

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA KHÍ DUNG NƯỚC MUỐI ƯU TRƯƠNG 3% TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 24 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÌNH THUẬN NĂM 2025-2026

Trương Thị Hà Linh¹, Lê Văn Khoa², Ngô Lương Lam Kiều¹,
Nguyễn Thị Bảo Vân¹, Nguyễn Thị Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Viêm tiểu phế quản cấp là bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến nhất ở trẻ nhỏ, có biểu hiện lâm sàng rất thay đổi từ nhẹ tới nặng, thậm chí suy hô hấp đe dọa tính mạng. Điều trị chuẩn viêm tiểu phế quản cấp gồm các biện pháp chăm sóc hỗ trợ, đảm bảo quá trình trao đổi khí, bù dịch và dinh dưỡng cho bệnh nhân. Ngoài ra nước muối ưu trương gần đây đã và đang được nghiên cứu như là một biện pháp điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ nhỏ.

Mục tiêu: 1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 24 tháng tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận năm 2025-2026. 2) So sánh kết quả điều trị giữa hai nhóm có và không có phun khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 24 tháng tuổi tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận năm 2025-2026.

Phương pháp: nghiên cứu cắt ngang 54 bệnh nhi từ 2 tháng đến 24 tháng nhập viện điều trị tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận và được chẩn đoán là viêm tiểu phế quản cấp từ tháng 05/2025 đến 02/2026.

Kết quả: Trong 54 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu, trong đó 27 trẻ phối hợp khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị và 27 trẻ thuộc nhóm điều trị chuẩn. 100% trẻ khỏi bệnh hoàn toàn và được xuất viện. Gần 80% trẻ là trẻ nữ, giới tính nam chiếm 54%. Trẻ bị viêm tiểu phế quản nhập viện với các biểu hiện khó khê 100%, ho 90,8%, không sốt 51,9% hoặc sốt nhẹ 22,2%, thở nhanh 89,9%, ran phổi chủ yếu là ran rạt 88,8%, ran ẩm 77,6%, phế âm giảm 2%. Tỷ lệ trẻ viêm tiểu phế quản cấp mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 65,7%, kế đến là nhẹ 25,0% và thấp nhất là mức độ nặng 9,3%. Ghi nhận kết quả sau phun khí dung 24 giờ cho thấy sự cải thiện rõ rệt về điểm số lâm sàng CSS ở nhóm khí dung NaCl 3% là $3,68 \pm 1,32$ điểm; nhịp thở trung bình $40,7 \pm 1,9$ lần/phút so với nhóm không có phun khí dung NaCl 3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 93% trẻ nhóm phun khí dung nước muối ưu trương 3% phục hồi sự ngon miệng và cử bú về bình thường sau 3 ngày điều trị khi so sánh với 81% trẻ ở nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Kết luận: Khí dung nước muối ưu trương 3% giúp cải

thiện lâm sàng được ghi nhận qua điểm số độ nặng về lâm sàng (CSS), nguy cơ nguy ngập hô hấp cấp (RDAI), rút ngắn thời gian nằm viện, cải thiện sự ngon miệng và chất lượng giấc ngủ có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) sau 3 ngày điều trị.

Từ khóa: viêm tiểu phế quản cấp, khí dung nước muối ưu trương 3%.

SUMMARY

STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF 3% HYPERTONIC SALINE NEBULIZER IN THE TREATMENT OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 24 MONTHS AT BINH THUAN GENERAL HOSPITAL IN 2025-2026

Background: Acute bronchiolitis is the most common lower respiratory tract infection in young children, with highly variable clinical manifestations ranging from mild to severe, even life-threatening respiratory failure. Standard treatment for acute bronchiolitis includes supportive care measures, ensuring gas exchange, fluid replacement, and nutrition for the patient. In addition, hypertonic saline solution has recently been studied as a treatment for acute bronchiolitis in young children.

Objective: 1) To describe the clinical and paraclinical characteristics of acute bronchiolitis in children aged 2 months to 24 months at Binh Thuan General Hospital in 2025-2026. 2) To compare treatment outcomes between two groups (with and without 3% hypertonic saline nebulization) in the treatment of acute bronchiolitis in children aged 2 months to 24 months at Binh Thuan General Hospital in 2025-2026.

Methods: A cross-sectional study of 54 pediatric patients aged 2 months to 24 months admitted to Binh Thuan General Hospital and diagnosed with acute bronchiolitis between May 2025 and February 2026.

Results: Of the 54 children who met the inclusion criteria for the study, 27 received 3% hypertonic saline nebulization as part of their treatment, and 27 received standard treatment. 100% of the children recovered completely and were discharged. Nearly 80% were infants, with 54% being male. Children admitted with bronchiolitis presented with wheezing (100%), coughing (90.8%), no fever (51.9%) or mild fever (22.2%), tachypnea (89.9%), lung crackles (mainly rhonchi 88.8%), moist rales (77.6%), and decreased breath sounds (2%). The highest percentage of children with moderate acute bronchiolitis was 65.7%, followed by mild 25.0%, and the lowest was severe 9.3%. Results recorded 24 hours after nebulization showed a significant improvement in the CSS clinical score in the

¹Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận

²Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Hà Linh,
Email: truongthihalinhhyds@gmail.com

Mã bài: N506

Ngày nhận bài: 20/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/3/2026

Ngày duyệt bài: 20/4/2026

3% NaCl nebulization group, with a score of 3.68 ± 1.32 ; the mean respiratory rate was 40.7 ± 1.9 breaths/minute compared to the group without 3% NaCl nebulization, a statistically significant difference with $p < 0.05$. 93% of children in the 3% hypertonic saline nebulization group regained their appetite and normal feeding habits after 3 days of treatment, compared to 81% of children in the other group, a statistically significant difference with $p = 0.001$.

Conclusion: 3% hypertonic saline nebulization showed clinically significant improvements ($p < 0.05$) as evidenced by clinical severity scores (CSS), risk of acute respiratory distress syndrome (RDAI), shorter hospital stay, improved appetite, and improved sleep quality after 3 days of treatment.

Keywords: acute bronchiolitis, 3% hypertonic saline nebulization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp là bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến nhất ở trẻ nhỏ, có biểu hiện lâm sàng rất thay đổi từ nhẹ tới nặng, thậm chí suy hô hấp đe dọa tính mạng. Đây là hội chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 24 tháng tuổi, bắt đầu bằng triệu chứng hô hấp trên, sau đó là viêm đường hô hấp dưới với biểu hiện khò khè và ran phổi, do nhiễm virus lần đầu hoặc tái phát. Hầu hết các trường hợp mắc viêm tiểu phế quản là do nhiễm virus, với hơn 70% là do virus hợp bào đường hô hấp [7], sau đó là Metapneumovirus gây bệnh cho người, Parainfluenza virus, Influenza virus, Adenovirus, Rhinoviruses, Coronavirus và ít gặp hơn Mycoplasma pneumonia [3].

Vì phù nề đường thở và hình thành nút nhầy là đặc điểm bệnh sinh chính yếu trong viêm tiểu phế quản cấp nên bất kỳ phương pháp điều trị nào có thể giảm các sự thay đổi này và cải thiện khả năng giải phóng chất tiết khỏi đường thở đều có hiệu quả giúp tăng quá trình trao đổi khí. Dung dịch nước muối ưu trương đã được chỉ ra làm tăng độ thanh thải niêm mạc có lông mao ở những bệnh nhân mắc bệnh lý đường hô hấp như: hen, giãn phế quản, xơ nang phổi và bệnh mũi xoang.

Điều trị chuẩn viêm tiểu phế quản cấp gồm các biện pháp chăm sóc hỗ trợ, đảm bảo quá trình trao đổi khí, bù dịch và dinh dưỡng cho bệnh nhân. Ngoài ra nước muối ưu trương gần đây đã và đang được nghiên cứu như là một biện pháp điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ nhỏ. Hầu hết các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã chỉ ra rằng khí dung Natriclorid 3% có thể giảm đáng kể thời gian nằm viện và cải thiện mức độ nặng của bệnh nhân viêm tiểu phế quản cấp [8].

Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu được công bố cho đến thời điểm hiện tại về hiệu quả

của khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp mặc dù đây là một biện pháp an toàn, dễ thực hiện và tiết kiệm chi phí.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá hiệu quả của phun khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 02 đến 24 tháng tuổi tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận năm 2025-2026” với 2 mục tiêu:

Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 02 đến 24 tháng tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận năm 2025-2026

So sánh kết quả điều trị giữa hai nhóm có và không có phun khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 02 tháng đến 24 tháng tuổi tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận năm 2025-2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu là tất cả các bệnh nhi từ 2 tháng đến 24 tháng nhập viện điều trị tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận và được chẩn đoán là viêm tiểu phế quản cấp từ tháng 05/2025 đến 07/2026.

Tiêu chí loại trừ:

Bệnh lý phối hợp làm nặng thêm tình trạng bệnh của trẻ như tim bẩm sinh, bất thường cấu trúc đường hô hấp bẩm sinh.

Thay đổi điều trị từ phun khí dung nước muối ưu trương 3% sang loại khí dung khác hoặc ngược lại hoặc không đủ liều lượng và thời gian.

- Phối hợp từ hai loại khí dung trong điều trị.

Bệnh nhi tự bỏ về trong quá trình điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu: áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n_1 : cỡ mẫu cho mục tiêu 1.

- α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ ứng với khoảng tin cậy 95%.

- Z: hệ số tin cậy, do đó $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.
- d = 0,09 (sai số mong muốn).
- p: tỷ lệ triệu chứng cơ năng của trẻ bị viêm tiểu phế quản cấp. Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Quang Nghĩa, tỷ lệ viêm tiểu phế quản có triệu chứng khò khè là 87% hay $p = 0,87$. Từ đó tính được $n = 54$ [4].

Phương pháp chọn mẫu

Mục tiêu 1: Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các trẻ nhập viện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu đến khi đủ số lượng mẫu.

Mục tiêu 2: Chọn mẫu xác suất, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo ngày chẵn, lẻ. Bệnh nhân đến khám ngày chẵn vào nhóm phối hợp với khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị, ngày lẻ vào nhóm điều trị chuẩn đơn thuần cho đến khi đủ số lượng trong thời gian nghiên cứu

2.3 Xử lý các số liệu:

Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. So sánh 2 tỷ lệ với fisher's exact test, so sánh 2 trung bình với independentsample T test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 54 bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung

100% trẻ khỏi bệnh hoàn toàn và được xuất viện. Gần 80% trẻ là trẻ nữ nhi, giới tính nam chiếm 54%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Ghi nhận kết quả sau phun khí dung 24 giờ cho thấy sự cải thiện rõ rệt về điểm số lâm sàng CSS ở nhóm khí dung NaCl 3% là $3,68 \pm 1,32$ điểm; nhịp thở trung bình $40,7 \pm 1,9$ lần/phút so với nhóm không có phun khí dung NaCl 3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 93% trẻ nhóm phun khí dung nước muối ưu trương 3% phục hồi sự ngon miệng và cử bú về bình thường sau 3 ngày điều trị khi so sánh với 81% trẻ ở nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	Khò khè	54	100
	Ho	49	90,8
	Chảy nước mũi	50	92,6
	Thở nhanh	48	89,9

Triệu chứng		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn tiêu hoá	Không	20	37,0
	Nôn, ọc sữa	13	24,1
	Tiêu lỏng	14	25,9
	Nôn + tiêu lỏng	7	13,0
Sốt	Không sốt	28	51,9
	Nhẹ	12	22,2
	Vừa	10	15,5
	Cao	4	7,4
Ran ở phổi	Rít, ngáy	48	88,8
	Ấm	42	77,6
	Khác	2	3,7

Nhận xét: Khò khè là triệu chứng hô hấp nổi bật, chiếm tỷ lệ cao nhất với 100%. Đa phần trẻ có rối loạn tiêu hoá kèm theo với tỷ lệ 63,0%, trong đó triệu chứng nôn, ọc sữa chiếm gần 37,1%, tiêu lỏng chiếm 38,9%. Không sốt và sốt nhẹ chiếm ưu thế, gần ¾ số trẻ tham gia nghiên cứu.

Bảng 2. Các đặc điểm cận lâm sàng

Triệu chứng		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Bình thường	42	77,8
	Tăng	12	22,2
	Neutrophil ưu thế	34	63,0
	Lympho ưu thế	20	37,0
X-quang ngực	Bình thường	32	59,3
	Ứ khí	21	38,9
	Thâm nhiễm nhu mô	8	14,8
	Thâm nhiễm mô kẽ	6	11,1
	Xẹp phổi	0	0

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp tham gia nghiên cứu có số lượng bạch cầu nằm trong giới hạn bình thường theo tuổi (77,8%) và tỷ lệ bạch cầu neutrophil chiếm ưu thế (63,0%). Kết quả X-quang ngực ghi nhận đa phần là bình thường chiếm tỷ lệ 59,3%, tổn thương thường gặp nhất là ứ khí với tỷ lệ 38,9%, kế tiếp là thâm nhiễm nhu mô và mô kẽ với tỷ lệ lần lượt là 14,8% và 11,1%. Không có trẻ nào ghi nhận xẹp phổi.

3.3 Kết quả phun khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Bảng 3. Điểm số đánh giá độ nặng về lâm sàng (CSS), công cụ đánh giá nguy cơ nguy ngập hô hấp (RDAI) và tần số thở sau 3 ngày điều trị

Thang điểm	Ngày vào viện	Ngày 3	p
CSS (điểm)	5,6 (3-9)	2 (0-4)	<0,01
RDAI (điểm)	6 (3-10)	1 (0-3)	<0,01
Nhịp thở (lần/phút)	56,21 (38-68)	41,23 (32-50)	<0,01

Nhận xét: Lâm sàng cải thiện điểm CSS, RDAI, nhịp thở so sánh vào hai thời điểm lúc vào viện và sau ba ngày điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Trong 54 bệnh nhi mắc viêm tiểu phế quản cấp trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là trẻ nhũ nhi. Đây cũng chính là nhóm tuổi hay gặp nhất ở trẻ viêm tiểu phế quản cấp. Điều này được lý giải là do trẻ nhũ nhi có đường thở ngắn và nhỏ hơn, kháng lực đường thở cao dễ gây bí tắc. Hơn nữa, khả năng miễn dịch trong năm đầu đời chưa hoàn chỉnh, lượng kháng thể IgG truyền từ mẹ sang con trong những tháng cuối thai kỳ chỉ đủ bảo vệ trẻ trong 2 tháng đầu đời sau sinh. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam (57,35%) cao hơn so với trẻ nữ (42,65%) là do trẻ nam có liên quan đến sự tăng nhạy cảm với nhiễm RSV do tính đa hình của nucleotid và IL-9 cũng như bé trai có đường thở nhỏ hơn và ngắn hơn trong tương quan với kích thước phổi so với bé gái. Điều tương tự cũng được mô tả trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thanh Hải (2022) với tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam và nữ lần lượt là 54,8% và 45,2% [1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.2.1. Lâm sàng

Nguyên nhân thường gặp gây viêm tiểu phế quản cấp là do siêu vi, nhất là RSV. Do đó thường có biểu hiện rối loạn tiêu hoá, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi biểu hiện này chiếm gần 2/3 trẻ. Khò khè là dấu hiệu biểu hiện tắc nghẽn đường hô hấp dưới. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% có biểu hiện khò khè với các mức độ khác nhau lúc nhập

viện. Thở nhanh là biểu hiện sớm gợi ý tình trạng tổn thương đường hô hấp dưới, gặp trong 89,9% bệnh nhi trong nghiên cứu. Điều này cũng tương đồng với hầu hết các nghiên cứu như nghiên cứu của các giả Nguyễn Ngọc Phúc (91,8%) (2019) [5]. Thân nhiệt bình thường hoặc tăng nhẹ chiếm gần ¼ các trường hợp phù hợp với lâm sàng do nhiễm siêu vi.

4.2.2. Cận lâm sàng

Giá trị số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường (77,8%) và bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế (63,0%) tương đồng với lý thuyết cũng như trong các nghiên cứu của các tác giả khác. Đa phần hình ảnh Xquang ngực là bình thường, nếu có tổn thương thì dạng ứ khí và thâm nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất, lý giải cho tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí-biểu hiện chính trong cơ chế bệnh sinh của viêm tiểu phế quản cấp.

4.3. Kết quả phun khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Theo tác giả Francois Angoulvant và cộng sự nghiên cứu trên 772 bệnh nhi viêm tiểu phế quản cấp phân ngẫu nhiên 385 (49,5%) trẻ được phun khí dung NaCl 3% và 387 (49,8%) trẻ không phun khí dung NaCl 3%. Sau 72 giờ, điểm CSS của nhóm 1 là $1,64 \pm 0,99$ và của nhóm 2 là $3,0 \pm 1,48$ (KTC 95% -2,17 đến -0,53, $p = 0,002$). Mức độ cải thiện điểm trung bình của RDAI ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 (MD -0,7; KTC95%-1,2-0,2; $p = 0,006$). Thời gian nằm viện ở nhóm 1 ngắn hơn so với nhóm 2 ($58,1 \pm 22,0$ giờ so với $74,7 \pm 27,2$ giờ, KTC 95% -26,89 đến -6,17, $p = 0,002$) [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Hoàng năm 2018 trên 46 bệnh nhi nhóm phun khí dung NaCl 3% và 50 trong nhóm không phun khí dung NaCl 3% ghi nhận kết quả sau phun khí dung 24 giờ cho thấy sự cải thiện rõ rệt về điểm số lâm sàng theo CSS ở nhóm khí dung NaCl 3% là $3,68 \pm 1,32$; nhịp thở trung bình $40,7 \pm 1,9$ so với nhóm không phun khí dung NaCl 3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [2]. Điều này hoàn toàn tương tự với nghiên cứu của chúng tôi từ kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp bằng NaCl 3% và những cải thiện lâm sàng có ý nghĩa thống kê về điểm CSS, RDAI, nhịp thở sau 3 ngày điều trị và thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi thường mắc viêm tiểu phế quản cấp là ở trẻ nhũ nhi với trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ nữ. Khò khè và thở nhanh là biểu hiện lâm sàng thường gặp khiến thân nhân đưa trẻ đến khám tại bệnh viện. Khí dung nước muối ưu trương 3% có thể giúp cải thiện lâm sàng được ghi nhận qua điểm số độ nặng

về lâm sàng (CSS), nguy cơ nguy ngập hô hấp cấp (RDAI) và nhịp thở có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) sau 3 ngày điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả cắt ngang do vậy chưa có bằng chứng đủ mạnh để chứng minh hiệu quả của khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp. Cần thêm nhiều nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng để tăng độ tin cậy cho điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng và tổn thương X-quang phổi ở trẻ viêm tiểu phế quản cấp có nhiễm RSV tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá. Tạp chí y học Việt Nam. 2022.516(2),27-30, doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v516i2.3032>.
2. **Nguyễn Bích Hoàng.** Hiệu quả của khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản trẻ em tại bệnh viện sản nhi Bắc Giang. Tạp chí nghiên cứu và thực hành nhi khoa 2019.(2):64-70, doi:<http://dx.doi.org/10.25073/jprp.v3i2.128>.
3. **Phạm Thị Minh Hồng.** Viêm tiểu phế quản cấp.

Nhi khoa. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2020.105-115.

4. **Bùi Quang Nghĩa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tiểu phế quản cấp và kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. ĐHYDCT. 2017.
5. **Nguyễn Ngọc Phúc.** Đặc điểm viêm tiểu phế quản trung bình ở trẻ em điều trị với khí dung nước muối ưu trương Natri Clorua 3% và Salbutamol tại bệnh viện Nhi Đồng 1. tapchihocphcm. 2019.23(1),116-121.
6. **Angoulvant F, Bellétre X, Milcent K.** Effect of nebulized hypertonic saline treatment in emergency departments on the hospitalization rate for acute bronchiolitis: a randomized clinical trial. JAMA pediatrics. 2017.171(8),e171333-e171333, doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1333.
7. **Milder E, Arnold J.C.** Human metapneumovirus and human bocavirus in children. Pediatric research. 2009.65(7),78-83.
8. **Ralston S, Hill V, Martinez M.** Nebulized hypertonic saline without adjunctive bronchodilators for children with bronchiolitis. Pediatrics. 2010.126(3),e520-5, doi:10.1542/peds.2009-310.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHÍT HEP ỚNG TAI NGOÀI MẮC PHẢI

Nguyễn Thanh Minh¹, Lê Hồng Anh¹, Lê Hồng Ánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chít hep ống tai ngoài mắc phải.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 32 bệnh nhân được chẩn đoán chít hep ống tai ngoài mắc phải, điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 09 năm 2023.

Kết quả: Nguyên nhân thường gặp nhất là chít hep sau chấn thương (68,75%), thứ 2 là do u ống tai ngoài (21,88%); Bệnh nhân chủ yếu nghe kém dẫn truyền (79,41%); Phương pháp phẫu thuật chính là chỉnh hình ống tai ngoài đơn thuần (68,8%), thứ 2 là kết hợp với tiết căn xương chũm cải biên (24,96%); Kết quả điều trị tốt, bệnh nhân cải thiện rõ rệt các triệu chứng, đặc biệt là nghe kém; Tuy nhiên có thể gặp tình trạng tái hẹp sau mổ (15,62%), điều trị bằng đặt merocel nong ống tai, kết hợp tiêm corticoid tại chỗ, thậm chí phải phẫu thuật lại.

Kết luận: Chít hep ống tai ngoài mắc phải thường

gặp sau chấn thương, bệnh nhân chủ yếu nghe kém dẫn truyền, tình trạng này được cải thiện tốt sau phẫu thuật. Vấn đề sau mổ thường gặp nhất là tình trạng tái hẹp, việc điều trị còn khó khăn và đòi hỏi sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

Từ khoá: Chít hep ống tai ngoài, phẫu thuật chỉnh hình ống tai.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF ACQUIRED EXTERNAL AUDITORY CANAL STENOSIS

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate surgical outcomes in patients with acquired external auditory canal stenosis.

Patients and methods: A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 32 patients diagnosed with acquired external auditory canal stenosis and treated at the Vietnam National ENT Hospital between January 2020 and September 2023. Clinical presentation, imaging findings, intraoperative observations, and postoperative results were analyzed.

Results: The most common etiology was post-traumatic stenosis (68.75%), followed by external auditory canal tumors (21.88%). The majority of patients presented with conductive hearing loss (79.41%). Canalplasty

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Minh

Email: minhnguyenthanh.ori@gmail.com

Mã bài: N516

Ngày nhận bài: 11/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/5/2026

Ngày duyệt bài: 11/6/2026