

độ 1,2 và có thể quản lý được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H. Ferlay J. Siegel RL. et al** (2022). Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660
2. **WHO Classification of Tumours**. 5th Edition. International Agency for Research on Cancer (IARC).page 158-191.
3. **Assarzadegan N., Montgomery E.** (2021). "What is New in the 2019 World Health Organization (WHO) Classification of Tumors of the Digestive System: Review of Selected Updates on Neuroendocrine Neoplasm, Appendiceal Tumors and Molecular Testing". *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. volume 145. pages 664-677.
4. **Nagtegaal I. D., Odze R. D., Klimstra D. et al** (2020). "The 2019 WHO classification of tumors of the digestive System", *Histopathology*. volume 76. pages 182-158.
5. **Baran B. Mert Ozupek N, Yerli Tetik X. Acar E. Bekcioglu o. Baskin Y.** DiTercnc Between Left-Sided and Right-Sided Colorectal Cancer: A Focused Review of Literature. *Gastroenterology Res*. 2018;11(4):264- 273.
6. **Naeteaal ID, Arends MJ, Salto-Tellez M.** Colorectal adenocarcinoma. In: WHO Classification of Tumours: Digestive System Tumours, 5th. WHO Classification of Tumours Editorial Board (Ed), International Agency for Research on Cancer. Lyon 2019. p.177.
7. **Ravva p. Barsouk A. Hadjinicolaou AV. Barsouk A.** Immunotherapies and Targeted Therapies in the Treatment of Metastatic Colorectal Cancer. *MedSci (Basel)*. 2019;7(8):83.
8. **Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A.** Cancer statistics, 2022. *CA Cancer-J Clin*. 2022;72(1):7-33
9. **Trịnh Lê Huy** (2017). Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư đại tràng di căn bằng hóa chất phác đồ FOFXILI. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
10. **Phạm Thị Quế.** (2019). Kết quả điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn bằng phác đồ Bvacizumab kết hợp Xeliri. Tạp chí Y học thực hành, số 10/2019. tr 46-9.

KẾT QUẢ THÍNH LỰC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ THƯƠNG NHĨ NGOÀI CÓ BẢO TỒN CHUỖI XƯƠNG CON

Nguyễn Thị Hòa^{1,2}, Nguyễn Thị Tố Uyên^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thính lực sau phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ ngoài có bảo tồn chuỗi xương con. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 15 bệnh nhân với 15 tai được phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ ngoài có bảo tồn chuỗi xương con tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 1/2018 đến 6/2025, sử dụng phương pháp mô tả loạt ca bệnh, lấy mẫu thuận tiện. **Kết quả:** dự trữ cốt đạo trước và sau phẫu thuật thay đổi không có ý nghĩa thống kê (1.00 ± 5.39 dB), trung bình ngưỡng nghe đường khí sau mổ đạt $32,16 \pm 16,93$ dB so với trước mổ là $35,12 \pm 16,95$ dB, ABG sau phẫu thuật đạt 16.67 ± 9.43 dB, cải thiện 1.95 ± 9.04 dB, tỷ lệ ABG trước phẫu thuật đạt khoảng rất tốt và tốt là 66.7% và sau phẫu thuật tăng lên 73.3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ ngoài có bảo tồn chuỗi xương con an toàn với tai trong, góp phần bảo tồn và cải thiện thính lực đường khí (PTA) và khoảng cách khí - xương (ABG). **Từ khóa:** Viêm thương nhĩ, cholesteatoma thương nhĩ, phẫu thuật nội soi tai, mở thương nhĩ, mở thương nhĩ ngoài

SUMMARY

EVALUATION OF HEARING RESULTS AFTER ENDOSCOPIC LATERAL ATTICOTOMY WITH PRESERVATION OF THE OSSICULAR CHAIN

Objects: To evaluate the hearing results of endoscopic lateral atticotomy with preservation of ossicles chain. **Materials and methods:** "The study included 15 patients (15 ears) who underwent endoscopic lateral atticotomy with preservation of the ossicular chain at the National Otorhinolaryngology Hospital from January 2018 to June 2025, using a descriptive case series design with convenient sampling." **Results:** The bone conduction threshold showed no statistically significant change before and after surgery (1.00 ± 5.39 dB). The mean postoperative air conduction threshold was 32.16 ± 16.93 dB, compared to the preoperative value of 35.12 ± 16.95 dB. The mean postoperative air-bone gap (ABG) was 16.67 ± 9.43 dB, with an improvement of 1.95 ± 9.04 dB. The proportion of patients with good or excellent preoperative ABG was 66.7%, increasing to 73.3% after surgery. **Conclusion:** Endoscopic lateral atticotomy with preservation of the ossicular chain is safe for the inner ear and contributes to the preservation and improvement of air conduction hearing thresholds (PTA) and air-bone gap (ABG).

Keywords: Epytympanitis, attic cholesteatoma, endoscopic ear surgery, atticotomy, lateral atticotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm kéo

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh-Nghệ An

³Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hòa

Email: nguyenthoatmh1608@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

dài trên 3 tháng tại tai giữa [1], có thể biểu hiện dưới nhiều hình thái lâm sàng khác nhau, trong đó có bệnh lý vùng thượng nhĩ. Thượng nhĩ là một khoang giải phẫu hẹp, bao gồm nhiều ngăn nhỏ, thông khí kém, dẫn lưu khó, chứa các xương con truyền âm. Viêm thượng nhĩ bao gồm 2 nhóm có và không có cholesteatoma, tuy nhiên có nguy cơ cao chuyển thành có cholesteatoma. Bệnh có xu hướng ăn mòn xương đặc biệt là chuỗi xương con, gây giảm thính lực dẫn truyền, nếu tiến triển nặng hơn, lan rộng hơn thì có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như là: rò ống bán khuyên, nghe kém tiếp nhận, liệt dây thần kinh mặt, thậm chí biến chứng nội sọ... nhưng nếu bệnh nhân được điều trị khi bệnh tích mới ở thượng nhĩ ngoài thì cơ hội làm sạch bệnh tích, ngăn chặn biến chứng và bảo tồn chuỗi xương con là khả thi.

Triệu chứng của bệnh lý thượng nhĩ thường không rõ rệt, các biểu hiện toàn thân thường nghèo nàn nên rất khó chẩn đoán. Ngày nay kinh tế xã hội phát triển, trình độ dân trí được nâng cao, hệ thống y tế được cải thiện và ngành tai mũi họng được hiện đại hóa với việc áp dụng nội soi chẩn đoán và CLVT, chúng ta có thể chẩn đoán sớm, phát hiện những tổn thương nhỏ và kín đáo, từ đó đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả và kịp thời. Với những tổn thương khu trú ở thượng nhĩ ngoài có hai đường tiếp cận chính: đường sau tai kinh điển (tiếp cận từ sau ra trước: sào bào – sào đạo – thượng nhĩ) và đường ống tai (mở tường thượng nhĩ trực tiếp vào vùng tổn thương).

Phẫu thuật qua đường ống tai giúp tiếp cận trực tiếp vào vùng tổn thương, hạn chế phá hủy cấu trúc giải phẫu xung quanh so với phẫu thuật đường sau tai. Kỹ thuật này có thể thực hiện dưới kính hiển vi hoặc nội soi. Dù nội soi được áp dụng muộn hơn, nhưng nhờ góc nhìn rộng và tính linh hoạt trong thao tác nên ngày càng được áp dụng rộng rãi.

Với mong muốn đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này trong điều trị bệnh lý vùng thượng nhĩ, đặc biệt là trong việc bảo tồn chuỗi xương con chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả thính lực sau phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ ngoài có bảo tồn chuỗi xương con".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh với phương pháp lấy mẫu thuận tiện tiến hành trên 15 bệnh nhân với 15 tai được chẩn đoán có tổn thương khu trú vùng thượng nhĩ ngoài (bao gồm viêm thượng nhĩ có hoặc không có cholesteatoma) và được thực hiện phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ

qua đường ống tai có bảo tồn chuỗi xương con tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ năm 2018 đến năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật ít nhất 3 tháng và được đo thính lực đồ trước và sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: tai phẫu thuật nghe kém tiếp nhận từ mức độ nặng, bệnh nhân hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

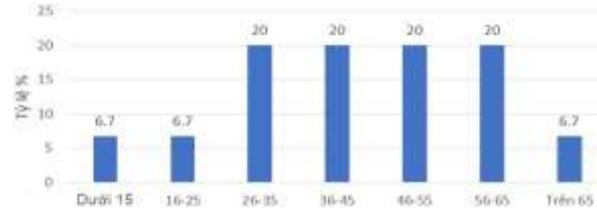
Phần mềm SPSS phiên bản 20.0 được sử dụng để nhập, xử lý và phân tích số liệu thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Đề tài là một phần kết quả trích từ nghiên cứu đã được hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi

Phân bố tuổi



Biểu đồ 1: Phân bố theo nhóm tuổi (N=15)

Độ tuổi trung bình bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $43,2 \pm 16,3$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 8 tuổi, tuổi lớn nhất là 66 tuổi

Nhóm bệnh nhân dưới 45 tuổi chiếm 53,3%.

3.2. Giới

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	5	33,3
Nữ	10	66,7
N	15	100

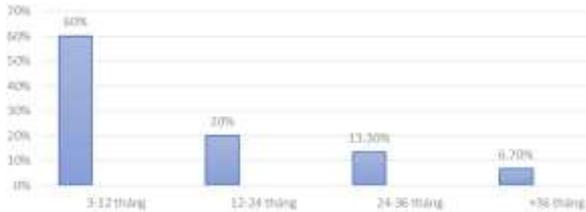
Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 66,7%, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 33,3%.

Tỷ lệ Nam/Nữ = 1/2. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p = 0.197 > 0.05$ ($\chi^2 = 1.667$).

3.3. Tai phẫu thuật. Trong số 15 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, số ca phẫu thuật tai trái là 9 trường hợp (chiếm 60%), trong khi phẫu thuật tai phải là 6 trường hợp (40%). Tỷ lệ này cho thấy sự phân bố giữa hai bên tai không đồng đều, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,439$ ($\chi^2 = 0.600$).

3.4. Phân loại viêm thượng nhĩ. Trong số 15 tai được phẫu thuật có 8 trường hợp được lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh cho kết quả 6/8 bệnh nhân là cholesteatoma. 2/8 bệnh nhân kết quả là tổ chức viêm mãn tính.

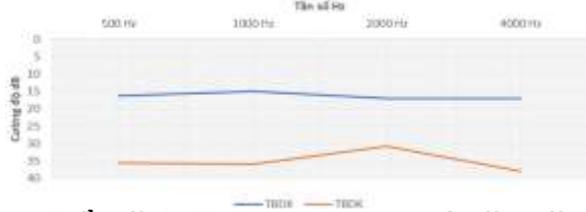
3.5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật



Biểu đồ 2: Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 13,4±12,66 tháng, ngắn nhất là 3 tháng dài nhất là 46 tháng.

3.6. Trung bình ngưỡng nghe các tần số trước phẫu thuật



Biểu đồ 3: Ngưỡng nghe tại các tần số trước phẫu thuật

Dự trữ cốt đạo

Tần số	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	Trung bình
TBDX trước PT (N=15)	16.33±7.43	15±11.5	17±17.11	17±17.41	16.5±11.57
TBDX sau PT (N=15)	13.33±8.16	14.00±11.21	15.00±12.96	19.67±14.57	15.5±10.94
Hiệu số	3.00±5.91	1.00±6.04	2.00±7.02	-2.00±10.97	1.00±5.39

Nhận xét: Sự khác biệt giữa dự trữ cốt đạo trước và sau phẫu thuật là không đáng kể (1.00±5.39 dB) và không có ý nghĩa thống kê với p = 0.484 (>0.05) hay có thể kết luận không có sự biến đổi về dự trữ cốt đạo trước và sau phẫu thuật.

3.8. Hiệu quả PTA trước và sau phẫu thuật

Tần số	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	Trung bình
TBDK trước PT (PTA)	35.67±15.91	36±16.5	30.8±19.08	38±24.33	35.12±16.95
TBDK sau PT (PTA)	29.67±12.17	32.00±18.21	29.33±20.78	37.67±21.70	32,16 ± 16,93
Hiệu số	6.00±12.28	4.00±11.68	1.47±13.55	0.33±11.25	2.95±9.73

Nhận xét: - PTA cải thiện nhiều nhất ở tần số 500Hz 6.00±12.28 dB, thấp nhất ở tần số 4000Hz.

- PTA trung bình cải thiện 2.95±9.73dB, tuy nhiên sự cải thiện này không có ý nghĩa thống kê với p = 0.26 (>0.05).

3.9. Cải thiện ABG theo khoảng trước và sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật >3 tháng	
	n	%	n	%
Rất tốt (≤10dB)	3	20	5	33.3
Tốt (11-20dB)	7	46.7	6	40
Trung bình (21-	3	20	3	20

3.10. Thay đổi của ABG tại các tần số trước và sau phẫu thuật

Tần số	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	Trung bình
ABG trước PT	19.33±13.74	21.00±13.12	13.80±8.75	20.33±11.25	18.62±10.40
ABG sau PT	16.33±8.96	18.00±11.62	14.33±10.67	18.00±10.99	16.67±9.43
Hiệu số	3.0±12.36	3.00±12.93	-0.53±9.3	2.33±8.84	1.95±9.04

Trung bình ngưỡng nghe đường xương trước phẫu thuật là 16.5±11.57 dB. Trong đó ngưỡng nghe tại tần số 4000 Hz là kém nhất 17±17.41 dB, tiếp đó là ngưỡng nghe tại tần số 2000 Hz là 17±17.11 dB và tần số 500 Hz là 16.33±7.43 dB.

Ngưỡng nghe đường khí trung bình là 35.12±16.95 dB thuộc mức độ nghe kém mức độ nhẹ. Nghe kém nhiều nhất ở tần số 4000Hz là 38±24.33 dB, tiếp đó tại tần số 1000Hz là 36±16.5 dB, ngưỡng nghe đường khí tại các tần số 500 Hz và 2000 Hz lần lượt là 35.67±15.91 dB và 30.8±19.08 dB.

Ngưỡng nghe trung bình trước phẫu thuật cho thấy mức độ giảm thính lực dẫn truyền là chủ yếu.

ABG có giá trị trung bình là 18±10.40 dB, đặc trưng của nghe kém dẫn truyền nhẹ đến trung bình. Trong đó thấp nhất tại tần số 2000 Hz là 13.8±8.75 dB, cao nhất ở tần số 4000 Hz là 20.33±11.25 dB.

3.7. So sánh thính lực trước và sau phẫu thuật

30dB)				
Kém (≥31dB)	2	13.3	1	6.7
N	15	100	15	100

Nhận xét: Trước phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân có mức nghe ở mức "Tốt" (46.7%), trong khi chỉ 20% đạt mức "Rất tốt" và 13.3% có mức nghe "Kém". Sau phẫu thuật hơn 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có mức nghe "Rất tốt" tăng lên 33.3%, đồng thời nhóm "Kém" giảm xuống còn 6.7%

Sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có mức nghe "Rất tốt" và "Tốt" tăng lên, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt mức ý nghĩa thống kê (p = 0.317, kiểm định McNemar).

Nhận xét: ABG tốt lên ở các tần số 500Hz, 1000Hz, 4000Hz, kém đi ở tần số 2000Hz.

Sự khác biệt ABG trước và sau phẫu thuật là không đáng kể (1.95 ± 9.04 dB), và không có ý nghĩa thống kê $p = 0.42 (>0.05)$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận đặc điểm chung. Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $43,2 \pm 16,3$ tuổi (nhỏ nhất 8 tuổi, cao nhất 66 tuổi), trong đó nhóm dưới 45 tuổi chiếm hơn 50%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Hồ Lê Hoài Nhân ($40,5 \pm 15$ năm), nghiên cứu của Phạm Ngọc Hoàng Long ($43,31 \pm 13,28$ tuổi) và độ tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi tai của tác giả Bae và cộng sự (2018) là 43,5 tuổi. [2], [3], [4]

Đây cũng là nhóm tuổi còn khả năng lao động và giao tiếp xã hội nhiều, nên việc điều trị bảo tồn chức năng nghe càng có ý nghĩa thiết thực.

Nữ giới chiếm ưu thế (66,7%), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê nhưng có thể liên quan đến đặc điểm tiếp cận y tế. Bệnh lý gặp ở tai trái với tỷ lệ 60%, nhiều hơn tai Phải nhưng không có ý nghĩa thống kê và không có khác biệt lâm sàng.

4.2. Đặc điểm thính lực

Thính lực trước phẫu thuật: Dự trữ cốt đạo trước phẫu thuật trung bình $16,5 \pm 11,57$ dB sau phẫu thuật là $15,5 \pm 10,94$ dB hiệu số $1 \pm 5,39$ dB sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.484 (> 0.05)$ hay có thể nói là không có sự thay đổi về dự trữ cốt đạo trước và sau phẫu thuật.

Dự trữ cốt đạo thể hiện khả năng tiếp nhận và xử lý âm thanh của tai trong, dây thần kinh thính giác và các trung khu thính giác ở não. Một trong những tai biến của phẫu thuật là tổn thương tai trong gây giảm ngưỡng nghe đường xương. Kết quả của nghiên cứu cho thấy không có sự thay đổi về dự trữ cốt đạo trước và sau phẫu thuật phần nào khẳng định sự an toàn của phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ ngoài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật ngưỡng nghe đường khí trung bình (PTA) là $35,12 \pm 16,95$ dB, ABG $18 \pm 10,4$ dB. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Bae và cộng sự (2018) ngưỡng nghe đường khí trung bình trước phẫu thuật của nhóm bệnh nhân nội soi là $36,13 \pm 5,8$ dB cũng như các nghiên cứu trong nước của Phạm Ngọc Hoàng Long trong giai đoạn sớm, bệnh nhân thường có ngưỡng nghe trung bình PTA 25-35 dB (nghe kém dẫn truyền nhẹ), tương tự với sự ghi nhận của tác giả Lê Hồng Anh. [3], [4], [5]

Điều này cho thấy đa số bệnh nhân bị giảm

thính lực dẫn truyền mức độ nhẹ - trung bình.

Hầu hết các tài liệu kinh điển đều chỉ ra viêm tai có cholesteatoma ăn mòn làm gián đoạn chuỗi xương con thì khoảng ABG > 60 dB [6], nghiên cứu của tác giả Cao Minh Thành về viêm tai giữa mạn tính có tổn thương chuỗi xương con ABG là $42,19 \pm 7,69$ dB [7]. Tuy nhiên, giá trị ABG nhỏ còn gặp trong các trường hợp viêm tai có cholesteatoma hoặc túi cơ kéo độ IV thường có hiện tượng xẹp màng căng kèm theo, xương con bị gián đoạn nhưng màng căng tỳ vào phần còn lại của chuỗi xương con nên vẫn đảm bảo được vai trò dẫn truyền và khếch đại âm thanh. Trong nghiên cứu, ABG trước phẫu thuật $18 \pm 10,4$ dB (< 35 dB) có thể nghĩ tới khả năng chuỗi xương con không bị gián đoạn nên khi phẫu thuật phẫu thuật viên hạn chế tối đa đụng chạm mạnh vào chuỗi xương con tránh gây ra biến chứng nghe kém tần số cao hay điếc tiếp nhận nặng sau phẫu thuật.

Ngưỡng nghe đường khí trung bình sau mổ là $32,16 \pm 16,93$ dB so với trước mổ là $35,12 \pm 16,95$ dB, như vậy PTA cải thiện $2,95 \pm 9,73$ dB tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,26 (>0,05)$, vì trong nghiên cứu chuỗi xương con liên tục nên chỉ tạo hình hoặc tăng cường màng nhĩ mà vẫn giữ nguyên chuỗi xương con do đó PTA gần nhưng không thay đổi sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các báo cáo trước đây. Cụ thể Nguyễn Diệp Anh ghi nhận ngưỡng nghe trung bình PTA trước và sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân có tổn thương khu trú thượng nhĩ nhưng không tổn thương xương con lần lượt là $34,75$ dB và $34,25$ dB, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [8]. Tương tự, Nguyễn Thị Tố Uyên, nhóm bệnh nhân chỉnh hình tai giữa type I trong phẫu thuật tiết căn xương chũm do viêm tai có cholesteatoma, có PTA trước phẫu thuật là $52,1 \pm 18,1$ dB và sau phẫu thuật là $50,8 \pm 30,7$ dB, ngưỡng nghe gần như không thay đổi sau phẫu thuật [9]. Ngoài ra, tác giả Cao Minh Thành ghi nhận PTA trước phẫu thuật của nhóm bệnh nhân không kết hợp tạo hình xương con là $17,5 \pm 8,7$ dB, sau phẫu thuật là $16,1 \pm 7,9$ dB sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [10].

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ ngoài bảo tồn chuỗi xương con không làm suy giảm sức nghe của người bệnh.

- Về ABG: tuy hiệu quả ABG chỉ đạt $1,95 \pm 9,09$ dB nhưng số lượng bệnh nhân có khoảng ABG ở ngưỡng tốt trở lên (≤ 20 dB) đạt 73,3% (trước phẫu thuật là 66,7%), trong khi nhóm

kém (≥ 31 dB) giảm từ 13,3% còn 6,7%. Vì trước phẫu thuật trung bình giá trị ABG chỉ có 18.62 ± 10.40 dB nên sau phẫu thuật giữ được ở mức 16.67 ± 9.43 dB đã đạt mức kết quả tốt. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Holt J.J (85% ABG ≤ 20 dB).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở thương nhĩ có bảo tồn chuỗi xương con là phẫu thuật can thiệp tối thiểu và vùng bệnh tích thương nhĩ ngoài, đảm bảo lấy triệt để bệnh tích đồng thời bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu của hệ truyền âm góp phần duy trì và cải thiện sức nghe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Austin D.F.** Chronic ear disease. Disease of Nose, Throat, Ear, Head and Neck.
2. **Hồ Lê Hoài Nhân** (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở thương nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai trong viêm tai giữa mạn tính khu trú. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Ngọc Hoàng Long**, (2022). Nghiên cứu về giải phẫu vùng eo nhĩ và ứng dụng trong điều trị viêm tai giữa mạn tính lổm màng chũng. Luận

- án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Bae M.R., Kang W.S., và Chung J.W.** (2019). Comparison of the Clinical Results of Attic Cholesteatoma Treatment: Endoscopic Versus Microscopic Ear Surgery. Clin Exp Otorhinolaryngol, 12(2), 156–162.
 5. **Lê Hồng Anh** (2002). Nghiên cứu hình thái lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm thương nhĩ. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **Võ Tân** (1991). Tai Mũi Họng thực hành. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
 7. **Cao Minh Thành** (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm tai giữa mạn tính thương xương con và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 8. **Nguyễn Thị Diệp Anh** (2013). Đánh giá kết quả tạo hình thương nhĩ trên bệnh nhân viêm tai có tổn thương xương thương nhĩ. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 9. **Nguyễn Thị Tố Uyên** (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết căn xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm. Luận văn Tiến Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 10. **Cao Minh Thành** (2012). Đánh giá kết quả tạo hình xương thương nhĩ. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, tập 7 số 2, tr 112-116.

KẾT QUẢ VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG ĐOẠN CÙNG Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ CẮT TRĨ LONGO NĂM 2024

Phạm Xuân Hùng¹, Nguyễn Thị Nga¹, Trần Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt trĩ là nguyên nhân gây đau sau mổ từ trung bình đến nặng. Các phương pháp giảm đau thường áp dụng sau mổ cắt trĩ (đường toàn thân, đường tủy sống, ngoài màng cứng) thường hiệu quả giảm đau không đầy đủ và nhiều tác dụng không mong muốn. Gây tê mặt phẳng cột sống đoạn cùng (ESP cùng) là một kỹ thuật mới được giới thiệu và cho thấy nhiều hứa hẹn trong các thủ thuật phẫu thuật khác nhau. **Mục tiêu:** Thử nghiệm lâm sàng mô tả hàng loạt ca bệnh nhằm đánh giá tác dụng giảm đau của gây tê ESP cùng và các tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật cắt trĩ Longo. **Phương pháp:** 30 bệnh nhân chỉ định gây tê tủy sống để phẫu thuật cắt trĩ Longo. Sau mổ được gây tê ESP cùng dưới hướng dẫn siêu âm và giảm đau đa mô thức. Thang điểm đau (VAS) đánh giá ở trạng thái nghỉ ngơi và vận

động trong 24 giờ được sử dụng làm thước đo kết quả chính. Các thước đo kết quả phụ là liều fentanyl tích lũy, số lượng bệnh nhân cần dùng thuốc giảm đau cấp cứu sau phẫu thuật và chất lượng phục hồi QoR-15 chất lượng phục hồi. Ngoài ra so sánh các tác dụng không mong muốn của 2 nhóm trên: buồn nôn và nôn, bí tiểu, ngứa. **Kết quả:** Điểm VAS trung bình của nhóm gây tê ESP cùng tại các thời điểm trong 24 giờ đầu luôn thấp hơn 4. Ít bệnh nhân trong nhóm đối chứng cần giảm đau cấp cứu. Liều dùng fentanyl sau 24 giờ đầu tiên sau phẫu thuật ở nhóm gây tê ESP cùng thấp. Hơn nữa, QoR-15 ở nhóm gây tê ESP cùng cao. **Kết luận:** Gây tê ESP cùng là một phương pháp hiệu quả để kiểm soát đau sau phẫu thuật cắt trĩ Longo, giảm nhu cầu dùng opioid và cải thiện khả năng phục hồi của bệnh nhân. **Từ khóa:** cắt trĩ Longo, thang điểm VAS, QoR-15T, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống cùng, tác dụng không mong muốn

SUMMARY

RESULTS AND ADVERSE EFFECTS OF PAIN RELIEF BY CONSTRUCTING THE SACRAMENTAL VERTEBRATE PLANE ANESTHESIA IN PATIENTS AFTER LONGO HEMORRHOIDECTOMY IN 2024

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Hùng

Email: pxhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025