

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI
MỞ THƯƠNG NHỖ ĐƯỜNG XUYÊN ỐNG TẠI ĐIỀU TRỊ
VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH TÚI CO LỖM THƯƠNG NHỖ
TẠI CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU NĂM 2025-2026**

Nguyễn Thành Đạt^{*}, Nguyễn Triều Việt², Trần Quốc Sử¹

1. Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: thanhdatvn_07@yahoo.com

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện: 29/4/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thương nhĩ là hậu quả của rối loạn thông khí tai giữa, có nguy cơ tiến triển gây ăn mòn xương con và hình thành cholesteatoma, do đó cần được đánh giá và can thiệp kịp thời. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thương nhĩ tại Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2025–2026. 2. Đánh giá kết quả ban đầu về khô tai và thính lực sau phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ đường xuyên ống tai tại Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2025-2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 23 bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2025-2026. Các kết quả đánh giá gồm đặc điểm bệnh tích, phương pháp phẫu thuật, thời gian khô tai và thay đổi thính lực qua đường khí, đường xương, khoảng cách khí - xương. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 43,17; nữ chiếm 56,5%. Triệu chứng thường gặp gồm nghe kém 87,0%, ù tai 73,9% và chảy tai 69,6%. Theo phân độ Vijayendra, độ III chiếm 60,9% và độ IV chiếm 39,1%. Cholesteatoma ghi nhận ở 43,5% trường hợp. Ba phương pháp can thiệp chính gồm mở thương nhĩ, tạo hình thương nhĩ và tiết căn xương chũm tối thiểu. Thời gian khô tai sau mổ trung bình 6,0 ± 2,5 tuần. Trong 11 trường hợp có đo thính lực sau mổ, ngưỡng nghe trung bình đường khí cải thiện từ 39,70 ± 12,02 dB xuống 27,75 ± 7,73 dB; khoảng cách khí - xương giảm từ 20,16 ± 10,37 dB xuống 11,05 ± 5,95 dB, $p < 0,01$. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ đường xuyên ống tai cho kết quả ban đầu khả quan về khô tai và cải thiện thính lực, đồng thời giúp đánh giá, xử lý tổn thương thương nhĩ dưới quan sát phóng đại.

Từ khóa: Túi co lõm thương nhĩ, nội soi tai, phẫu thuật nội soi tai đường xuyên ống tai.

ABSTRACT

**EVALUATING OUTCOMES OF TRANSCANAL ENDOSCOPIC
ATTICOTOMY FOR THE TREATMENT OF CHRONIC OTITIS MEDIA
WITH ATTIC RETRACTION POCKET IN CAN THO AND BAC LIEU
GENERAL HOSPITAL, 2025-2026**

Nguyen Thanh Dat^{*}, Nguyen Trieu Viet², Tran Quoc Su¹

1. Bac Lieu General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Chronic otitis media with an epitympanic retraction pocket is a consequence of impaired middle ear ventilation and may progress to ossicular erosion and cholesteatoma formation. Therefore, timely evaluation and surgical intervention are necessary. **Objectives:** 1. To

describe the clinical and paraclinical characteristics of chronic otitis media with epitympanic retraction pocket in Can Tho and Bac Lieu General Hospitals during 2025–2026. 2. To evaluate the initial outcomes in terms of dry ear status and hearing improvement after transcanal endoscopic atticotomy at these study sites during the same period. **Materials and methods:** A descriptive case series was conducted on 23 patients who underwent surgery at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, Can Tho Ear, Nose and Throat Hospital, and Bac Lieu General Hospital from 2025 to 2026. The evaluated outcomes included lesion characteristics, surgical techniques, time to dry ear, and hearing changes based on air conduction, bone conduction, and the air–bone gap. **Results:** The mean age was 43.17 years, and females accounted for 56.5% of cases. The most common symptoms were hearing loss (87.0%), tinnitus (73.9%), and otorrhea (69.6%). According to the Vijayendra classification, grade III accounted for 60.9% and grade IV for 39.1%. Cholesteatoma was identified in 43.5% of cases. Three main surgical techniques were performed: Atticotomy, attic reconstruction, and minimal mastoidectomy. The mean postoperative time to dry ear was 6.0 ± 2.5 weeks. Among 11 patients with postoperative audiometric assessment, the mean air-conduction hearing threshold improved from 39.70 ± 12.02 dB to 27.75 ± 7.73 dB, while the air–bone gap decreased from 20.16 ± 10.37 dB to 11.05 ± 5.95 dB ($p < 0.01$). **Conclusion:** Transcanal endoscopic atticotomy showed promising initial outcomes in achieving dry ear status and improving hearing. It also enabled effective evaluation and management of epitympanic lesions under magnified endoscopic visualization.

Keywords: Attic retraction pocket, endoscopic ear surgery, transcanal endoscopic ear surgery (TEES).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thượng nhĩ là hậu quả của rối loạn chức năng vòi nhĩ và áp lực âm tai giữa kéo dài, làm màng nhĩ co lõm bất thường vào hòm nhĩ, đặc biệt vùng thượng nhĩ. Tổn thương có thể tiến triển gây ăn mòn xương con, dính màng nhĩ, nhiễm trùng tái diễn và hình thành cholesteatoma [1], [2]. Việc đánh giá mức độ túi co lõm, khả năng quan sát đáy túi, tình trạng xương con và mức độ ăn mòn tường thượng nhĩ giúp định hướng chỉ định can thiệp và tiên lượng kết quả [3].

Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai được ứng dụng rộng rãi nhờ hình ảnh phóng đại, góc nhìn rộng và khả năng quan sát các góc ngách thượng nhĩ qua đường xuyên ống tai, hỗ trợ xử lý bệnh tích khu trú thượng nhĩ một cách ít xâm lấn [4], [5], [6]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thượng nhĩ tại Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa Bạc Liêu năm 2025-2026; 2. Đánh giá kết quả ban đầu (khô tai và thính lực) sau phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ đường xuyên ống tai tại Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa Bạc Liêu năm 2025-2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 23 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thượng nhĩ và được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu giai đoạn 2025-2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Được chẩn đoán xác định viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thượng nhĩ (độ III-IV theo Vijayendra-Mahajan [3]) và được phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ đường xuyên ống tai tại Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu giai đoạn 2025-2026. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp có tiền căn chấn thương hoặc phẫu thuật tai, có bệnh lý chít hẹp ống tai ngoài, xương chũm có dạng thông bào nhiều, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh lý nội khoa không thể gây mê, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca có can thiệp lâm sàng.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện được 23 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng (chảy tai, ù tai, nghe kém, đau tai, chóng mặt), triệu chứng thực thể (đánh giá đáy túi co lõm thượng nhĩ, mức độ ăn mòn thành thượng nhĩ và nghi ngờ cholesteatoma). Đánh giá hình ảnh chụp cắt lớp vi tính xương thái dương (tình trạng thông bào xương chũm) và đánh giá thính lực đồ.

+ Đặc điểm trong phẫu thuật: Mức độ tổn thương vùng thượng nhĩ, tổn thương xương con và phương pháp phẫu thuật.

+ Đánh giá thời gian khô tai, thính lực sau phẫu thuật 3 tháng.

- **Phương pháp thực hiện:** Phẫu thuật nội soi tai đường xuyên ống tai (TEES) được thực hiện dưới gây mê nội khí quản. Sau đánh giá nội soi, tiến hành mở thượng nhĩ, lấy sạch bệnh tích túi co lõm và hoặc cholesteatoma (nếu có), xử trí xương con theo tổn thương; tái tạo thượng nhĩ hoặc màng nhĩ bằng vật liệu sụn-màng sụn khi cần [7]. Trường hợp tổn thương lan rộng hoặc xương chũm kém thông bào có thể phối hợp khoét chũm tối thiểu nhằm kiểm soát bệnh tích và tạo tai khô [8]. Theo dõi hậu phẫu và tái khám định kỳ; đánh giá khô tai và thính lực sau mổ 3 tháng.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn bệnh nhân, thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu khi nhập viện điều trị và kết quả đo thính lực đồ sau 3 tháng.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm (%), biến định lượng được phân tích bằng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh trước-sau sử dụng kiểm định t-test cặp, chọn mức ý nghĩa $p < 0,05$. Các số liệu sau khi xử lý sẽ được trình bày dưới dạng các bảng, biểu đồ bằng phần mềm Excel 2016.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 25.093.HV/PCY-HĐĐĐ ngày 30/06/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	n/Giá trị	Tỷ lệ (%)
Cỡ mẫu (n)	23	
Tuổi trung bình (năm)	43,17	
Giới		
Nam	10	43,5
Nữ	13	56,5

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận 23 bệnh nhân với tuổi trung bình là 43,17 tuổi; trong đó nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam, lần lượt là 56,5% và 43,5%.

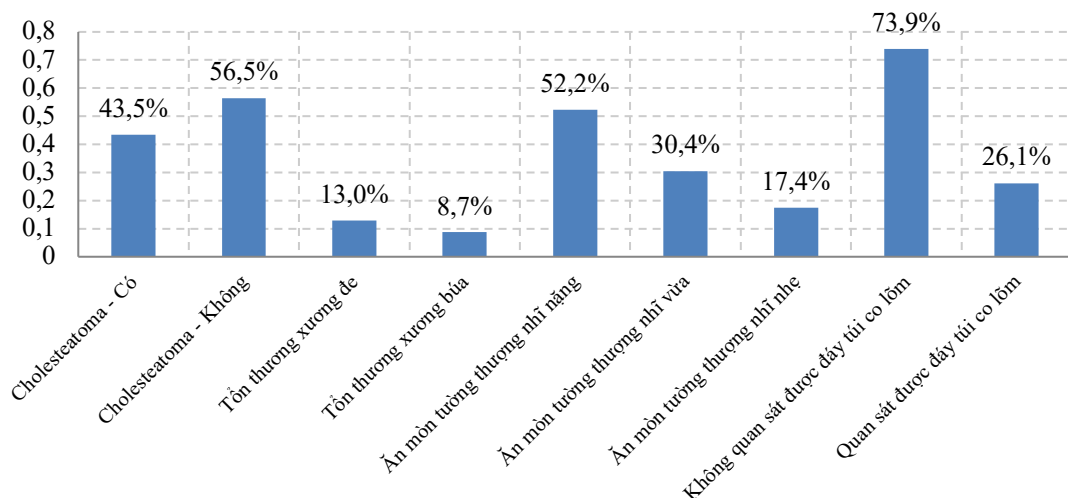
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng	n/Giá trị	Tỷ lệ (%)
Chảy tai	16	69,6
Nghe kém	20	87,0
Ù tai	17	73,9
Đau tai	7	30,4
Chóng mặt	0	0
Phân độ túi co lõm thượng nhĩ (Vijayendra)		
Độ III	14	60,9
Độ IV	9	39,1

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có nghe kém (87%) và ù tai (73,9%). Đau tai và chóng mặt là triệu chứng ít gặp hơn. Phân độ Vijayendra-Mahajan chủ yếu độ III-IV. Các biểu hiện và mức độ tổn thương thượng nhĩ được tổng hợp ở biểu đồ 2.

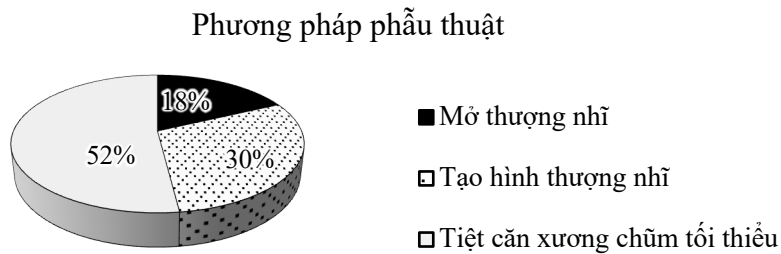
Các đặc điểm tổn thương thượng nhĩ



Biểu đồ 1. Đặc điểm tổn thương thượng nhĩ (n=23)

Nhận xét: Đa số trường hợp không quan sát được đáy túi co lõm (73,9%); ăn mòn tường thượng nhĩ nặng chiếm 52,2%. Cholesteatoma ghi nhận 43,5%; tổn thương xương đe 13,0% và xương búa 8,7%. Đặc điểm tổn thương xương chũm trên CT chủ yếu là xương chũm kém thông bào (93,8%), đặc ngà (3,1%).

3.3. Phương pháp phẫu thuật, kết quả thính lực và khoảng cách khí xương (ABG) sau mổ 3 tháng



Biểu đồ 2. Phân bố phương pháp phẫu thuật (n=23)

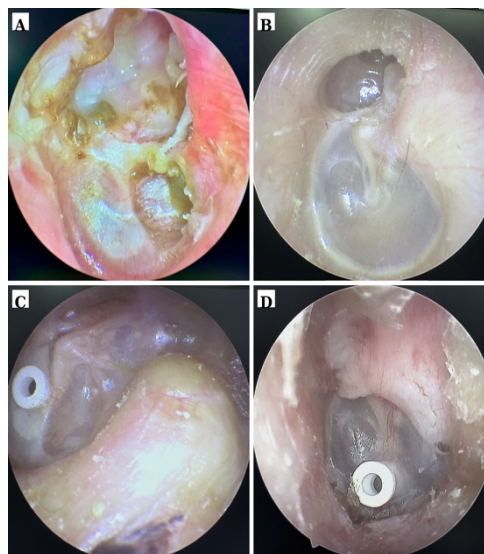
Nhận xét: Tiệt căn xương chũm tối thiểu là phương pháp thường dùng nhất (52%), tiếp theo là tạo hình thượng nhĩ (30%) và mỏ thượng nhĩ (17%).

Bảng 3. Thay đổi thính lực và ABG trước mổ và sau mổ 3 tháng

Chỉ số	Trước mổ (TB $\pm$ SD)	Sau mổ 3 tháng (TB $\pm$ SD)	p*
Ngưỡng nghe trung bình đường khí (dB HL)	39,70 $\pm$ 12,02	27,75 $\pm$ 7,73	0,001
Ngưỡng nghe trung bình đường xương (dB HL)	19,55 $\pm$ 7,61	16,70 $\pm$ 6,56	0,007
Air–bone gap (ABG) trung bình (dB)	20,16 $\pm$ 10,37	11,05 $\pm$ 5,95	0,002
Thời gian khô tai sau mổ (tuần)	6,0 $\pm$ 2,5 (3–12)		

*Kiểm định t-test cặp; $p < 0,05$

Nhận xét: Sau mổ 3 tháng, ngưỡng nghe đường khí và ABG cải thiện có ý nghĩa thống kê; ABG giảm từ 20,16 $\pm$ 10,37 dB xuống 11,05 $\pm$ 5,95 dB, $p = 0,002$. Thời gian khô tai trung bình 6,0 $\pm$ 2,5 tuần.



Hình 1. Hình nội soi tai trước mổ (A, B) và sau mổ 3 tháng (C, D)

(Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu)

Nhận xét: Trước mổ ghi nhận túi co lõm sâu kèm bệnh tích thượng nhĩ; sau mổ tai khô, màng nhĩ tái tạo ổn định, không thấy tích tụ biểu bì rõ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình 43,17 tuổi, cho thấy viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thượng nhĩ thường gặp ở nhóm trưởng thành, phù hợp với đặc điểm bệnh lý tiến triển âm thầm và kéo dài [1], [9]. Tỷ lệ nữ cao hơn nam trong nghiên cứu này nhưng khác biệt không lớn, chưa đủ cơ sở khẳng định xu hướng theo giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu ghi nhận các triệu chứng nổi bật là nghe kém (87,0%), ù tai (73,9%) và chảy tai (69,6%), phù hợp với bệnh cảnh rối loạn thông khí tai giữa kéo dài, viêm mạn tính và ảnh hưởng dẫn truyền âm [10]. Túi co lõm có thể diễn tiến âm thầm nhưng khi nặng có nguy cơ ăn mòn xương con và cholesteatoma [2], [11]. Tất cả trường hợp thuộc độ III-IV theo Vijayendra-Mahajan; phân loại này kết hợp khả năng quan sát đáy túi, mức độ ăn mòn tường thượng nhĩ, tình trạng xương con và cholesteatoma nên phù hợp để mô tả bệnh tích thượng nhĩ tiến triển [3].

Không quan sát được đáy túi co lõm chiếm 73,9% và ăn mòn tường thượng nhĩ nặng chiếm 52,2%, cho thấy phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn bệnh tích đã tiến triển. Tỷ lệ cholesteatoma là 43,5%, cao hơn nghiên cứu phân loại của Vijayendra và cộng sự (24% ở nhóm IIc và IVc), có thể do nghiên cứu hiện tại chỉ chọn bệnh nhân độ III-IV có chỉ định phẫu thuật [3]. Tổn thương xương đe chiếm 13,0% và xương búa 8,7%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thanh Thế và cs ở xẹp nhĩ giai đoạn IV; khác biệt này có thể do khác nhau về mức độ xẹp nhĩ và tiêu chuẩn chọn mẫu [9].

Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương có vai trò đánh giá tình trạng thông bào xương chũm, mức độ lan rộng bệnh tích, ăn mòn chuỗi xương con, tường thượng nhĩ và các mốc giải phẫu quan trọng trước phẫu thuật. Phạm Ngọc Hoàng Long ghi nhận CT giúp cung cấp thông tin về hệ thống thông bào xương chũm, ăn mòn xương con, vị trí màng cứng, xoang tĩnh mạch bên và tình trạng dây thần kinh mặt [1].

4.3. Phương pháp phẫu thuật và kết quả sau mổ

Phẫu thuật nội soi đường xuyên ống tai giúp quan sát phóng đại thượng nhĩ, eo nhĩ và các ngách khuất, hỗ trợ lấy bệnh tích qua đường mổ ít xâm lấn [4], [6]. Khi cần gia cố màng nhĩ hoặc tái tạo thượng nhĩ, sụn-màng sụn là vật liệu có giá trị trong các túi co lõm tiến triển [7]. Trong nghiên cứu này, tiết căn xương chũm tối thiểu được thực hiện nhiều nhất (52%), phù hợp với nhóm bệnh tích thượng nhĩ tiến triển và xương chũm kém thông bào. Phạm Kế Kiên và cộng sự ghi nhận phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn ở xương chũm đặc ngà/kém thông bào giúp cải thiện chảy tai và có thời gian khô tai trung bình $7 \pm 3,2$ tuần [8]; kết quả khô tai của chúng tôi là $6,0 \pm 2,5$ tuần. Tuy nhiên, theo Dispenza và cộng sự, khoét chũm không tạo lợi ích rõ rệt về cải thiện thính lực trong mọi trường hợp, do đó chỉ định nên cá thể hóa theo mức độ lan rộng bệnh tích, thông bào xương chũm và khả năng kiểm soát tổn thương [12]. Sau 3 tháng, ABG giảm từ $20,16 \pm 10,37$ dB xuống $11,05 \pm 5,95$ dB, tương đồng xu hướng cải thiện sau phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của Iannella và cộng sự [9].

Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, số trường hợp đo thính lực sau mổ còn hạn chế và thời gian theo dõi mới 3 tháng. Vì vậy, cần tiếp tục theo dõi dài hạn để đánh giá độ ổn định của màng nhĩ, tái lõm và tái phát cholesteatoma [12], [5].

V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa mạn tính túi co lõm thượng nhĩ độ III-IV thường biểu hiện nghe kém, ù tai và chảy tai; CT thường ghi nhận xương chũm đặc ngà, kém thông bào. Phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ đường xuyên ống tai cho kết quả ban đầu khả quan về tai khô và cải thiện thính lực sau 3 tháng. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn để đánh giá tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Ngọc Hoàng Long. Nghiên cứu về giải phẫu vùng eo nhĩ và ứng dụng trong điều trị viêm tai giữa mạn tính co lõm màng chũm. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022.
2. Bayoumy A.B., Veugen C.C.A.F.M., van der Veen E.L., Bok J.W.M., de Ru J.A., *et al.* Management of tympanic membrane retractions: A systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2022. 279, 723-737, doi: 10.1007/s00405-021-06719-3.
3. Vijayendra H., Mahajan N.H., Vijayendra V., Ramdass S. Attic retraction pockets: classification system. *The Laryngoscope*. 2019. 00, 1-6, doi: 10.1002/lary.28368.
4. Chung Thuy, Thai K.M., Huy L.K. Transcanal endoscopic ear surgery for attic retraction pockets. *ENT Updates*. 2021. 11(Suppl 1), 6, doi: 10.5152/entupdates.2021.001.
5. Honnurappa V., Mahajan N., Vijayendra V.K., Vassiliu S., Redleaf M. Management of attic retraction pockets. *Journal of Laryngology & Otology*. 2023. 137, 1272-1276, doi: 10.1017/S002221512300083X.
6. Iannella G., Pace A., Greco A., De Virgilio A., Croce E., *et al.* Endoscopic ear surgery in the treatment of chronic otitis media with atelectasis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2024. 281(12), 6283-6291, doi: 10.1007/s00405-024-08845-0.
7. Immordino A., Sireci F., Lorusso F., Martines F., Dispenza F. The role of cartilage-perichondrium tympanoplasty in the treatment of tympanic membrane retractions: systematic review of the literature. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2022. 26(3), e499-e504, doi: 10.1055/s-0042-1742349.
8. Phạm Kế Kiên, Phạm Thanh Thế, Hồ Lê Hoài Nhân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khoét chũm tiết căn điều trị viêm xương chũm mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021. 41, 183-189.
9. 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, doi: 10.51298/vmj.v529i1.6239.
10. Canali I., Rosito L.P.S., Longo V.D., da Costa S.S. Audiometric pattern in moderate and severe tympanic membrane retraction. *Otology & Neurotology*. 2021. 42(6), e716-e723, doi: 10.1097/MAO.0000000000003099.
11. Spinos D., Mallick S., Judd O. Management of retraction pockets: historic and novel approaches. *Journal of Laryngology & Otology*. 2022. 136(7), 582-587, doi: 10.1017/S0022215121004321.
12. Dispenza F., Mistretta A., Gullo F., Riggio F., Martines F. Surgical management of retraction pockets: does mastoidectomy have a role? *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2021. 25(1), e12-e17, doi: 10.1055/s-0040-1709196.