

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM TAI GIỮA MÀNG NHỖ ĐÓNG KÍN VÀ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGHE SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI

Phạm Thanh Thế^{1*}, Lê Hoàng Phúc¹, Hồ Lê Hoài Nhân²

¹*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

²*Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*

TÓM TẮT

Viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín là bệnh lý tiến triển âm thầm, có thể gây tổn thương chuỗi xương con, suy giảm thính lực và nhiều biến chứng nghiêm trọng. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá giá trị của phát hiện, can thiệp sớm tổn thương xương con ở bệnh nhân viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có tổn thương xương con và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tạo hình tai giữa qua đường xuyên ống tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ giai đoạn 2024–2026. Các đặc điểm lâm sàng, nội soi, thính lực đồ, nhĩ lượng đồ, tổn thương xương con và kết quả thính lực sau phẫu thuật được phân tích. Nghe kém và ù tai là các triệu chứng thường gặp nhất, với tỷ lệ lần lượt 100% và 90,9%. Xẹp nhĩ toàn bộ là hình ảnh nội soi chủ yếu (63,6%). Tổn thương xương con gồm xơ dính gây cố định chuỗi xương con (57,6%) và gián đoạn chuỗi xương con (42,4%), chủ yếu do hủy xương đe đơn thuần hoặc phối hợp đe–đạp. Sau phẫu thuật, khoảng cách khí–xương (ABG) cải thiện trung bình $15,2 \pm 5,5$ dB và ngưỡng nghe trung bình (PTA) cải thiện $17,0 \pm 4,7$ dB; sự khác biệt trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ đạt ABG ≤ 20 dB sau phẫu thuật là 87,9%. Nội soi tai kết hợp thính lực đồ và nhĩ lượng đồ có giá trị trong phát hiện sớm tổn thương xương con ở bệnh nhân viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Can thiệp phẫu thuật kịp thời giúp phục hồi sức nghe hiệu quả, góp phần dự phòng suy giảm thính lực và hạn chế biến chứng của bệnh.

Từ khoá: Viêm tai giữa; màng nhĩ đóng kín; tổn thương xương con; tạo hình tai giữa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín là bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng. Bệnh do quá trình viêm diễn tiến tiềm tàng bên trong một màng nhĩ đóng kín [1]. Bệnh có xu hướng tiến triển âm thầm nhưng có thể dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng như cholesteatoma, tổn thương chuỗi xương con và suy giảm thính lực kéo dài. Suy giảm thính lực không chỉ ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống, hiệu quả học tập và lao động của người bệnh [2]. Trong quá trình tiến

triển của bệnh, tổn thương chuỗi xương con là một trong những nguyên nhân quan trọng gây giảm dẫn truyền âm thanh. Tuy nhiên, các tổn thương này thường khó được phát hiện ở giai đoạn sớm do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và diễn tiến kéo dài. Việc nhận diện sớm các dấu hiệu nội soi và thăm dò chức năng tai có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng suy giảm thính lực và ngăn ngừa các biến chứng của viêm tai giữa mạn tính [3].

Phẫu thuật điều trị viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có tổn thương xương con không chỉ

*Tác giả: Phạm Thanh Thế

Địa chỉ: Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Điện thoại: 0834 025 888

Email: phtthe@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/05/2026

Ngày phản biện: 06/06/2026

Ngày đăng bài: 15/07/2026

đơn thuần là khôi phục hệ thống truyền âm tai giữa, mà còn lấy lại khoảng trống hòm nhĩ, chức năng vòi nhĩ, đôi khi cần phải tạo hình lại thượng nhĩ. Phẫu thuật nội soi tạo hình tai giữa qua đường xuyên ống tai giải quyết được các vấn đề đặt ra ở trên và phương pháp này còn có nhiều ưu điểm: kiểm soát được các ngách ẩn náu bệnh tích, hạn chế tối đa tổn thương xương con, có thể tiếp cận vùng mổ dễ dàng mà vẫn giữ ống tai nguyên vẹn. Tuy nhiên, bệnh viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có rất nhiều hình thái lâm sàng và có sự khác biệt trong việc tạo hình tai giữa ở các hình thái lâm sàng khác nhau. Điều này đòi hỏi phẫu thuật viên phải tùy biến, cân đo cho phù hợp với từng hình thái lâm sàng để ngăn chặn sự tiến triển và cải thiện tối đa sức nghe cho bệnh nhân.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín và kết quả phục hồi chức năng nghe sau phẫu thuật nội soi, qua đó cung cấp cơ sở cho việc phát hiện sớm và dự phòng các hậu quả do bệnh gây ra. Đề tài được thực hiện với 2 mục tiêu cụ thể sau: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và thăm dò chức năng tai của các bệnh nhân bị viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có tổn thương xương con tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2026. 2) Đánh giá hiệu quả can thiệp phẫu thuật trong phục hồi chức năng nghe và phân tích ý nghĩa của việc phát hiện sớm tổn thương xương con nhằm dự phòng suy giảm thính lực tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2026.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Trường

Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2024 đến tháng 05/2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa màng nhĩ không thủng với các tiêu chuẩn:

+ Lâm sàng: Nghe kém, ù tai, đau tai.

+ Nội soi tai:

Màng nhĩ xẹp khu trú hoặc toàn bộ;

Ứ dịch hòm nhĩ;

Động biểu bì ở đáy túi co lõm;

Màng nhĩ dày đục, xơ hóa.

+ Thăm dò chức năng tai:

Nhĩ lượng đồ: Định lệch âm hoặc đỉnh thấp, không đỉnh;

Thính lực đồ: Nghe kém dẫn truyền hoặc nghe kém hỗn hợp thiên dẫn truyền với $ABG \geq 30\text{dB}$.

+ Có phim chụp CLVT xương thái dương hai tư thế coronal và axial đối với các trường hợp nghi ngờ Cholesteatoma, viêm tai dính, xẹp nhĩ khu trú không kiểm soát được đáy túi lõm trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật.

+ Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường xuyên ống tai.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh gây nghe kém, bệnh nhân đã phẫu thuật tiết căn xương chũm.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ 04/2024 – 05/2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Tiễn cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = \left(\frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})\sigma_d}{\Delta} \right)^2$$

Trong đó: $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,20$ (power = 80%); σ_d là độ lệch chuẩn của hiệu số ABG trước và sau phẫu thuật theo nghiên cứu của Iannella và cộng sự (2024) [4]. Δ là mức cải thiện ABG tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng là 10 dB. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là khoảng 30 bệnh nhân. Thực tế nghiên cứu thu nhận 33 bệnh nhân

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện không xác suất: chọn tất cả bệnh nhân đúng tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2024 đến tháng 05/2026.

2.6. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng (nghe kém, ù tai, đau tai, chảy dịch tai) và hình ảnh nội soi (xẹp nhĩ khu trú, xẹp nhĩ toàn bộ, ứ dịch hòm nhĩ, màng nhĩ dày đục – xơ hóa, động biểu bì). Phân loại mức độ xẹp nhĩ toàn bộ theo Sade và phân loại xẹp nhĩ khu trú màng chùng theo Tos và Poulsen [5].

Cận lâm sàng: Thính lực đồ (phân loại và đánh giá mức độ nghe kém, khoảng cách khí xương), nhĩ lượng đồ (phân loại hình thái nhĩ lượng và tổn thương phối hợp)

Đặc điểm tổn thương xương con: Loại tổn thương xương con (cố định, gián đoạn), xương con bị tổn thương (xương đe, xương đe và xương bàn đạp)

Kết quả phẫu thuật: Đánh giá thính lực đồ sau phẫu thuật 3 tháng (sự cải thiện khoảng cách khí xương, sự cải thiện ngưỡng nghe trung bình)

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Đặt ống thông khí qua màng nhĩ.

Tạo vạt da ống tai – màng nhĩ bằng đường rạch hình quả đào ôm trọn thượng nhĩ cho đến sụn ống tai.

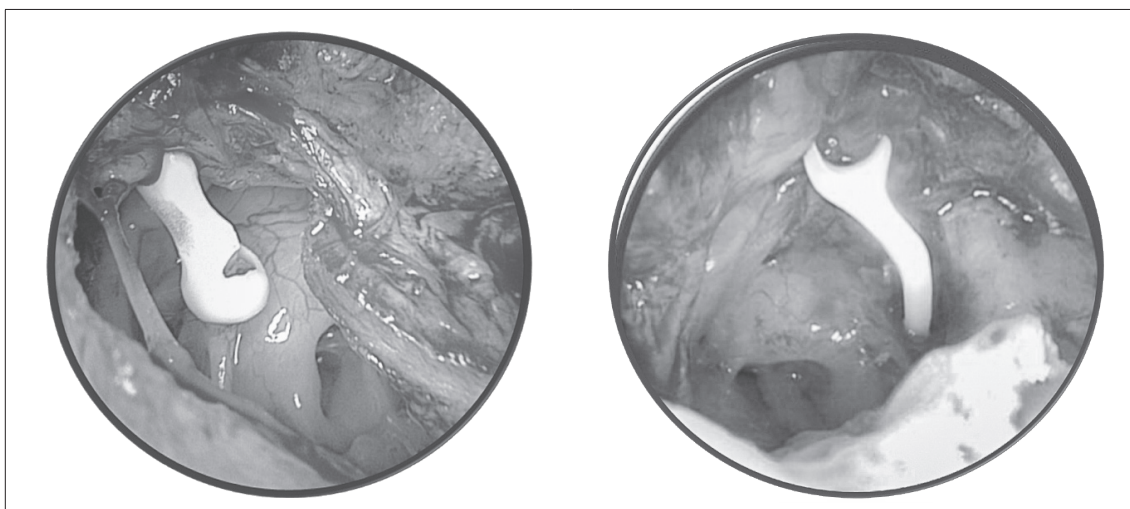
Bóc tách vạt da ống tai – màng nhĩ bằng bông tẩm adrenalin 1/1000, nhằm bảo tồn vạt da và giúp cầm máu trong quá trình bóc tách.

Mở khuyết thượng nhĩ bằng curret hoặc khoan điện cho đến khi thấy được đáy túi co lỗm.

Bóc tách toàn bộ túi co lỗm, gỡ bỏ các xơ dính xung quanh xương con cho đến khi eo nhĩ thông thoáng.

Kiểm tra chuỗi xương con xem còn liên tục và di động tốt hay không. Trong trường hợp chuỗi xương con gián đoạn, tùy thuộc vào hình thái tổn thương để chọn lựa phương pháp tạo hình.

Gia cố lại màng nhĩ bằng màng sụn nắp bình tai và tạo hình thượng nhĩ bằng sụn nắp bình tai.



Hình 1. Tạo hình xương con trong trường hợp mất xương đe và mất đe - đập

2.8. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được phân tích bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định trung bình hai nhóm độc lập bằng kiểm định t. Kiểm định trung bình một nhóm tại hai thời điểm bằng kiểm định t ghép gập.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Số phiếu chấp thuận: 24.004.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu ghi nhận 33 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là 38 tuổi (độ tuổi nhỏ nhất là 5 tuổi, độ tuổi lớn nhất là 68 tuổi), trong đó tỷ lệ nam/nữ là 16/17 và tỷ lệ tai phải/tai trái là 23/10.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng (n = 33)

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nghe kém	33	100
Ù tai	30	90,9
Đau tai	4	12,1
Chảy dịch tai	4	12,1

Qua nghiên cứu ghi nhận, nghe kém và ù tai là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 100% và 90,9%.

Hình ảnh nội soi

Bảng 2. Đặc điểm nội soi (n = 33)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xẹp nhĩ toàn bộ	21	63,6
Xẹp nhĩ khu trú	8	24,2
Ứ dịch hòm nhĩ	7	21,2
Màng nhĩ dày đục, xơ hóa	4	12,1
Động biểu bì	4	12,1

Xẹp nhĩ toàn bộ là hình ảnh nội soi thường gặp nhất (63,6%). Trong đó, độ 3 chiếm 23,8% (5 trường hợp) và độ 4 chiếm 76,2% (16 trường hợp).

Thính lực đơn âm trước phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm thính lực (n = 33)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Loại nghe kém	Dẫn truyền	24	72,7
	Hỗn hợp	9	27,3
Mức độ nghe kém	Độ 1	18	54,5
	Độ 2	11	33,3
	Độ 3	4	12,1
Khoảng cách khí – xương (ABG)	30 - < 40 dB	28	84,8
	≥ 40 dB	5	15,2

Phần lớn bệnh nhân có thính lực nghe kém dẫn truyền (73,7%), mức độ nghe kém chủ yếu là độ 1 và độ 2 (87,8%), khoảng cách khí – xương 30 - < 40dB chiếm 84,8%.

Nhĩ lượng đồ

Bảng 4. Đặc điểm nhĩ lượng đồ (n = 33)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hình thái nhĩ lượng đồ (n = 33)	Hoàn hảo nhĩ lượng	30	90,9
	Tung đồ nhĩ lượng	3	9,1
Các hình thái tổn thương phối hợp (n = 33)	Sơ cấp	6	18,2
	Thứ cấp	3	9,1
	Tam cấp	24	72,7

Hình thái hoành đồ nhĩ lượng thường gặp nhất (90,9%). Trong đó: dạng dẹt có 23 trường hợp (76,7%), đỉnh lệch âm có 4 trường hợp (13,7%), đỉnh tù có 3 trường hợp (10%).

Đặc điểm tổn thương xương con

Tổn thương dạng xơ dính là 19 trường hợp (57,6%), gián đoạn xương con có 14 trường hợp (42,4%). Trong đó, có 8 trường hợp hủy xương đe đơn thuần và 6 trường hợp hủy cả xương đe và xương bàn đạp. Có 16/19 trường hợp (84,2%) xơ dính có tổn thương hủy một phần ngành xuống xương đe.

Bảng 5. Thính lực đơn âm theo dạng tổn thương xương con (n = 33)

	Gián đoạn (n = 14)	Xơ dính (n = 19)	p
Khoảng cách khí – xương (ABG) (dB)	35,4 ± 7,5	30,5 ± 2,2	0,004
Ngưỡng nghe trung bình (PTA) (dB)	48,8 ± 12,2	43,2 ± 11,7	0,179

Qua nghiên cứu ghi nhận, khoảng cách khí – xương (ABG) và ngưỡng nghe trung bình (PTA) ở nhóm gián đoạn lớn hơn nhóm xơ dính. Sự khác biệt khoảng cách khí – xương

giữa nhóm gián đoạn và nhóm xơ dính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 6. Thính lực đơn âm trước và sau điều trị (n = 33)

Giá trị trung bình	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Mức độ cải thiện	p
ABG (dB)	32,3 ± 5,5	17,1 ± 4,7	15,2 ± 5,5	< 0,05
PTA (dB)	45,8 ± 11,9	28,8 ± 12,5	17,0 ± 4,7	< 0,05

Sau phẫu thuật 3 tháng, khoảng cách khí – xương (ABG) thu hẹp được $15,2 \pm 5,5$ dB và ngưỡng nghe trung bình (PTA) cải thiện $17,0 \pm 4,7$ dB. Sự khác biệt ABG và PTA trước và sau

phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Có 29 trường hợp (87,9%) đạt mức $ABG \leq 20$ dB. Trung bình sức nghe cải thiện là 37,1%.

Bảng 7. Mức độ cải thiện thính lực theo kiểu tạo hình tai giữa (n = 33)

Mức độ cải thiện	Gỡ dính + OTK (n = 5)	Gỡ dính + OTK + đệm sụn ± THTN (n = 14)	CHXC ± THTN (n = 14)	p
ABG (dB)	11,0 ± 5,5	14,3 ± 4,7	17,5 ± 5,5	0,052
PTA (dB)	12,0 ± 3,8	18,3 ± 4,5	17,4 ± 4,7	0,028

Mức độ thu hẹp ABG cao nhất ở nhóm CHXC ± THTN (chỉnh hình xương con có hoặc không kèm theo tạo hình thượng nhĩ) và

thấp nhất ở nhóm Gỡ dính + OTK (gỡ dính và đặt ống thông khí màng nhĩ). Tuy nhiên, mức độ thu hẹp ABG không có sự khác biệt rõ ràng

giữa các kiểu tạo hình tai giữa. Mức độ cải thiện PTA cao nhất ở nhóm Gỡ dính + OTK + đệm sụn ± THTN (Gỡ dính, đặt ống thông khí màng nhĩ, đệm sụn vào hòm nhĩ, có hoặc không kèm theo tạo hình thượng nhĩ).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng cơ năng: Nghe kém và ù tai là hai triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 100% và 90,9%, tương tự với nghiên cứu của Lương Hồng Châu [6], Vương Trương Chí Sinh [7]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân có tổn thương chuỗi xương con nên tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng nghe kém. Triệu chứng đau tai và chảy dịch tai ít gặp với tỉ lệ đều là 12,1%. Bệnh nhân đau tai không phải đau nhức thực sự, mà là cảm giác căng tức, khó chịu ở tai. Triệu chứng chảy dịch tai gặp ở các trường hợp ứ đọng biểu bì.

Đặc điểm nội soi: Hình ảnh nội soi thường gặp nhất là xẹp nhĩ toàn bộ (63,6%), trong đó đa số là xẹp nhĩ độ 4 (76,2%). Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có tổn thương xương con, khi đã tổn thương xương con thì thời gian bệnh kéo dài, giai đoạn muộn, mức độ nặng nên xẹp nhĩ chỉ ghi nhận độ 3 và độ 4, mà đa số là độ 4. Một bệnh nhân có thể có nhiều đặc điểm nội soi: ứ dịch hòm nhĩ và xẹp nhĩ, màng nhĩ dày đục – xơ hóa và xẹp nhĩ, xẹp nhĩ toàn bộ/xẹp nhĩ khu trú và ứ đọng biểu bì. Hình ảnh nội soi chính là hình thái lâm sàng của bệnh lý viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín: viêm tai giữa ứ dịch, viêm tai giữa xẹp nhĩ (xẹp nhĩ toàn bộ, xẹp nhĩ khu trú màng căng, xẹp nhĩ khu trú màng chùng – trước đây thường gọi là túi co lõm thượng nhĩ), xơ nhĩ. Ngoài xác định hình thái lâm sàng, nội soi còn giúp ích trong việc chẩn đoán tổn thương xương con. Các trường hợp xẹp nhĩ, chúng ta có thể đánh giá được tổn thương gián đoạn xương con xuyên qua một màng nhĩ mỏng [3]. Tuy nhiên, đối với hình thái lâm sàng xơ nhĩ, màng

nhĩ dày đục và xơ hóa, vôi hóa trên màng nhĩ thì việc đánh giá hòm nhĩ và chuỗi xương con là điều không thể. Khi đó, chúng ta cần phối hợp thêm thính lực, nhĩ lượng và chụp cắt lớp vi tính mới có thể tiên lượng bệnh nhân có tổn thương xương con hay không, thậm chí cần phải mổ hòm nhĩ kiểm tra.

Mức độ nghe kém: Nghe kém dẫn truyền chiếm đa số (72,7%), tương tự với nghiên cứu của Vương Trương Chí Sinh (71,7%) [7]. Mức độ nghe kém chủ yếu là độ 1 và độ 2 (87,8%). Mặc dù có tổn thương chuỗi xương con, nhưng đa số các trường hợp không nghe kém mức độ nặng, bởi vì màng nhĩ dính vào chỏm xương bàn đạp do vậy rung động chuyển vào tai trong thường không bị gián đoạn mà chỉ bị hạn chế. Trên lâm sàng, $ABG \geq 30\text{dB}$ là mức nghi ngờ có tổn thương chuỗi xương con và $ABG \geq 40\text{dB}$ là mức xác định có tổn thương chuỗi xương con. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 84,8% bệnh nhân mức $ABG 30 < 40\text{dB}$ và trung bình ABG ở nhóm gián đoạn xương con là $35,4 \pm 7,5\text{dB}$. Trong khi phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận, tổn thương gián đoạn xương con trong bệnh lý viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín không phải đứt rời hai đầu của chuỗi xương con, mà đa số nối với nhau bởi mô xơ hình thành khớp giả mà vị trí thường gặp là ngành xuống xương đe và chỏm xương bàn đạp. Các kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân chỉ được phát hiện khi đã xuất hiện nghe kém và tổn thương chuỗi xương con. Điều này phản ánh tính chất tiến triển âm thầm của bệnh lý viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Trong nghiên cứu, xẹp nhĩ toàn bộ chiếm 63,6%, trong khi tổn thương xương con đã xuất hiện ở tất cả các trường hợp được chỉ định phẫu thuật. Kết quả này cho thấy nhu cầu tăng cường phát hiện sớm thông qua nội soi tai và đánh giá thính lực định kỳ đối với các trường hợp viêm tai giữa mạn tính không thủng màng nhĩ. Việc phát hiện và can thiệp kịp thời có thể góp phần hạn chế quá trình hủy xương con, giảm nguy cơ suy giảm thính lực kéo dài và ngăn ngừa các biến chứng tai giữa nguy hiểm.

Nhĩ lượng đồ: Hầu hết các trường hợp có hình thái hoành đồ nhĩ lượng (90,9%) tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Phong (83%) [8] và chúng tôi ghi nhận 76,7% nhĩ đồ dạng dẹt. Điều này cho thấy, viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín là bệnh lý tiến triển, cùng với sự thay đổi về phía áp lực âm thì đỉnh nhĩ lượng cũng hạ thấp dần (do giảm sự rung động của chuỗi xương con), cuối cùng trở thành dạng dẹt hay hạng phẳng. Trong khi đó, tung đồ nhĩ lượng ít gặp (9,1%), chúng tôi ghi nhận nhĩ lượng dạng này ở 3 trường hợp xơ nhĩ. Nhĩ đồ biến thiên dạng tam cấp chiếm đa số (72,7%), cho thấy đa số bệnh nhân có tổn thương phối hợp: tắc vòi, dịch hòm nhĩ, áp lực âm trong hòm nhĩ. Từ góc độ y học dự phòng, nội soi tai kết hợp thính lực đồ và nhĩ lượng đồ có thể được xem là các công cụ hữu ích trong sàng lọc và theo dõi tiến triển bệnh, đặc biệt ở những bệnh nhân có biểu hiện xẹp nhĩ hoặc rối loạn chức năng vòi nhĩ kéo dài.

Đặc điểm tổn thương xương con: Tổn thương gián đoạn xương con chiếm 42,4%, trong đó hủy xương đe đơn thuần (57,1%) và hủy cả xương đe và xương bàn đạp gây gián đoạn khớp đe – đạp (42,9%). Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Thế ghi nhận tổn thương gián đoạn xương con chủ yếu là tổn thương xương đe đơn thuần và gián đoạn đe – đạp (90%) [3]. Các bệnh nhân tổn thương xương con dạng xơ dính, có 84,2% trường hợp hủy một phần ngành xuống xương đe. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Vũ Khiêu và Nguyễn Thị Tố Uyên ghi nhận tổn thương ăn mòn ngành xuống xương đe là hình thái tổn thương xương con thường gặp nhất (95,7%) [9]. Do ngành xuống xương đe được nuôi dưỡng bởi các mạch máu nhỏ chạy dọc theo ngành xuống xương đe, quá trình viêm mạn tính gây phù nề niêm mạc dẫn đến thiếu máu nuôi [1], giai đoạn đầu xương đe bị hủy một phần, sau đó sự hủy xương lan đến chỏm xương bàn đạp, cuối cùng gây gián đoạn xương đe hoặc gián đoạn đe – đạp.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Sự phục hồi sức nghe sau phẫu thuật được đánh giá bằng mức độ cải thiện khoảng cách khí – xương (ABG). Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình ABG thu hồi được là $15,2 \pm 5,5$ dB. Sự khác biệt về ABG và PTA trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, sức nghe phục hồi chỉ 37,1%, thấp hơn mong đợi của phương pháp tạo hình tai giữa trong bệnh lý viêm tai giữa mạn có tổn thương xương con. Vì ngoài việc phục hồi hệ thống truyền âm tai giữa, các bệnh nhân viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín trong nghiên cứu của chúng tôi có thêm can thiệp khác tùy theo hình thái lâm sàng như: đặt sụn để tạo hình lại thượng nhĩ, đệm sụn hòm nhĩ khôi phục lại khoảng trống hòm nhĩ và đặt ống thông khí thay cho vòi nhĩ bị mất chức năng. Mức ABG ≤ 20 dB chiếm tỉ lệ 87,9%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Larem A. (83,6%) [10] và cao hơn nghiên cứu của Vương Trương Chí Sinh (63%) [7]. Mức ABG ≤ 20 dB được xem là tiêu chí thành công của phẫu thuật về mặt thính lực. Mức độ thu hẹp ABG cao nhất ở nhóm bệnh nhân chỉnh hình xương con có hoặc không kèm theo tạo hình thượng nhĩ do bệnh nhân tạo hình tai giữa bằng kiểu này đã có gián đoạn xương con dẫn đến ABG trước phẫu thuật cao hơn nên sau phẫu thuật thì thu hẹp được nhiều hơn. Mức độ thu hẹp ABG không có sự khác biệt rõ ràng giữa các kiểu tạo hình tai giữa. Tuy nhiên, Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, đây là nghiên cứu tiến cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng, không có nhóm chứng độc lập để so sánh, do đó chưa thể loại trừ hoàn toàn ảnh hưởng của các yếu tố khác ngoài can thiệp phẫu thuật đến kết quả phục hồi sức nghe. Thứ hai, nghiên cứu không thực hiện phân bố ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu, vì vậy có thể tồn tại sai số chọn mẫu và các yếu tố gây nhiễu chưa được kiểm soát. Thứ ba, việc đánh giá kết quả không thực hiện làm mù người bệnh hoặc người đánh giá, nên có thể phát sinh sai số quan sát. Ngoài ra, cỡ mẫu

còn tương đối nhỏ và được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại hai cơ sở điều trị, làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho quần thể bệnh nhân viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật mới dừng ở 3 tháng nên chưa đánh giá được hiệu quả lâu dài cũng như tỷ lệ tái phát hoặc diễn tiến của bệnh. Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và có nhóm chứng phù hợp để tăng độ tin cậy của bằng chứng.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương xương con trong bệnh lý viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có hai dạng: cố định do xơ dính và gián đoạn (do hủy xương đe đơn thuần hoặc phối hợp đe – đập). Nội soi tai kết hợp thính lực đồ và nhĩ lượng đồ có giá trị trong phát hiện sớm tổn thương xương con ở bệnh nhân viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Việc chẩn đoán và can thiệp kịp thời góp phần dự phòng suy giảm thính lực và hạn chế các biến chứng của bệnh. Phẫu thuật nội soi tạo hình tai giữa qua đường xuyên ống tai là phương pháp hiệu quả điều trị viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín có tổn thương xương con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Phong. Phẫu thuật nội soi chức năng tai. Nhà xuất bản Y Học. 2009; 7 - 71.
2. Phạm Thị Minh Tâm. Nghiên cứu những hình thái biến động của nhĩ đồ trong viêm tai màng nhĩ đóng kín. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009; 5 – 20.
3. Phạm Thanh Thế, Hồ Mạnh Phương, Hồ Lê Hoài Nhân. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi điều trị xẹp nhĩ giai đoạn 4. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 529 (1): 55 – 58.
4. Iannella G, Pace A, Greco. Endoscopic ear surgery in the treatment of chronic otitis media with atelectasis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2024; 281 (12): 6283 – 6291.
5. Rebol J. Otoscopy Findings. Springer International Publishing. 2022; 65 – 80.
6. Lương Hồng Châu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của xẹp nhĩ. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2010; 68 (3): 100 – 114.
7. Vương Trương Chí Sinh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh viêm tai giữa dính tại Bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ năm 2019-2020. Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
8. Nguyễn Tấn Phong. Nghiên cứu hình thái biến động nhĩ đồ trong bệnh viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Tạp chí Y học Thực hành. 2014; 903 (1): 21 – 23.
9. Vũ Khiêu, Nguyễn Thị Tố Uyên. Kết quả bước đầu của phẫu thuật viêm tai dính có chỉnh hình xương con bằng vật liệu tự thân. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2025; 7 (4): 58 – 65.
10. Larem A, Haidar H, Alsaadi A. Tympanoplasty in adhesive otitis media: A descriptive study”. Laryngoscope. 2016; 126 (12): 2804 – 2810.

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC OTITIS MEDIA WITH AN INTACT TYMPANIC MEMBRANE AND HEARING OUTCOMES AFTER ENDOSCOPIC SURGERY

Pham Thanh The¹, Le Hoang Phuc¹, Ho Le Hoai Nhan²

¹*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

²*Can Tho ENT Hospital*

Chronic otitis media with an intact tympanic membrane may progress silently, resulting in ossicular damage, persistent conductive hearing loss, and other serious complications. Early detection and timely intervention are essential to preserve hearing and prevent disease progression. This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics of ossicular lesions and evaluate the outcomes of transcanal endoscopic tympanoplasty. Interventional study without a control group was conducted on 33 patients with chronic otitis media with an intact tympanic membrane and ossicular damage who underwent transcanal endoscopic tympanoplasty between April 2024 and May 2026. Clinical manifestations, endoscopic findings, audiological assessments, ossicular status, and postoperative hearing outcomes were analyzed. Hearing loss and tinnitus were the most common symptoms, occurring in 100% and 90.9% of patients, respectively.

Total tympanic membrane retraction was the predominant endoscopic finding (63.6%). Ossicular lesions included adhesive fixation (57.6%) and ossicular discontinuity (42.4%), mainly involving isolated incus erosion or combined incus–stapes erosion. Three months after surgery, the mean air–bone gap (ABG) improved by 15.2 ± 5.5 dB, and the mean pure-tone average (PTA) improved by 17.0 ± 4.7 dB (both $p < 0.05$). An ABG ≤ 20 dB was achieved in 87.9% of patients. Endoscopic examination combined with audiometry and tympanometry is valuable for the early detection of ossicular damage in chronic otitis media with an intact tympanic membrane. Early diagnosis and timely surgical intervention may prevent long-term hearing impairment and disease progression. Transcanal endoscopic tympanoplasty may be an effective hearing restoration procedure for patients with ossicular damage.

Keywords: Otitis media; intact tympanic membrane; ossicular damage; tympanoplasty