatomical structure and improves hearing function in the majority of patients.

**Keywords:** safe chronic suppurative otitis media, endoscopic surgery, tympanoplasty, air-conduction PTA, bone-conduction mean, mean ABG.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) là tình trạng viêm dai dẳng của hòm nhĩ và sào bào, kéo dài trên 3 tháng [1]. Thể bệnh thủng màng nhĩ không nguy hiểm là loại viêm tai giữa mạn tính mà bệnh tích khu trú ở hòm nhĩ và gây ra hậu quả chính là lỗ thủng kéo dài.

Tình trạng lỗ thủng màng nhĩ không chỉ gây ảnh hưởng đến sức nghe mà còn tạo điều kiện cho những đợt nhiễm trùng tái phát, gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và khả năng lao động của người bệnh. Theo báo cáo tổng quan về tỉ lệ mắc trên toàn cầu năm 2025, khoảng hơn 80% bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng không nguy hiểm tập

trung chủ yếu ở các nước đang phát triển[2]. Quản lý thích hợp có thể phòng ngừa các ảnh hưởng lên thính lực[3].

Về cơ chế bệnh sinh, viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng không nguy hiểm có thể do viêm tai giữa mũ cấp tính chuyển thành[4]. Các yếu tố nguy cơ bao gồm vi khuẩn học, các bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp, rối loạn chức năng vòi nhĩ, các yếu tố chấn thương thủng màng nhĩ, dinh dưỡng điều kiện sống cũng góp phần gây bệnh.

Điều trị ngoại khoa chỉnh hình tai giữa đặt ra nhằm giải quyết các vấn đề về sức nghe và giải phẫu. Phương pháp phổ biến được sử dụng là bảng phân loại của Wullstein đề xuất[5]. Đối với thể bệnh thủng màng nhĩ không nguy hiểm, chỉ định phẫu thuật là type I, tương đương và nhĩ đơn thuần.

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là tuyến cuối của khu vực trung du và miền núi phía Bắc, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính. Trong đó, hình thái viêm tai giữa có lỗ thủng không nguy hiểm đang được điều trị triệt để tại bệnh viện bằng phương pháp ngoại khoa. Tuy nhiên, các nghiên cứu hệ thống về bệnh lý tại đây còn chưa nhiều. Xuất phát từ thực tế trên, tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng không nguy hiểm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 34 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng màng nhĩ không nguy hiểm và được phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2025 đến tháng 6/2026.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm với đặc điểm:

+ Có đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

+ Khám lâm sàng, nội soi tai có hình ảnh thủng màng nhĩ bờ không sát xương, đáy nhĩ sạch.

+ Không có triệu chứng của một đợt cấp viêm tai giữa mạn tính như chảy tai, đau tai.

+ Có kết quả thính lực đồ.

+ Có kết quả chụp cắt lớp vi tính xương thái dương (CLVT) không có tổn thương xương.

+ Không có biến chứng nội sọ trên lâm sàng.

+ Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type I.

+ Được theo dõi triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật và được đánh giá lại thính lực đồ sau phẫu thuật 3 tháng.

+ Bệnh nhân hoặc người giám hộ (với bệnh nhân dưới 18 tuổi) đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Những bệnh nhân không thỏa mãn một trong bất kỳ điều kiện ở mục tiêu

chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

+ Những bệnh nhân có chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính có Cholesteatoma.

+ Những bệnh nhân có bệnh lý tai ngoài khác như viêm tai ngoài cấp, nấm ống tai...

+ Bệnh nhân bỏ dở quá trình điều trị hoặc mất liên lạc trong quá trình theo dõi hậu phẫu.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6 năm 2025 đến tháng 6 năm 2026.

### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Nghiên cứu này được thực hiện trên 34 bệnh nhân theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, kỹ thuật chọn toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

### **Biến số (chỉ số) nghiên cứu**

+ Thông tin chung: tuổi, giới, dân tộc, lí do vào viện, tai bị bệnh.

+ Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể nội soi tai bao gồm vị trí, kích thước lỗ thủng, tiền sử chảy tai

+ Triệu chứng cận lâm sàng: hình

ảnh CLVT xương thái dương, thính lực đồ bao gồm các chỉ số PTA khí, ngưỡng trung bình đường xương, khoảng khí xương ABG.

+ Triệu chứng cơ năng và hình ảnh nội soi tai sau phẫu thuật 3 tháng.

+ Thính lực đồ sau phẫu thuật 3 tháng.

### **Phương pháp thu thập số liệu**

+ Nghiên cứu hồi cứu: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án ở phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và điền thông tin vào biểu mẫu.

+ Nghiên cứu tiền cứu: Đánh giá trước điều trị qua thu thập thông tin thông qua hỏi bệnh, thăm khám trực tiếp. Giải thích cho bệnh nhân và người giám hộ về hướng điều trị. Điền bệnh án nghiên cứu. Tiến hành phẫu thuật theo quy trình: Gây mê nội khí quản. Dùng optic 0 độ quan sát, tiêm tê da ống tai ngoài. Rạch da ống tai. Gỡ diềm xơ bờ lỗ thủng bằng que nhọn vi phẫu. Lấy mảnh vá cân cơ thái dương hoặc màng sụn bình tai. Bóc tách vạt da ống tai-màng nhĩ và đặt mảnh vá. Cố định mảnh vá bằng Gelaspon và merocel tai. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chăm sóc hậu phẫu. Thời điểm 3 tháng sau, thu thập thông tin bệnh nhân theo phiếu đánh giá.

### **Phương pháp xử lý số liệu**

Sau khi thu thập sẽ được nhập liệu bằng và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0 để tính tần suất, tỷ lệ %. Dùng các kiểm định McNemar tính p để so sánh các biến định tính. Dùng kiểm định T ghép

cặp so sánh các biến định lượng. Mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Công cụ thu thập số liệu**

Bệnh án, mẫu bệnh án nghiên cứu, phiếu đánh giá sau phẫu thuật 3 tháng, bộ nội soi Karl-Storz, máy chụp CLVT, phần mềm phim CLVT, máy đo thính lực, bộ dụng cụ vi phẫu tai.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức được Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên số 600 QĐ/BV ngày 10/03/2026 và quy trình kỹ thuật đã được Bệnh viện thông qua theo.

**3. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm                  |       | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------|-------|--------------|-----------|
| Tuổi trung bình (TB ± SD) |       | 40,7 ± 13,8  |           |
| Giới                      | Nam   | 10           | 29,4      |
|                           | Nữ    | 24           | 70,6      |
| Nhóm tuổi                 | <35   | 13           | 38,2      |
|                           | 35-49 | 11           | 32,4      |
|                           | ≥50   | 10           | 29,4      |
| Tổng                      |       | 34           | 100,0     |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $40,7 \pm 13,8$ . Khi phân chia theo nhóm tuổi, nhóm dưới 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 38,2%, tiếp theo là nhóm từ 35 đến 49 với 32,4% và nhóm lớn hơn bằng 50 chiếm 29,4%. Về giới tính, đa số bệnh nhân điều trị là nữ giới,

chiếm 24/34 bệnh nhân với tỉ lệ 70,6%.

**Bảng 2. Đặc điểm tổn thương màng nhĩ trước phẫu thuật**

| Đặc điểm                         | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|----------------------------------|----------|-----------|
| <b>Vị trí lỗ thủng</b>           |          |           |
| Trước trên                       | 2        | 5,9       |
| Trước dưới                       | 7        | 20,6      |
| Sau trên                         | 3        | 8,8       |
| Sau dưới                         | 5        | 14,7      |
| Trung tâm                        | 14       | 41,2      |
| Thủng rộng                       | 3        | 8,8       |
| <b>Kích thước lỗ thủng</b>       |          |           |
| <25% diện tích                   | 16       | 47,1      |
| 25-50% diện tích                 | 12       | 35,3      |
| 50-75% diện tích                 | 3        | 8,8       |
| >75% diện tích                   | 3        | 8,8       |
| <b>Phần còn lại của màng nhĩ</b> |          |           |
| Vôi hóa                          | 10       | 29,4      |
| Dày đục                          | 11       | 32,4      |
| Bình thường                      | 13       | 38,2      |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, lỗ thủng trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất là 41,2%, tiếp đến là lỗ thủng vị trí trước dưới chiếm tỉ lệ 20,6%. Lỗ thủng vị trí trước trên ghi nhận ở 2 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5,9%. Về kích thước, tỉ lệ cao nhất là lỗ thủng nhỏ hơn 25% diện tích với 47,1%. Tiếp đến là lỗ thủng kích thước từ 25 đến 50% diện tích màng nhĩ với tỉ lệ 35,3%. Lỗ thủng rộng lớn hơn 75% diện tích màng nhĩ và từ 50 đến 75% diện tích đều chiếm tỉ lệ thấp nhất là 8,8%. Phần còn lại của màng nhĩ vôi hóa và dày đục chiếm tỉ

lệ lần lượt là 29,4% và 32,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 38,2% bệnh nhân có phần còn lại của màng nhĩ bình thường.

**Bảng 3. Đặc điểm thính lực trước phẫu thuật**

| Kết quả thính lực đồ                    | Số lượng    | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------------------|-------------|-----------|
| <b>Mức độ nghe kém trước phẫu thuật</b> |             |           |
| Bình thường                             | 4           | 11,8      |
| Nghe kém nhẹ                            | 8           | 23,5      |
| Nghe kém vừa                            | 18          | 52,9      |
| Nghe kém nặng                           | 4           | 11,8      |
| Nghe kém sâu/Điếc sâu                   | 0           | 0,0       |
| PTA đường khí                           | 44,1 ± 15,4 |           |
| Trung bình đường xương                  | 18,3 ± 6,5  |           |
| ABG trung bình                          | 25,8 ± 13,4 |           |

**Nhận xét:** Theo phân bố kết quả thính lực đồ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm nghe kém vừa với 52,9%, tiếp đến là nghe kém nhẹ với 23,5%. Nhóm bệnh nhân nghe kém nặng và nhóm có thính lực đồ bình thường đều có tỉ lệ là 11,8%. Không ghi nhận trường hợp nào nghe kém sâu. PTA trung bình đường khí trước mổ là 44,1 ± 15,4 dB, trung bình đường xương trước mổ là 18,2 ± 6,5 dB và ABG trung bình trước mổ là 25,8 ± 13,4 dB.

**Bảng 4. Màng nhĩ liền lỗ thủng sau phẫu thuật 3 tháng**

| Tình trạng màng | Số | Tỉ lệ |
|-----------------|----|-------|
|-----------------|----|-------|

| nhĩ                           | lượng     | (%)          |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Màng nhĩ liền âm              | 1         | 2,9          |
| Màng nhĩ liền đục             | 9         | 26,5         |
| Màng nhĩ liền sáng bóng       | 20        | 58,8         |
| Tù góc trước                  | 3         | 8,8          |
| Màng nhĩ liền không hoàn toàn | 1         | 2,9          |
| <b>Tổng</b>                   | <b>34</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Tỉ lệ màng nhĩ liền sau phẫu thuật là 97,1%, trong đó màng nhĩ liền sáng bóng chiếm tỉ lệ cao nhất là 58,8%, Ghi nhận duy nhất 1 trường hợp màng nhĩ không liền sau phẫu thuật 3 tháng. Trong nghiên cứu có 3/34 bệnh nhân có tù góc trước sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 8,8%.

**Bảng 5. So sánh giá trị trung bình đường xương, đường khí và khoảng ABG trước và sau phẫu thuật**

| Giá trị thính lực đồ        | Trướ c phẫu thuật | Sau phẫu thuật | Chênh lệch  | p     |
|-----------------------------|-------------------|----------------|-------------|-------|
| Trung bình đường xương (dB) | 18,3 ± 6,5        | 13,9 ± 5,8     | 4,4 ± 4,3   | 0,000 |
| PTA đường khí               | 44,1 ± 15,4       | 30,5 ± 9,7     | 13,7 ± 10,9 | 0,000 |

|                              |                |               |              |           |
|------------------------------|----------------|---------------|--------------|-----------|
| (dB)                         |                |               |              |           |
| ABG<br>trung<br>bình<br>(dB) | 25,8 ±<br>13,4 | 16,7<br>± 7,2 | 9,2 ±<br>9,9 | 0,00<br>0 |

**Nhận xét:** Trung bình đường xương sau phẫu thuật 3 tháng là  $13,9 \pm 5,8$  dB, giảm hơn so với trước phẫu thuật là  $18,2 \pm 6,5$ . Trung bình đường khí sau phẫu thuật 3 tháng là  $30,5 \pm 9,7$  dB, giảm hơn so với trước phẫu thuật là  $44,1 \pm 15,4$  dB. ABG trung bình giảm sau phẫu thuật là  $9,2 \pm 9,9$  dB so với trước phẫu thuật. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p nhỏ hơn 0,05.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $40,7 \pm 13,8$  tuổi. Khi phân chia theo nhóm tuổi, nhóm tuổi dưới 35 chiếm tỉ lệ cao nhất là 38,2%, tiếp đến là nhóm tuổi từ 35 đến 49 với 32,4% và cuối cùng là nhóm trên 50 tuổi với 29,4%. Sự phân bố khá đồng đều giữa các nhóm tuổi cho thấy bệnh lý viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm có thể gặp ở nhiều lứa tuổi. Trong nghiên cứu này, bệnh lý tập trung chủ yếu ở độ tuổi lao động. Về giới tính, nữ giới chiếm tỉ lệ cao rõ rệt với 70,6%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của nhóm nghiên cứu của Trần Huỳnh Phương Thảo, Nguyễn Triều Việt năm 2021 với tất cả bệnh nhân nghiên cứu trên 18 tuổi và tỉ lệ bệnh nhân nữ là 73,2%[6].

Tỉ lệ bệnh nhân nữ đi khám và điều trị phẫu thuật cao hơn có thể liên quan đến tâm lý chủ động tiếp cận y tế sớm hơn nam giới khi có các triệu chứng ù tai, nghe kém, hoặc chảy tai ảnh hưởng đến thẩm mỹ và giao tiếp.

Kích thước và vị trí lỗ thủng màng nhĩ là hai yếu tố giải phẫu không chỉ gây ảnh hưởng trực tiếp lên mức độ suy giảm thính lực, mà còn quyết định đến kỹ thuật trong mổ và tiên lượng sau mổ. Trong nghiên cứu, kích thước lỗ thủng chiếm tỉ lệ cao nhất 47,1% là lỗ thủng nhỏ dưới 25% diện tích màng nhĩ. Vị trí lỗ thủng chủ yếu ở trung tâm chiếm tỉ lệ 41,2 %. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Trần Huỳnh Phương Thảo và cộng sự: thủng trung tâm và thủng nhỏ dưới 25% chiếm tỉ lệ cao nhất[6]. Dưới góc độ phẫu thuật, lỗ thủng nhỏ mang lại nhiều ưu thế như: mạch máu nuôi dưỡng dồi dào do bảo tồn được phần lớn vạt da màng nhĩ và hệ thống mạch máu bờ từ rìa gờ xương ống tai vào trung tâm. Bên cạnh đó, diện tích lỗ thủng nhỏ cung cấp bờ tựa rộng rãi, giảm thiểu nguy cơ di lệch hoặc tụt mảnh vá. Với những lỗ thủng nhỏ, hiệu ứng chênh lệch diện tích màng nhĩ-cửa sổ bầu dục ít hơn, do đó mức độ suy giảm thính trước mổ thường nhẹ. Vì vậy, khả năng phục hồi thính lực tốt sau khi đóng kín lỗ thủng. Về vị trí, các lỗ thủng trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất cũng mang lại ưu điểm. Vị trí trung tâm nằm hoàn toàn trong trường nhìn thẳng khi dùng nội soi tiếp cận, giúp phẫu thuật viên kiểm soát phẫu trường hiệu quả.

Đánh giá hình thái màng nhĩ sau

phẫu thuật 3 tháng là tiêu chí chính nhằm xác định sự thành công về mặt giải phẫu của phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type I. Tỷ lệ liền màng nhĩ sau phẫu thuật là 97,1%. Kết quả này khá tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Triều Việt và cộng sự, tỷ lệ lành màng nhĩ là 96,1%[7]. Trong đó, màng nhĩ liền sáng bóng chiếm 58,8%, màng nhĩ liền đục chiếm 26,5%. Kết quả của chúng tôi có sự phù hợp khi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Nguyễn Thị Tố Uyên tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương với tỷ lệ màng nhĩ liền sáng bóng sau 3 tháng phẫu thuật là 63,8%, màng nhĩ liền đục là 31,9%[8]. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu rất cao này cho thấy được hiệu quả kỹ thuật phẫu thuật nội chỉnh hình tai giữa type I, cũng như khả năng bảo tồn các cấu trúc trong tai giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 3/34 bệnh nhân tương đương 8,8% có tù góc trước màng nhĩ. Đây là hiện tượng mảnh vá bị nhấc khỏi góc hình thành giữa màng nhĩ và thành trước ống tai, tạo ra sự dày lên và xơ hóa ở góc trước. Sự xuất hiện của kết quả này trong nghiên cứu có thể liên quan đến kỹ thuật bóc tách vạt da màng nhĩ trong quá trình phẫu thuật chưa đủ sâu. Bên cạnh đó, mặc dù phẫu thuật bằng nội soi cung cấp góc nhìn nghiêng quan sát trực diện vùng góc trước, song đặc thù thao tác một tay gây hạn chế nhất định trong việc cố định mảnh vá phẳng, nhất là trong những trường hợp ống tai hẹp. Ngoài ra, sự co rút tổ chức xơ tự nhiên của mảnh vá kết hợp với phản ứng tăng sinh

mô liên kết trong quá trình lành thương tại vùng tiếp giáp da ống tai-màng nhĩ phía trước cũng có thể gây nhấc nhẹ mảnh vá, làm tù góc trước. Tuy nhiên, ba trường hợp tù góc trong nghiên cứu của chúng tôi màng nhĩ vẫn kín hoàn toàn. Có 1 trường hợp duy nhất màng nhĩ không liền sau phẫu thuật 3 tháng trong nghiên cứu. Nguyên nhân dẫn đến mảnh vá không liền có thể bao gồm nhiều yếu tố. Với những lỗ thủng màng nhĩ rộng, gần toàn bộ màng nhĩ làm giảm diện tích tiếp xúc mảnh vá đồng thời gây khó khăn cho việc cố định mảnh vá. Vấn đề chăm sóc hậu phẫu không tốt, viêm nhiễm mũi họng cũng góp phần vào việc màng nhĩ không liền kín. Hạn chế của nghiên cứu là chưa theo dõi được bệnh nhân trong các thời gian dài hơn như 6 tháng, 1 năm.

Đánh giá thính lực đồ sau 3 tháng ghi nhận sự phục hồi thính giác toàn diện có ý nghĩa thống kê với  $p$  nhỏ hơn 0,05. Chỉ số trung bình đường xương sau phẫu thuật 3 tháng là  $13,9 \pm 5,8$  dB, giảm hơn so với trước phẫu thuật là  $18,2 \pm 6,5$  dB. Sự cải thiện đường xương sau phẫu thuật chỉnh hình tai giữa được giải thích bằng hiệu ứng Carhart. Khi màng nhĩ bị thủng, sự cộng hưởng của tai giữa bị mất đi, từ đó làm ngưỡng đường xương bị tăng giả tạo. Sau khi màng nhĩ được đóng kín lỗ thủng, sức cản tai giữa trở về bình thường, giúp khôi phục ngưỡng đường xương. Kết quả này cũng chứng minh can thiệp phẫu thuật an toàn, không gây ra chấn thương ảnh hưởng đến tai trong. PTA đường khí sau phẫu thuật giảm 13,7

$\pm 10,9$  dB so với trước phẫu thuật, chứng minh hiệu quả của phẫu thuật trong việc phục hồi hệ thống dẫn truyền. Kết quả này phù hợp với sự cải thiện triệu chứng cơ năng nghe kém sau phẫu thuật. Khoảng cách đường xương-khí ABG thu hẹp đáng kể là  $9,2 \pm 9,9$  dB với  $p$  nhỏ hơn 0,05 thể hiện rõ hiệu quả cải thiện thính lực sau phẫu thuật, khẳng định phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần thành công về mặt chức năng. Kết quả của nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Theo Nguyễn Văn Tuấn và Nguyễn Thị Tố Uyên, PTA trước phẫu thuật là  $40,1 \pm 15,6$  dB, sau phẫu thuật 3 tháng cải thiện là  $28,8 \pm 13,3$  dB. ABG trước phẫu thuật là  $23,9 \pm 8,7$  dB, sau phẫu thuật giảm còn  $12,5 \pm 6,3$  dB. Hai sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê[8].

Sự gia tăng đáng kể của tỉ lệ bệnh nhân đạt thính lực khoảng ABG tốt và rất tốt từ 35,3% lên 70,6% sau phẫu thuật, cùng với sự thu hẹp nhóm bệnh nhân có khoảng ABG kém với  $p$  nhỏ hơn 0,05 đã chứng minh hiệu quả lâm sàng của phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần trong việc thu hẹp khoảng ABG, khôi phục chức năng dẫn truyền thính giác. Kết quả trên có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự, ABG mức kém giảm từ 24,4% trước phẫu thuật xuống còn 0,0% sau phẫu thuật, có ý nghĩa thống kê[8]. Theo nghiên cứu của Bikramjit Singh và các cộng sự trên 70 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính, ABG mức kém cũng giảm xuống từ 26% trước phẫu thuật xuống còn 2,7% sau phẫu thuật[9].

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng không nguy hiểm. Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $40,7 \pm 13,8$  với đa số bệnh nhân điều trị là nữ giới. Lỗ thủng màng nhĩ kích thước nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ chiếm tỉ lệ cao nhất, vị trí lỗ thủng chủ yếu ở trung tâm. Sau phẫu thuật 3 tháng, trên thính lực đồ ngưỡng PTA đường khí, ngưỡng trung bình đường xương và khoảng ABG đều giảm sau phẫu thuật. Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type I giúp phục hồi tốt cấu trúc màng nhĩ và cải thiện chức năng nghe cho đa số bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Phúc, Nguyễn Công Định. *Tài liệu đào tạo chuyên khoa cơ bản Tai mũi họng*. Bệnh viện Bạch Mai. 2025; 97-99.
2. Anjola Onifade, Henriette Wa Katolo and et al. Epidemiology of Chronic Suppurative Otitis Media: Systematic Review To Estimate Global Prevalence. *J Epidemiol Global Health*. 2025; 15, 55.
3. WHO. *World report on hearing*. World Health Organization. 2021.
4. Mihika Khairkar, Prasad Desmukh and et al. Chronic Suppurative Otitis Media: A Comprehensive Review of Epidemiology, Pathogenesis,

Microbiology, and Complications. *Cureus*. 2023; 15, 1-11.

5. Merkus P, Kemp P and et al. Classifications of Mastoid and Middle Ear Surgery: A Scoping Review. *J Int Adv Otol*. 2018; 14, 227-232.

6. Trần Huỳnh Phương Thảo, Nguyễn Triều Việt, Dương Hữu Nghị. Đánh giá kết quả vá nhĩ đơn thuần bằng nội soi điều trị viêm tai giữa mạn tính ổn định có thủng màng nhĩ tại Thành phố Cần Thơ năm 2019-2021. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 2021; 43, 125-132.

7. Nguyễn Triều Việt, Đỗ Hội. Đánh giá hiệu quả vá nhĩ qua nội soi bằng các loại vật liệu

khác nhau. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 548 (2), 225-229.

8. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Tố Uyên. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai giữa type I trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn không nguy hiểm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;529, 10-13.

9. Bikramjit Singh, P. P. Endoscopic Type I Tympanoplasty in 70 Patients with Chronic Otitis Media: A Preliminary . *Philippine Journal of Otolaryngology-Head and neck surgery*. 2021;36. 13-17.