



NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH, KẾT QUẢ VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN ĐƯỜNG TRONG ỚNG TAI

Nguyễn Công Hoàng^{1,2}, Nguyễn Thị Ngọc Anh^{1*}, Tạ Hùng Sơn³

Tổng Biên tập:
PGS. TS.
Nguyễn Phương Sinh

Ngày nhận bài:
30/03/2025

Ngày chấp nhận đăng bài:
19/12/2025

Ngày xuất bản:
31/12/2025

DOI: 10.66517/jstmp.2025.4.1

Bản quyền:
© 2025 Thuộc Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y Dược

Xung đột quyền tác giả:
Tác giả tuyên bố không có bất kỳ xung đột nào về quyền tác giả

Địa chỉ liên hệ:
Số 284, đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên

Email: tapchi@tnmc.edu.vn

1 Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên
2 Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
3 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
* Tác giả liên hệ: nguyenthingocanh@tnmc.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tai giữa mạn tính là bệnh lý tai mũi họng phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Trong đó thủng màng nhĩ là vấn đề quan trọng với các bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính. Phẫu thuật vá màng nhĩ đơn thuần theo đường ống tai mang lại nhiều ưu điểm và ngày càng phổ biến. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính và đánh giá kết quả vá nhĩ đơn thuần theo phương pháp đường ống tai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp lâm sàng tự đối chứng trước sau trên 49 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính, được phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần đường ống tai, tại Bệnh Viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình $45,1 \pm 15,6$ năm; nữ/nam = 1,33/1; 100% có chảy mủ tai từng đợt trong đó 61,2% mủ loãng và 32,7% mủ nhầy. Lỗ thủng có thể gặp với mọi kích thước từ nhỏ đến rộng gần hết màng nhĩ, đa phần niêm mạc hòm nhĩ ở trạng thái ổn định không còn viêm. Về sức nghe có 42,9%

không nghe kém; 30,6% nghe kém nhẹ; 18,4% nghe kém trung bình; 8,2% nghe kém trung bình nặng và nặng. 100% số ca màng nhĩ liền kín sau 3 tháng theo dõi; 55,1% có mức độ hồi phục khoảng Rhine ở mức trung bình; 10% ở mức khá; 34,7% không thay đổi và không có ca nào thất bại về mặt thính học. **Kết luận:** Phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần đường ống tai cho kết quả phục hồi về giải phẫu và chức năng tốt.

Từ khóa: Viêm tai giữa mạn tính; Thủng màng nhĩ; Vá nhĩ đường ống tai

RESEARCH ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC OTITIS MEDIA, RESULTS OF TRANSCANAL MYRINGOPLASTY

Nguyen Cong Hoang^{1,2}, Nguyen Thi Ngoc Anh^{1*},
Ta Hung Son³

1 TNU - University of Medicine and Pharmacy

2 Thai Nguyen National Hospital

3 Hai Phong University of Medicine and Pharmacy

* Author contact: nguyenthingocanh@tnmc.edu.vn

ABSTRACT

Background: Chronic otitis media is a common ear, nose and throat disease in Vietnam as well as worldwide. Tympanic membrane perforation is one of the major problems in patients with chronic otitis media. Simple tympanic membrane repair surgery through the ear canal offers many advantages and is becoming increasingly popular. **Objective:** Describe clinical and paraclinical characteristics of patients with chronic otitis media. Evaluate the results of simple tympanic membrane repair using the intra-canal method. **Methods:** Descriptive study of a series of cases with self-controlled clinical

intervention before and after on 49 patients with chronic otitis media, who underwent simple tympanic membrane repair using the intra-canal method, at Hai Phong International General Hospital and Thai Nguyen National Hospital. **Results:** Mean age 45.1 ± 15.6 years; female/male = 1.33/1; 100% had intermittent ear discharge, of which 61.2% was thin pus and 32.7% was mucoid pus. The perforation could be of any size from small to subtotal of the tympanic membrane, most of the tympanic membrane was in a stable state without inflammation. Regarding hearing, 42.9% had no hearing loss; 30.6% had mild hearing loss; 18.4% had moderate hearing loss; 8.2% had moderate to severe hearing loss. 100% of the cases had closed tympanic membranes after 3 months of follow-up; 55.1% had moderate Rhine recovery; 10% had fair recovery; 34.7% had no change; no cases of audiological failure were recorded. **Conclusion:** Transcanal myringoplasty gave good anatomical and functional recovery results. **Keywords:** Chronic otitis media; Tympanic membrane perforation; Transcanal myringoplasty

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là bệnh lý tai mũi họng phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo một nghiên cứu năm 2021, trên thế giới thì bệnh lý viêm tai giữa có xu hướng gia tăng từ 316 triệu ca/năm từ những năm 1990 lên 391 triệu ca/năm vào năm 2021, tỷ lệ mắc 4958,9/100000 dân, số ca chết trung bình do viêm tai giữa mỗi năm là 536 ca [1]. Bệnh không chỉ gây ra những tình trạng cấp tính mà còn làm gia tăng gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân, chỉ số DALYs của viêm tai giữa năm 2021 là 2,48 triệu năm [1]. Theo

báo cáo của WHO thì Việt Nam nằm trong khu vực có tỷ lệ bệnh cao từ 2 đến 4% dân số [2].

Thủng màng nhĩ là một vấn đề quan trọng ở những bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính và ngoài ra một số nguyên nhân thứ yếu khác liên quan đến thủng màng nhĩ là chấn thương, sau trích nhĩ, đặt ống thông khí màng nhĩ. Vá màng nhĩ là một phẫu thuật để sửa chữa phục hồi lỗ thủng màng nhĩ. Mục đích của nó là ngăn cách hòm nhĩ và môi trường bên ngoài, do đó ngăn ngừa niêm mạc tai giữa tiếp xúc với mầm bệnh giúp cắt đứt quá trình viêm nhiễm tái phát có thể dẫn đến các di chứng về sau. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật vá nhĩ tại Việt Nam dao động từ 69% [3] đến 97,7% [4].

Phẫu thuật vá màng nhĩ đơn thuần theo đường ống tai mang lại nhiều ưu điểm như đường rạch da nhỏ thời gian phục hồi nhanh hơn, ít đau hơn, mang tính thẩm mỹ nhiều hơn, rút ngắn được thời gian phẫu thuật. Tuy nhiên, đường mổ này cũng có nhược điểm là khó quan sát hơn, khó thao tác hơn đặc biệt là khi ống tai ngoài hẹp. Hiện nay, với sự phát triển của máy nội soi độ phân giải cao, các phẫu thuật viên dần chuyển dịch sang phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần đường ống tai sử dụng nội soi do tính thuận tiện và ưu điểm của nội soi để quan sát hơn so với kính hiển vi [5].

Xuất phát từ tính quan trọng, thực tiễn, khoa học của bệnh viêm tai giữa mạn tính và vấn đề điều trị viêm tai giữa mạn tính bằng phẫu thuật như nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài với hai mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính.*
- 2. Đánh giá kết quả vá nhĩ đơn thuần theo phương pháp đường trong ống tai.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 49 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính được phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần đường ống tai từ tháng 6/2023 đến tháng 8/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính không có cholesteatoma, không có tổn thương hệ thống xương con dựa vào:

- *Chảy mủ tai kéo dài > 3 tháng.*
- *Nội soi có thủng màng nhĩ vị trí màng căng, không sát xương, đáy nhĩ sạch.*
- *Chụp CT scanner xương thái dương: không có hiện tượng tiêu xương, không có tổn thương gián đoạn xương com [6].*

- Tiêu chuẩn vá nhĩ nội soi đường ống tai:

- *Tai ngưng chảy mủ*
- *Vòi nhĩ thông.*
- *Ống tai ngoài rộng rãi không có dị hình, không chít hẹp.*
- *Lỗ thủng phần màng căng không sát xương, mép lỗ thủng gọn không nham nhở, không dày sùi, không có hiện tượng biểu bì hóa hòm nhĩ.*
- *Đáy nhĩ sạch, niêm mạc hòm nhĩ không dày sùi, không có polyp hòm nhĩ, không có cholesteatoma [7].*

- Theo dõi tối thiểu 3 tháng sau mổ: Hình thái màng nhĩ. Mức độ phục hồi sức nghe trên thính lực đồ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 06/2023 đến tháng 8/2024.

- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh có can thiệp lâm sàng tự đối chứng trước sau.

Can thiệp lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần đường trong ống tai và theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng.

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được mời vào nghiên cứu

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích: 49 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đã được mời vào nghiên cứu.

Chỉ số, biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới.
- Đặc điểm lâm sàng: Chảy tai, ù tai, nghe kém, chóng mặt, kích thước lỗ thủng, vị trí lỗ thủng.
- Đặc điểm cận lâm sàng: Kết quả chụp CT scan xương thái dương và kết quả đo thính lực.
- Đặc điểm sau phẫu thuật: Tình trạng liền mảnh ghép sau phẫu thuật, kết quả đo thính lực sau phẫu thuật.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu, được nhập theo và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng	Giá trị
Tuổi (mean ± SD); năm	45,1 ± 15,6
- Nhỏ nhất	14
- Lớn nhất	76

Giới n (%)	
- Nam	21 (42,86)
- Nữ	28 (57,14)
Triệu chứng cơ năng n (%)	
- Chảy tai	49 (100)
• Tần suất chảy:	+ Từng đợt 49 (100)
	+ Liên tục 0 (0)
• Tính chất mủ:	+ Loãng 31 (61,2)
	+ Nhày 16 (32,7)
	+ Đặc không thối 3 (6,1)
- Ù tai	39 (79,6)
- Nghe kém	27 (55,1)
- Chóng mặt	5 (10,2)
Triệu chứng thực thể n (%)	
- Kích thước lỗ thủng	
• ≤ 25%	13 (26,5)
• 25 - 50%	11 (22,45)
• 50 - 75%	10 (20,4)
• > 75%	11 (22,45)
• Toàn bộ	4 (8,2)
- Vị trí lỗ thủng	
• Trung tâm	33 (67,3)
• Trước trên	3 (6,1)
• Trước dưới	7 (14,3)
• Sau dưới	6 (12,3)

Tuổi trung bình là $45,6 \pm 15,7$ năm; nhỏ nhất là 14 tuổi; lớn nhất là 76 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 25 đến 54 tuổi chiếm tỷ lệ 67,3%.

42,9% bệnh nhân có đau tai trong các đợt viêm cấp; 55,1% có cảm giác nghe kém; 79,6% có ù tai. Triệu chứng chóng mặt chỉ gặp trong 10,2%.

Lỗ thủng màng nhĩ có thể gặp ở bất kỳ kích thước nào với tỷ lệ gần như nhau; về vị trí lỗ thủng gặp ở trung

tâm là nhiều nhất chiếm 67,3%; ngoài ra các vị trí khác có thể gặp như góc trước trên, sau trên hoặc sau dưới; không có trường hợp nào thủng góc sau trên.

Bảng 2. Các đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	n	%
<i>Kết quả chụp CT Scanner xương thái dương</i>		
Xương chũm thông bào	34	69,4
Xương chũm kém thông bào	9	18,4
Xương chũm đặc ngà	6	12,2
<i>Kết quả đo thính lực</i>		
Không nghe kém (< 20 dB)	21	42,9
Nghe kém nhẹ (20 - < 35 dB)	15	30,6
Nghe kém vừa (35 - < 50 dB)	9	18,4
Nghe kém trung bình nặng (50 - 65)	2	4,1
Nghe kém nặng (65 - < 80 dB)	2	4,1

Về đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính xương thái dương, đa số bệnh nhân có xương chũm thông bào, chiếm 69,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có xương chũm kém thông bào và xương chũm đặc ngà lần lượt là 18,4% và 12,2%.

Kết quả đo thính lực: 42,9% bệnh nhân không có tình trạng nghe kém (< 20 dB). Trong số những bệnh nhân có giảm thính lực, nhóm nghe kém nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,6%, tiếp theo là nhóm nghe kém vừa (18,4%). Tỷ lệ nghe kém mức trung bình- nặng và nặng đều thấp, cùng ở mức 4,1%.

Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Tình trạng hở và liền kín của mảnh ghép sau mổ

Tình trạng mảnh ghép	10 ngày		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Liền kín, khô	12	24,5	49	100	49	100
Liền kín, phù nề	37	75,5	0	0	0	0
Hở	0	0	0	0	0	0
Tổng số	49	100	49	100	49	100

Sau rút vật liệu chèn ống tai, tất cả các ca màng nhĩ đều liền kín, không có ca nào bị hở. Có 24,5% số ca màng nhĩ liền kín và khô; 75,5% số ca màng nhĩ còn phù nề. Sau 1 tháng tất cả các ca đều liền kín và khô, sau 3 tháng kết quả cũng tương tự.

Bảng 4. Mức độ nghe kém sau mổ 3 tháng và so sánh với trước mổ

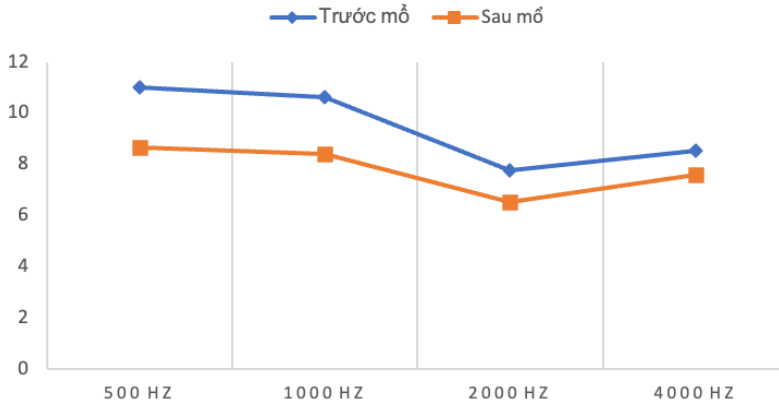
Hồi phục khoảng Rinne	n	%
Không đổi	17	34,7
Trung bình	27	55,1
Khá	5	10,2
Tổng số	49	100

Trong 49 bệnh nhân được đánh giá về mức độ hồi phục khoảng Rinne sau can thiệp, phần lớn bệnh nhân có cải thiện ở mức trung bình, chiếm 55,1%. Tỷ lệ bệnh nhân không thay đổi chiếm 34,7%, cho thấy vẫn còn một nhóm đáng kể không đạt được cải thiện mong muốn. Chỉ 10,2% bệnh nhân đạt mức hồi phục khá.

Bảng 3. Tình trạng hở và liền kín của mảnh ghép sau mổ

		M	Sd	n	p
PTA đường xương	Trước mổ	18,57	9,35	49	0,068 > 0,05
	Sau mổ	18,18	9,01	49	
PTA đường khí	Trước mổ	28,046	16,246	49	0,00 < 0,05
	Sau mổ	25,980	15,297	49	
ABG	Trước mổ	9,67	13,303	49	0,00 < 0,05
	Sau mổ	8,10	11,937	49	

Giá trị PTA đường xương trước và sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Giá trị ABG sau mổ thấp hơn trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. So sánh giá trị ABG ở từng tần số trước và sau mổ

Trung bình giá trị ABG ở từng tần số trước và sau mổ chúng tôi nhận thấy sau mổ giá trị ABG thấp hơn so với trước mổ, đặc biệt sự khác biệt ở các tần số 500 Hz; 1000 Hz nhiều hơn so với các tần số 2000 Hz và 4000 Hz.

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $45,6 \pm 15,7$ năm; nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 25 đến 54 tuổi chiếm tỷ lệ 67,3%. Bệnh thường gặp ở độ tuổi thanh niên và trung niên, đây đều là lứa tuổi đang lao động và cống hiến cho gia đình và xã hội nên bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chất lượng công việc, học tập cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tỷ lệ nữ/nam = 1,33/1. Sự chênh lệch về tỷ lệ giới có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,01$. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nguyễn Hoàng Huy là 34,9% và 65,1% [4], Quận Thành Nam là 40% và 60% [8]; Phùng Thị Vân Anh là 35,7% và

64,3% [9], hay Dương Hữu Nghị là 32,4% và 67,6% [3] hoặc các tác giả nước ngoài như Kuroda (2024) nghiên cứu tại Nhật Bản có tỷ lệ nam/nữ là 0,6/1. [10] Tất cả bệnh nhân mổ đều có triệu chứng chảy tai trong tiền sử bệnh và đều là chảy mũ từng đợt, phần lớn mũ loãng, một số ít mũ nhầy, không có trường hợp nào chảy mũ thối. Kết quả này phù hợp với đặc điểm chung của các trường hợp viêm tai giữa không nguy hiểm có chỉ định vá nhĩ đơn thuần. 42,9% bệnh nhân có đau tai trong các đợt viêm cấp; 55,1% có cảm giác nghe kém; 79,6% có ù tai. Triệu chứng chóng mặt chỉ gặp trong 10,2%.

Lỗ thủng màng nhĩ có thể gặp ở bất kỳ kích thước nào với tỷ lệ gần như nhau; về vị trí, lỗ thủng gặp ở trung tâm là nhiều nhất (67,3%), ngoài ra các vị trí khác có thể gặp như góc trước trên hoặc sau dưới; không có trường hợp nào thủng góc sau trên.

Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả khảo sát hình ảnh CT-scanner xương thái dương cho thấy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có xương chũm thông bào (69,4%). Đây là dạng cấu trúc giải phẫu thuận lợi trong phẫu thuật tai giữa, giúp phẫu thuật viên dễ dàng tiếp cận và xử lý tổn thương. Tỷ lệ xương chũm kém thông bào (18,4%) và đặc ngà (12,2%) thấp hơn đáng kể. Sự kém thông bào hoặc đặc ngà thường liên quan đến tình trạng viêm mạn tính hoặc quá trình xơ sạm của xương chũm, có thể làm tăng độ khó trong phẫu thuật và ảnh hưởng đến hiệu quả phục hồi nghe. Tỷ lệ các mức độ thông bào trong nghiên cứu tương đồng với nhiều báo cáo trước đây, vốn ghi nhận xương chũm thông bào vẫn là cấu trúc chiếm ưu thế ở bệnh nhân mắc bệnh lý tai giữa. Về đặc điểm thính lực, gần một nửa bệnh nhân (42,9%) không bị giảm thính lực đáng kể (< 20 dB).

Điều này cho thấy mặc dù có bệnh lý tai giữa hoặc tổn thương cần can thiệp, nhiều bệnh nhân vẫn duy trì được ngưỡng nghe gần như bình thường. Trong các trường hợp có nghe kém, mức độ nghe kém nhẹ (30,6%) chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là nghe kém vừa (18,4%). Chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ nghe kém trung bình-nặng và nặng (cùng 4,1%). Phân bố này phản ánh đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nghiên cứu, trong đó tình trạng nghe kém nặng ít gặp và đa phần giảm thính lực ở mức độ nhẹ-vừa.

Sự kết hợp giữa đặc điểm thông bào xương chũm và mức độ suy giảm thính lực cho thấy đa số bệnh nhân chưa có tổn thương nặng nề hoặc biến chứng sâu trong cấu trúc tai giữa-tai xương chũm. Điều này có ý nghĩa trong đánh giá tiên lượng điều trị, đặc biệt là khả năng phục hồi sau can thiệp. Nhóm bệnh nhân có xương chũm thông bào tốt và nghe kém nhẹ-vừa thường đáp ứng thuận lợi hơn, trong khi các trường hợp xương chũm đặc ngà hoặc nghe kém nặng có thể cần kế hoạch phẫu thuật thận trọng hơn và tiên lượng dè dặt hơn.

Kết quả phẫu thuật

Tình trạng hở và liền kín của mảnh ghép sau mổ

Sau rút vật liệu chèn ống tai, tất cả các ca màng nhĩ đều liền kín, không có ca nào bị hở. Có 24,5% số ca màng nhĩ liền kín và khô; 75,5% số ca màng nhĩ còn phù nề. Sau 1 tháng tất cả các ca đều liền kín và khô, sau 3 tháng kết quả cũng tương tự. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu là rất cao, cao hơn so với các nghiên cứu khác như Trần Huỳnh Phương Thảo (2023) là 97,2% [11] Nguyễn Thị Diễm Trinh (2023) là 98% [12]; Nguyễn

Hoàng Huy (2023) là 97,7% [4]. Các nghiên cứu của tác giả nước ngoài có tỷ lệ thành công thấp hơn như Deniz Baklaci (2018) nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy tỷ lệ thành công trong phẫu thuật vá màng nhĩ đường ống tai là 87,5% [13]; hay Kirolos Botros Elnaha (2024) khi tiến hành một nghiên cứu tổng quan gộp 22 nghiên cứu khác nhau trên 1559 bệnh nhân để so sánh hiệu quả giữa phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần sử dụng nội soi và kính hiển vi cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật vá màng nhĩ đơn thuần bằng nội soi qua đường ống tai có tỷ lệ thành công nói chung là 89,8% [14]. Theo Thomas J. Crotty (2023) khi tiến hành một nghiên cứu phân tích tổng hợp qua tìm hiểu 1711 nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật vá nhĩ nội soi là 89,6% [15]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn của các nghiên cứu khác nhau. Các nghiên cứu trong nước chỉ nghiên cứu trên những bệnh nhân được lựa chọn kỹ cho phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần, thời gian theo dõi trung bình của các nghiên cứu trong nước là 3 tháng, ngắn hơn so với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài từ 6 tháng đến 12 tháng.

Kết quả thính lực

Về kết quả thính lực, sau 3 tháng theo dõi chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về giá trị PTA đường xương khi so sánh trước và sau phẫu thuật. Điều này chứng minh được tính an toàn của phẫu thuật vá nhĩ đường ống tai đối với tai trong, các thao tác trong lúc phẫu thuật sẽ ít nguy cơ gây tổn thương ốc tai. Khi so sánh đường khí và khoảng ABG trước và sau mổ chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ ràng về kết quả, giá trị PTA đường khí và ABG sau mổ thấp hơn so với trước mổ. Như vậy, phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần

đường ống tai có hiệu quả giúp cho bệnh nhân cải thiện về mặt thính lực. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Quảnh Thành Nam (2023) cho thấy PTA sau mổ là $23,72 \pm 8,51$ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với $35,35 \pm 9,52$ dB. [8] Hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Diễm Trinh (2023) thì giá trị PTA trung bình là $29,20 \pm 8,10$ dB cải thiện hơn so với trước PT $40,73 \pm 14,15$ dB. ABG trung bình $14 \pm 5,57$ dB thấp hơn so với trước PT $20,70 \pm 7,86$ dB [12].

Đánh giá về mức độ hồi phục có 10,2% có kết quả khá; 55,1% có hiệu quả hồi phục trung bình; 34,7% không thay đổi và không có ca nào thất bại về mặt thính lực. Khi so sánh về mức độ hồi phục thính lực giữa các kỹ thuật và nhĩ chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt nào giữa các nhóm kỹ thuật này. Điều này có thể do các ca bệnh đều được lựa chọn đúng chỉ định nên trước mổ đa phần bệnh nhân không nghe kém hoặc nghe kém ít, trung bình của PTA đường khí trước mổ là $28 \pm 16,2$ dB tương ứng với nghe kém nhẹ; do đó sự phục hồi thính lực sau mổ là có nhưng không quá lớn, vì vậy nếu theo mức độ đánh giá thì những trường hợp hồi phục tốt nhất cũng chỉ ở mức khá. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Bao (2022) cho thấy sự hồi phục thính lực ở nhóm kỹ thuật under-over (10 dB) tốt hơn so với nhóm kỹ thuật underlay (6 dB), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Theo tác giả Trần Văn Khen (2021) nghiên cứu trên 42 bệnh nhân và nhĩ nội soi bằng kỹ thuật underlay cho thấy chủ yếu bệnh nhân có mức độ hồi phục thính lực ở mức độ khá (97,5%) [16].

Khi so sánh trung bình giá trị ABG ở từng tần số trước và sau mổ chúng tôi nhận thấy sau mổ giá trị ABG thấp hơn so với trước mổ, đặc biệt sự khác biệt

ở các tần số 500 Hz; 1000 Hz nhiều hơn so với các tần số 2000 Hz và 4000 Hz. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Huy (2023) cho thấy sự cải thiện nhiều nhất ở tần số 1000 Hz và ít nhất ở tần số 2000 Hz [4].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả 49 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính cho thấy đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đối điển hình, với đa số có niêm mạc hòm nhĩ ổn định và mức độ nghe kém chủ yếu từ nhẹ đến vừa. Phẫu thuật vá nhĩ đường trong ống tai mang lại kết quả giải phẫu rất khả quan với tỷ lệ liền kín màng nhĩ 100% sau 3 tháng và cải thiện thính lực ở phần lớn bệnh nhân. Kết quả cho thấy phương pháp này an toàn, hiệu quả và đáp ứng tốt mục tiêu phục hồi giải phẫu và chức năng trong điều trị viêm tai giữa mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sirota SB, Doxey MC, Dominguez R-MV, et al. Global, regional, and national burden of upper respiratory infections and otitis media, 1990-2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Infectious Diseases*. 2025;25(1):36-51. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00430-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00430-4)
2. World Health Organization. Chronic suppurative otitis media: burden of illness and management options. Geneva: World Health Organization; 2004. <https://iris.who.int/handle/10665/42941>
3. Dương HNV, Huỳnh T, et al. Đánh giá kết quả chỉnh hình màng nhĩ bằng sụn tự thân trong điều trị viêm tai giữa mạn bằng phẫu thuật nội

- soi tại Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2017;(8):115.
4. Nguyễn HH, Nguyễn TT, Nguyễn TH, Đinh TH. Kết quả phẫu thuật vá nhĩ underlay đường ống tai. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 2023;68(60):77-81. DOI: 10.60137/tmhvn.v68i60.32
 5. Lynch A, See M, Chang AJ. Endoscopic myringoplasty, a retrospective cohort study. *Australian Journal of Otolaryngology*. 2021;4(March 2021). <http://dx.doi.org/10.21037>.
 6. Mattioli F, Fermi M, Molinari G, et al. Myringoplasty. In: Bonali M, Presutti L, Marchioni D, eds. *Comparative Atlas of Endoscopic Ear Surgery: Training Techniques Based on an Ovine Model*. Cham: Springer International Publishing; 2021:113-155. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47005-0_6.
 7. Phong NT. Phẫu thuật nội soi chức năng tai. *Nhà xuất bản Y học*; 2009.
 8. Quán TN, Nghiêm ĐT, Nguyễn PL. Một số đặc điểm viêm tai giữa mạn tính ổn định và kết quả ptns vá nhĩ đơn thuần bằng màng sụn bình tai tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2023;48(7):53-62. <https://doi.org/10.56535/jmpm.v48i7.386>
 9. Vân Anh PT. *Đánh giá kết quả tạo hình màng nhĩ đường ống tai*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
 10. Kuroda K, Kuroda T. Statistical Evaluation of 231 Ears That Received Tympanic Membrane Perforation Closure Using Carbon Dioxide Laser and Collagen Sponge. *Int J Pharm Res Allied Sci*. 2024;07(01):1-8. DOI: 10.1055/s-0043-1778676.

11. Trần HPT, Nguyễn TV, Dương HN. 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*. 2023;(43):125-133. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/1090>
12. Nguyễn TDT, Dương HN, Trang HH. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần bằng mảnh ghép hỗn hợp trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ tại bệnh viện tai mũi họng cần thơ và bệnh viện trường đại học y dược cần thơ năm 2021-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;(66):84-91. DOI: 10.58490/ctump.2023i66.1142
13. Baklaci D, Guler I, Kuzucu I, Kum RO, Ozcan M. Type 1 tympanoplasty in pediatric patients: a review of 102 cases. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):345. DOI: 10.1186/s12887-018-1326-1
14. ElnahalKB, HassanMA, MaaroufAM. Comparison of endoscope-assisted and microscope-assisted type I tympanoplasty; a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2023;281(5):2243-2252. doi: 10.1007/s00405-023-08305-1.
15. Crotty TJ, Cleere EF, Keogh IJ. Endoscopic Versus Microscopic Type-1 Tympanoplasty: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Laryngoscope*. 2023;133(7):1550-1557. doi: 10.1002/lary.30479
16. Trần Văn Khen. Phẫu thuật vá nhĩ nội soi bằng kỹ thuật underlay không vật cứng tại BVĐK tỉnh Khánh Hòa. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 2025;70(70):72-78. <https://doi.org/10.60137/tmh.vn.v70i70.230>.