

0,45 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, giảm nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 15 ngày điều trị số đo góc của nghiệm pháp Lasegue tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị. Hiệu suất chênh lệch tăng độ Lasègue bên đau của nhóm nghiên cứu là $32 \pm 7,78$ (độ) cao hơn nhóm chứng là $27,71 \pm 6,1$ (độ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 15 ngày điều trị tầm vận động CSTL ở động tác duỗi tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$. Trong đó nhóm nghiên cứu có mức tăng từ $19,31 \pm 1,88$ lên $25,26 \pm 0,5$ nhiều hơn so với nhóm đối chứng từ $19,66 \pm 2,24$ lên $24,2 \pm 0,6$, sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nhóm nghiên cứu sau 15 ngày điều trị đạt tỷ lệ tốt 54,3%, khá 34,3%, có 8,5% trung bình và 2,9% không thay đổi hiệu quả điều trị. Nhóm đối chứng kết quả điều trị tốt chỉ có 45,7%, khá 40% và có 11,4% trung bình và 2,9% bệnh nhân điều trị không hiệu quả. Kết quả điều trị của 2 nhóm nghiên cứu có kết quả tương đồng nhau và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Có 2,9% bệnh nhân nhóm nghiên cứu bị đau tại chỗ sau điện xung, kéo dài dưới 10 phút sau đó tự hết mà không cần xử trí gì; 5,7% bệnh nhân mệt mỏi triệu chứng giảm dần và tự hết

sau 1 đến 3 ngày điều trị. Ngoài ra, không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào khác trên lâm sàng trong suốt quá trình nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bô Y tế** (2015). Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Khám Bệnh, Chữa Bệnh Chuyên Ngành Châm Cứu. Nhà Xuất Bản Y Học. Hà Nội.
2. **Lực Nguyễn Văn** (2016). Đánh Giá Hiệu Quả Của Xoa Bóp Bấm Huyệt Kết Hợp Bài Thuốc "Thần Thống Trục ứ Thang" Trong Điều Trị Đau Thần Kinh Hông Do Thoát vị Đĩa Đệm. Kỷ Yếu Hội Nghi Khoa Học Công Nghệ Tuổi Trẻ Các Trường Đại Học Cao Đẳng Y Dược Việt Nam, tr. 192-195.
3. **Lan Nguyễn Thị Ngọc** (2011). Đau Vùng Thắt Lưng và Đau Thần Kinh Toa. Bệnh Học Cơ Xương Khớp Nội Khoa, NXB Giáo Dục, tr. 154-160.
4. **Vân Trương Thị Mai** (2018). Đánh Giá Tác Dụng Của Xông Thuốc Kết Hợp Điện Châm và Kéo Giãn Cột Sống Điều Trị Đau Thần Kinh Hông do Thoát vị Đĩa Đệm, Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
5. **Abou – Elroos DA. et al** (2017). Prolonged Physiotherapy versus Early Surgical Intervention in Patients with Lumbar Disk Herniation: Short-Term Outcomes of Clinical Randomized Trial. Asian Spine J, 11(4), pp. 531-537.
6. **Gautschi OP, Hildebrandt G, Cadosch D** (2008). Acute Low Back Pain - Assessment and Management. Praxis, 97(2), pp. 58-68.
7. **Han KH, Cho KH, Han C. et al** (2022). The Effectiveness and Safety of Acupuncture Treatment on Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis. Complement Ther Med. 71. 102872.
8. **Ostelo RW** (2020). Physiotherapy management of sciatica. J Physiother, 66(2), pp. 83-88.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CT - SCANNER XƯƠNG THÁI DƯƠNG CẢI TIẾN TRONG BỆNH VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH CÓ TỔN THƯƠNG XƯƠNG CON TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Toàn Thắng¹, Nguyễn Thị Phụng¹,
Lê Thị Kim Dung¹, Nguyễn Tấn Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, thính lực và kết quả CT.Scanner xương thái dương cải tiến trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có tổn thương xương con. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính và được xác định có tổn thương xương con trong khi phẫu thuật. **Phương**

pháp nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh, thiết kế hồi cứu kết hợp với tiến cứu. **Kết quả:** Nhóm tuổi hay gặp viêm tai giữa mạn tính có tổn thương xương con là 36 đến 59 tuổi, nữ chiếm 51,1%, nam chiếm 48,9%. Lý do vào viện hay gặp nhất là nghe kém (86,7%), ù tai (55,6%), chảy dịch tai (42,2%). Lỗ thủng màng nhĩ thường gặp vị trí trung tâm, chiếm 58%. Tỷ lệ xác định được tổn thương xương con trên CT.Scanner xương thái dương cải tiến là 91,1%, tỷ lệ không xác định được tổn thương xương con là 8,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có lý do vào viện thường gặp là nghe kém, ù tai, chảy dịch tai. Chụp CT-Scanner xương thái dương cải tiến rất có giá trị chẩn đoán tổn thương xương con trong viêm tai giữa mạn tính.

Từ khóa: Viêm tai giữa mạn tính, màng nhĩ, tổn thương xương con, CT.Scanner

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

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyenthagent@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

SUMMARY**THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF IMPROVED CT - SCANNER IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA HAVE OSSICULAR CHAIN LESIONS**

Objectives: Describe the clinical characteristics, audiometry improved CT-Scanner results in patients with chronic otitis media have ossicular chain lesions. **Subjects:** The patient was diagnosed with chronic otitis media and was found to have ossicular chain damage during surgery. **Methods:** Descriptive study, retrospective design combined with prospective. **Results:** The most common age group with chronic otitis media with ossicular chain lesions is from 36 to 59 years old, 51.1% female, 48.9% male. The most common reasons for patients to be admitted to the hospital were hearing loss (86.7%), ear tumors (55.6%), running ears (42.2%). The most common location of tympanic membrane is the central, accounting for 58%. The rate of identifying ossicular chain lesions based on the improved CT-Scanner of the temporal bone is 91.1%. The rate of undetermined ossicular chain lesions is 8.9%. **Conclusions:** The patients with chronic otitis media have the common reasons for entering the hospital were hearing loss, tinnitus, and running ears. Advanced CT-Scanner for high accuracy in vision of chronic otitis media with ossicular chain lesions.

Keywords: Chronic otitis media, tympanic, ossicular chain lesions, CT-Scanner.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) là một tình trạng viêm dai dẳng của hòm nhĩ và sào bào, kéo dài trên 3 tháng [4],[3]. VTGMT có thể gây tổn thương màng nhĩ đơn thuần hoặc kết hợp với tổn thương xương con, nếu chỉ tổn thương màng nhĩ đơn thuần thính lực thường giảm ít, khi có TTXC thính lực giảm rất nhiều [4]. VTGMT có tổn thương xương con dẫn đến hậu quả làm suy giảm thính lực nặng, ảnh hưởng đến sự phát triển trí tuệ, sinh hoạt và học tập và khả năng lao động [5]. Chẩn đoán VTGMT có tổn thương xương con mang ý nghĩa hết sức quan trọng trong việc chuẩn bị và tiên lượng cho ca phẫu thuật. Chẩn đoán tổn thương xương con cần kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng, kết quả đo thính lực - nhĩ lượng và chụp CT-Scanner xương thái dương. Tại Thái Nguyên trong những năm gần đây, cùng với các xét nghiệm thường quy thì CT-Scanner xương thái dương cải tiến đã đem lại những kết quả bước đầu trong chẩn đoán VTGMT có tổn thương xương con. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có báo cáo về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, thính lực và kết quả CT-Scanner xương thái dương cải tiến trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có tổn thương xương con.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị VTGMT có tổn thương xương con tại Thái Nguyên.

*** Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân VTGMT có tổn thương xương con được kiểm chứng bằng phẫu thuật.
- Bệnh nhân có kết quả chụp CT. Scanner xương thái dương cải tiến.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân tham gia đầy đủ các bước của quá trình nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân VTGMT không tổn thương xương con
- Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn lựa chọn
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ cuộc

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2022

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả chùm ca bệnh.

Thiết kế hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 45 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị VTGMT có tổn thương xương con tại Thái Nguyên.

2.5. Các chỉ số, biến số nghiên cứu**2.5.1. Các chỉ số nghiên cứu**

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi.
- Phân bố bệnh nhân theo giới.
- Lý do vào viện.
- Vị trí lỗ thủng màng nhĩ.
- Tỷ lệ nghe kém dựa trên kết quả thính lực đồ đơn âm.

- Tỷ lệ tổn thương xương con trên CT - Scanner xương thái dương xương thái dương cải tiến.

2.5.2. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi: ≤ 18 tuổi; từ 19 - 35 tuổi; từ 36 - 59 tuổi; ≥ 60 tuổi.
- Giới tính: nam, nữ
- Lý do vào viện: chảy dịch tai, ù tai, nghe kém, chóng mặt, đau tai
- Vị trí lỗ thủng màng nhĩ: trước trên, trước dưới, sau trên, sau dưới, trung tâm, toàn bộ màng căng.
- Kết quả nghe kém trên kết quả thính lực

đồ đơn âm: bình thường, nghe kém dẫn truyền, nghe kém thể hỗn hợp thiên về dẫn truyền.

- Số lượng xương con tổn thương trên xương thái dương cải tiến: phát hiện 1 xương tổn thương, phát hiện 2 xương tổn thương, phát hiện 3 xương tổn thương.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu

* Thu thập và xử lý số liệu

- Thông tin bệnh nhân được thu thập dựa theo mẫu bệnh án

- Khám lâm sàng do các bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng thực hiện.

- Chụp CT-Scanner được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên

- Số liệu được nhập và được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu nhằm mục đích cải thiện, năng lực chẩn đoán, điều trị bệnh nhân.

- Các thông tin của người tham gia nghiên cứu được xử lý và công bố dưới hình thức số liệu, không nêu danh các bệnh nhân.

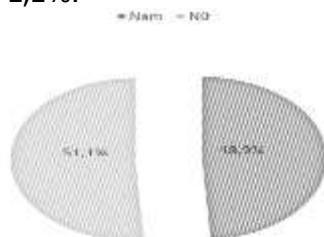
- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Phân bố tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤18	1	2,2
19-35	12	26,7
36-59	26	57,8
≥60	6	13,3
N	45	100
Tuổi trung bình	43,09 ± 13,7	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân VTGMT có tổn thương xương con là 43 ± 13,7 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 17 và nhiều tuổi nhất là 82 tuổi. Nhóm tuổi từ 36 - 59 tuổi gặp nhiều nhất với tỷ lệ 57,8%, sau đó là nhóm tuổi 19 - 35 tuổi chiếm 26,7%, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 13,3%, nhóm bệnh nhân dưới 18 tuổi chiếm 2,2%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Trong 45 bệnh nhân, có 23 bệnh nhân nữ chiếm 51,1% và 22 bệnh nhân nam

chiếm 48,9%.

Bảng 2. Phân bố lý do vào viện của bệnh nhân

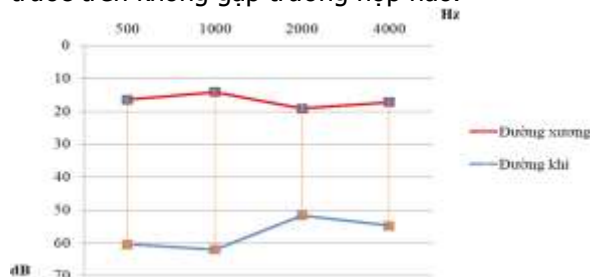
Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy dịch tai	19	42,2
Ù tai	26	57,8
Nghe kém	39	86,7
Chóng mặt	2	4,4
Đau tai	2	4,4

Nhận xét: Trên một bệnh nhân có thể gặp tất cả các triệu chứng trên, nhưng thường không xuất hiện đồng thời đầy đủ, triệu chứng gây nhiều khó chịu nhất khiến bệnh nhân vào viện điều trị là nghe kém chiếm 39/45 (86,7%), sau đó là ù tai 26/45 (57,8%). Triệu chứng chảy dịch tai xếp thứ 3 với 19/45 (42,2%), triệu chứng đau tai và chóng mặt cùng có 2/45 (4,4%).

Bảng 3. Vị trí lỗ thủng màng nhĩ

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Trước trên	0	0
Sau trên	2	4,4
Trước dưới	4	8,8
Sau dưới	3	6,6
Trung tâm	26	58
Toàn bộ màng căng	10	22,2
N	45	100

Nhận xét: Thường gặp nhất là lỗ thủng trung tâm với tỷ lệ 26/45 (58%), sau đó là lỗ thủng toàn bộ màng căng chiếm 10/45 (22,2%), xếp thứ 3 là lỗ thủng góc trước dưới chiếm 4/45 (8,8%), lỗ thủng góc sau dưới và sau trên lần lượt là 3/45 (6,6%), 2/45 (4,4%). Lỗ thủng góc trước trên không gặp trường hợp nào.



Biểu đồ 2. Ngưỡng nghe trung bình của bệnh nhân viêm tai giữa có tổn thương xương con

TBĐX: 16,76 ± 8,68; TBPTA: 57,19 ± 7,55; TBABG: 40,43 ± 7,65

Ngưỡng nghe trung bình đường xương giảm ít nhất ở tần số 1000Hz là 14,14dB, cao nhất ở tần số 2000Hz là 19,21dB, sau đó đến tần số 4000Hz là 17,25dB và 500Hz là 16,45dB. Tuy nhiên những sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Ngưỡng nghe trung bình đường khí giảm

nhiều nhất ở tần số 1000Hz là 62,03dB, thứ hai là tần số 500Hz là 60,35dB tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,335$. Ở tần số 2000Hz ngưỡng nghe trung bình đường khí giảm ít nhất là 51,65dB, khác biệt với các tần số còn lại với $p < 0,05$. Ở tần số 4000Hz ngưỡng trung bình đường khí là 54,76dB cao hơn tần số 2000Hz và thấp hơn 2 tần số còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Tỷ lệ nghe kém dựa trên kết quả thính lực đồ đơn âm

Loại nghe kém	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	0	0
Nghe kém dẫn truyền	37	82,2
Nghe kém hỗn hợp thiên về dẫn truyền	8	17,8
N	45	100

Nhận xét: Nghe kém dẫn truyền thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 37/45 (82,2%), sau đó là nghe kém hỗn hợp thiên về truyền âm có 8/45 (17,8%) trường hợp.

Bảng 5. Tỷ lệ xương con tổn thương trên CT - Scanner xương thái dương cải tiến

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Không phát hiện tổn thương	4	8,9
Một xương	28	62,2
Hai xương	12	26,7
Ba xương	1	2,2
N	45	100

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện tổn thương xương con trên CT - Scanner cải tiến là 41/45 (91,1%) và không phát hiện được TTXC là 4/45 (8,9%).

Trong đó, tổn thương 1 xương thường gặp nhất với 28/45 (62,2%), tổn thương 2 xương gặp 12/45 (26,7%), tổn thương cả 3 xương gặp 1/45 (2,2%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 45 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là $43 \pm 13,7$ tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi và lớn tuổi nhất là 82 tuổi. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Varshney là 29,78 tuổi [7]. Nhóm tuổi từ 36 - 59 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 57,8%, sau đó đến nhóm tuổi 19 - 35 tuổi chiếm 26,7%, nhóm bệnh nhân từ 18 tuổi trở xuống chiếm tỷ lệ thấp 2,2%. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả Cao Minh Thành [2] và Varshney [7]. Những bệnh nhân VTGMT có tổn thương xương con được chỉ định phẫu thuật chủ yếu là nhóm tuổi thanh niên và trung niên, đây là nhóm tuổi đang trong giai đoạn học tập và làm việc hiệu quả nhất. Vì vậy, những triệu chứng và biến chứng của VTGMT sẽ gây ảnh

hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, học tập và lao động của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ gần tương đương nhau, nam chiếm 48,9%, nữ chiếm 51,1%. Kết quả này tương tự như của tác giả Karan Sharma (tỷ lệ nam/nữ là 1/1,2) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do vào viện thường gặp nhất ở các bệnh nhân là nghe kém, chiếm tỷ lệ 86,7%. Đây là triệu chứng nổi bật và là yếu tố khiến đa số người bệnh nhân thấy sự thay đổi rõ rệt trong khả năng giao tiếp và sinh hoạt hàng ngày. Triệu chứng ù tai đứng thứ 2 với tỷ lệ 57,8% thường đi kèm hoặc xuất hiện đồng thời với giảm thính lực, gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến khả năng tập trung và chất lượng cuộc sống. Lý do vào viện thường gặp tiếp theo là chảy dịch tai chiếm 42,2%. Đây là 3 lý do chính khiến bệnh nhân đi khám và điều trị. Kết quả này cũng phù hợp với các triệu chứng lâm sàng đã được mô tả trong y văn, và phù hợp với nghiên cứu của tác giả Cao Minh Thành [2]. Ngoài ra còn có các triệu chứng chóng mặt và đau tai đều chiếm 4,4%, các triệu chứng này diễn ra thành từng đợt, không thường xuyên, tùy thuộc vào giai đoạn viêm nhiễm.

Trên cùng một bệnh nhân có thể gặp tình trạng thủng màng nhĩ ở một bên hoặc đồng thời cả hai bên tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh và mức độ tổn thương của tai giữa. Trong nghiên cứu này, vị trí lỗ thủng màng nhĩ thường gặp nhất là vị trí trung tâm với tỷ lệ 58%, sau đó là lỗ thủng toàn bộ màng căng chiếm 22,2%, phản ánh mức độ tổn thương lan rộng và thường gắn liền với tình trạng viêm nhiễm kéo dài hoặc tái phát nhiều lần, xếp thứ 3 là lỗ thủng góc trước dưới (chiếm 8,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Cao Minh Thành cho thấy sự tương đồng trong đặc điểm phân bố vị trí lỗ thủng màng nhĩ giữa các quần thể nghiên cứu khác nhau [2]. Vị trí lỗ thủng màng nhĩ có ảnh hưởng đến mức độ giảm sức nghe. Lỗ thủng ở vùng trung tâm thường gây giảm thính lực dẫn truyền mức độ nhẹ đến vừa, trong khi thủng toàn bộ màng căng có thể dẫn đến mất thính lực nặng hơn do toàn bộ cơ chế truyền âm bị gián đoạn.

Về phân loại nghe kém trên thính lực đồ đơn âm cho thấy bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có biểu hiện nghe kém, trong đó chủ yếu bệnh nhân nghe kém thể dẫn truyền chiếm 82,2%, nghe kém thể hỗn hợp thiên về dẫn truyền chiếm 17,8%.

Trong nghiên cứu này, độ nhạy của CT - Scanner xương thái dương cải tiến chẩn đoán tổn thương xương con trong VTGMT là rất cao

với tỉ lệ 91,1%. Kết quả trong nghiên cứu này cao hơn đáng kể so với báo cáo của tác giả Cao Minh Thành là 74,5% [2], kết quả của Martin và cộng sự là 76% [8]. Với độ nhạy cao trong chẩn đoán đúng giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương thức phẫu thuật, vật liệu thay thế xương con, tiên lượng ca mổ, từ đó giảm thời gian phẫu thuật, gia tăng khả năng thành công cho ca phẫu thuật [1]. Độ nhạy cao có ý nghĩa quan trọng giúp phẫu thuật viên có kế hoạch điều trị và tiên lượng kết quả điều trị được tốt hơn.

Khi phân tích theo mức độ tổn thương, CT - Scanner xương thái dương cải tiến có tỷ lệ chẩn đoán đúng với từng loại tổn thương 1 xương; 2 xương; cả 3 xương lần lượt là: 90,3%; 92,3%; 100%. Như vậy tổn thương càng nhiều xương tỷ lệ chẩn đoán chính xác càng cao do cấu trúc giải phẫu các xương con là rất nhỏ nên khi tổn thương nhiều xương thì bệnh tích phá hủy rộng càng dễ phát hiện trên CT - Scanner xương thái dương cải tiến. Kết quả này cho thấy vai trò vượt trội của CT - scanner xương thái dương cải tiến trong đánh giá trước mổ, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có tổn thương xương con.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có lý do vào viện thường gặp là nghe kém, ù tai, chảy dịch tai. Lỗ thủng màng nhĩ hay gặp là vị trí trung tâm. Trên kết quả đo thính lực đồ đơn âm thường có biểu hiện nghe kém thể dẫn truyền.

Chụp CT - Scanner xương thái dương cải tiến rất có giá trị chẩn đoán tổn thương xương con trong viêm tai giữa mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tân Phong** (2010), "Hình thái tổn thương xương con trong bệnh lý tai giữa và hiệu quả của trụ gôm thay thế xương con", Tạp chí Y học Thực Hành. 11(741), tr. 67-69.
2. **Cao Minh Thành** (2008), "Chẩn đoán tổn thương xương con trong viêm tai giữa mạn tính trên phim CT xương thái dương", Tạp chí thông tin Dược. 1, tr. 27 - 30.
3. **A. Leichtle, T. K. Hoffmann và M. C. Wigand** (2018), "[Otitis media: definition, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and therapy]", Laryngorhinootologie. 97(7), tr. 497-508.
4. **J. Acuin** (2007), "Chronic suppurative otitis media", BMJ Clin Evid. 2007.
5. **E. B. Sarolli, C. Schlegel-Wagner và T. E. Linder** (2021), "Audiological Outcome in Myringoplasties with an Intact Ossicular Chain: Is there a Difference between Chronic Otitis with or without Cholesteatoma?", Int Arch Otorhinolaryngol. 25(2), tr. e224-e228.
6. **K. Sharma, M. Manjari và N. Salaria** (2013), "Middle ear cleft in chronic otitis media: a clinicohistopathological study", Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 65(Suppl 3), tr. 493-7.
7. **S. Varshney và các cộng sự.** (2010), "Ossicular chain status in chronic suppurative otitis media in adults", Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 62(4), tr. 421-6.
8. **Martin C et** (2004), "Pathology of the Ossicular Chain: Comparison between Virtual Endoscopy and Spring CT-Data", Otolology and Neurotology, Inc., 25(3), tr. 215-219.

MỨC ĐỘ HÀI LÒNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ ĐƯỢC CẮT TUYẾN VÚ TRIỆT CĂN VÀ TẠO HÌNH NGAY BẰNG TÚI ĐỘN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa¹, Nguyễn Trung Thành², Nguyễn Hương Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mức độ hài lòng và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư vú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm tạo hình túi độn tức thì. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 79 người bệnh ung thư vú được cắt tuyến vú triệt căn và tạo hình bằng túi độn tức thì tại Bệnh viện

K từ 01/2021 - 12/2024. Mức độ hài lòng được đánh giá bằng thang đo BREAST-Q và phân tích mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật và điều trị hỗ trợ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $43,7 \pm 7,4$. Trong đó 79,7% được phẫu thuật NSM và 20,3% SSM với thể tích túi độn trung bình $219,5 \pm 47,7$ ml. Điểm hài lòng trung bình theo BREAST-Q là $60,9 \pm 11,0$. Các yếu tố: tuổi, bên vú bệnh, tính đa ổ, kích thước u, kỹ thuật phẫu thuật (NSM/SSM), lưới nâng đỡ, biến chứng, hóa chất và xạ trị không cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, bệnh nhân có thể tích túi ≥ 200 ml hài lòng cao hơn ($p=0,019$). Điểm chất lượng cuộc sống tổng quát có tương quan thuận với điểm hài lòng ($\beta=0,219$; $p=0,012$). **Kết luận:** Mức độ hài lòng sau tạo hình tức thì bằng túi độn ở mức trung bình. Thể tích túi ≥ 200 ml và chất lượng cuộc sống

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Thành

Email: nguyentrungthanh281098@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025