

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

alone was the primary surgical technique (68.8%), while modified radical mastoidectomy combined with canalplasty accounted for 24.96%. Postoperative outcomes were favorable, with significant improvement in auditory function and resolution of symptoms. However, restenosis occurred in 15.62% of cases, most frequently within the first year after surgery. Management included merocel stenting with or without local corticosteroid injection, and in some cases, revision surgery was required.

Conclusions: Acquired external auditory canal stenosis is most frequently associated with trauma and typically manifests with conductive hearing loss. Surgical intervention, particularly canalplasty, provides favorable anatomical and functional outcomes. Nevertheless, postoperative restenosis remains the most common complication, highlighting the need for strict follow-up and patient adherence to postoperative care.

Keywords: External auditory canal stenosis, canalplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chít hẹp ống tai ngoài (OTN) là bệnh lý mà OTN bị chít hẹp một phần hay toàn bộ, thậm chí không có lỗ tai ngoài. Tùy vào mức độ tổn thương như vị trí chít hẹp, mức độ chít hẹp mà dẫn đến mức độ nghiêm trọng khác nhau. Bệnh không chỉ ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng nghe gây ra nhiều khó khăn trong quá trình giao tiếp, học tập và làm việc. Chít hẹp OTN gặp bởi nhiều nguyên nhân được xếp thành các nhóm: chít hẹp OTN bẩm sinh (dị dạng OTN) và chít hẹp OTN mắc phải. Chít hẹp OTN có thể đơn thuần hoặc cả sụn, xương ống tai, chỉ ở cửa tai hay dọc cả ống tai. [1].

Phẫu thuật điều trị chít hẹp OTN đã được đề cập từ lâu, tuy nhiên kết quả còn một số vấn đề, đặc biệt là tình trạng tái chít hẹp, điều trị chít hẹp OTN vẫn là thách thức lớn cho ngành Tai Mũi Họng [2]. Kết quả và tiên lượng thành công của phẫu thuật chỉnh hình OTN phụ thuộc vào mức độ tổn thương và nguyên nhân của bệnh vốn rất đa dạng. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đi sâu vào các nguyên nhân của chít hẹp OTN và hiệu quả điều trị. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN chẩn đoán chít hẹp OTN mắc phải, điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, từ 01/2020 đến 09/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

BN được chẩn đoán chít hẹp OTN

Được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, tái khám theo hẹn

Tiêu chuẩn loại trừ

Chít hẹp OTN bẩm sinh.

Không phẫu thuật, không tái khám theo hẹn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả

2.3. Xử lý số liệu

Theo phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Chỉ số	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nữ	10	31,25
Nam	22	68,75
Tuổi		
< 20	1	3,12
20 – 40	17	53,13
41 – 60	10	31,25
> 60	4	12,5
Nguyên nhân		
Do chấn thương	22	68,75
Do viêm	1	3,12
Do khối u	7	21,88
Do phẫu thuật	2	6,25
Triệu chứng cơ năng		
Ù tai	12	37,5
Nghe kém	25	78,12
Đau tai	5	15,62
Khó vệ sinh tai	28	87,5
Chảy dịch tai	10	31,25

Nhận xét: Bệnh thường gặp ở nam (68,75%), nhóm trung niên (53,13%); Nguyên nhân hàng đầu là do chấn thương (68,75%); Có nhiều triệu chứng cơ năng, hàng đầu là khó vệ sinh tai (87,5%) và nghe kém (78,12%).

Đặc điểm thính lực đồ

Bảng 2. Đặc điểm thính lực đồ

Loại nghe kém	n	%
Dẫn truyền	27	79,41
Hỗn hợp	7	20,59
Tiếp nhận	0	0
Tổng số tai	34	100
PTA: 41,65 ± 11,36; ABG: 22,59 ± 6,41		

Nhận xét: Chủ yếu nghe kém dẫn truyền (79,41%). PTA trung bình: 41,65.

Đặc điểm phim chụp CLVT

Bảng 3. Đặc điểm phim chụp CLVT

Đặc điểm chít hẹp	n	%
Chỉ phần sụn	13	38,23
Chỉ phần xương	7	20,59
Cả sụn và xương	14	41,18
Tổng số tai	34	100

Nhận xét: Chít hẹp toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (41,18%).

Đặc điểm tổn thương trong mổ

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trong mổ

Tổn thương	n	%
U xương OTN	6	18,75
Cholesteatoma OTN	13	40,63
Cholesteatoma xương chũm	5	15,62
Thủng màng nhĩ	1	3,12
Trật khớp xương con	1	3,12
Tiêu xương con	3	9,36

Nhận xét: Có nhiều tổn thương phối hợp, thường gặp nhất là cholesteatoma OTN (40,63; Có thể có trật khớp xương con do chấn thương/ tiêu xương con do cholesteatoma

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Chỉnh hình OTN đơn thuần	22	68,8
TCXC cải biên + chỉnh hình OTN	8	24,96
Tạo hình tai giữa + chỉnh hình OTN	1	3,12
Tạo hình tai giữa có tái tạo xương con + chỉnh hình OTN	1	3,12
Tổng số	32	100

Nhận xét: Chỉnh hình OTN đơn thuần được áp dụng phổ biến nhất (68,8%).

3.2. Đánh giá kết quả

Biến chứng sau mổ

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng gần		
Chảy máu	1	3,12
Liệt mặt	1	3,12
Biến chứng xa		
Chảy dịch tai dai dẳng	3	9,36
Nhiễm trùng	1	3,12
Tái chít hẹp	5	15,62

Nhận xét: Giai đoạn sớm có thể có chảy máu, liệt mặt ngoại biên (tạm thời); Biến chứng xa phổ biến nhất là tái hẹp (15,62%).

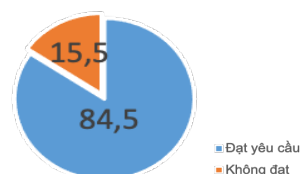
Biến chứng tái hẹp sau mổ

Bảng 7. Biến chứng tái hẹp sau mổ

	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian tái hẹp		
< 6 tháng	3	60
6 – 12 tháng	1	20
> 12 tháng	1	20
Phương pháp xử lý		
Nong ống tai	2	40
Nong ống tai + tiêm corticoid	2	40
Phẫu thuật lại	1	20

Nhận xét: Thường gặp nhất là 6 tháng sau mổ; Xử lý bằng nhiều biện pháp, tùy theo mức độ, có thể là đặt vật liệu nong ống tai, kết hợp tiêm corticoid tại chỗ, hoặc thậm chí phẫu thuật lại.

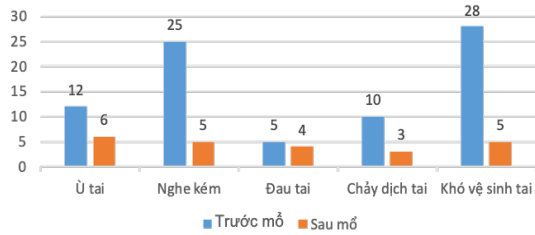
Đánh giá kết quả giải phẫu



Biểu đồ 1. Đánh giá kết quả giải phẫu

Nhận xét: Sau phẫu thuật, kết quả giải phẫu đạt được khá tốt, 84,5% số bệnh nhân có ống tai rộng rãi, khô sạch.

Đánh giá cải thiện triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 2. Đánh giá cải thiện triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Sau phẫu thuật, triệu chứng cơ năng được cải thiện rõ rệt, BN giảm ù tai, nghe tốt hơn, giảm đau tai, có thể tự vệ sinh tai dễ dàng.

Đánh giá cải thiện chức năng nghe

Bảng 9. Đánh giá cải thiện chức năng nghe

Kết quả thính lực	Trước mổ	Sau mổ	p
PTA	41,65 ± 11,36	30,31 ± 5,85	0,001
ABG	22,59 ± 6,41	16,16 ± 3,41	0,001

Nhận xét: Chức năng nghe được cải thiện rõ rệt sau mổ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Bệnh gặp ở nhiều nhóm tuổi, từ 20-40 chiếm tỷ lệ cao nhất: 53,13% - tương đồng với nghiên cứu của Tống Mai Hương, Trần Văn Quang [3,4]. Tỷ lệ nam/nữ là 2,2; theo Tống Mai Hương, tỷ lệ nam/nữ là 2,9; theo M. Bajin, tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ khoảng 3-4 lần [2]; Nhìn chung các kết quả cho thấy nam gặp nhiều hơn nữ.

Về nguyên nhân, nhóm sau chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất: 68,75%, thứ 2 là do u OTN (21,88%); Kết quả tương đồng với Trần Văn Quang, M. Bajin [2,3], cho thấy chít hẹp tai ngoài sau chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất. Điều này cũng phù hợp với tình hình tai nạn giao thông của nước ta, các vụ tai nạn có chấn thương vùng tai rất thường gặp. Có 7 BN đến viện là do khối u làm hẹp ống tai, với 6 trường hợp là khối u xương ống tai ngoài, 1 BN có khối u nhú ống tai, đây cũng là nguyên nhân khá thường gặp gây chít hẹp ống tai ngoài. Theo Tống Mai Hương, có 1 BN bị chít hẹp ống tai do bệnh lý loạn sản xơ xương [3].

Có 1 BN hẹp OTN sau phẫu thuật khoét chũm tiết căn - ở BN này, việc chảy dịch tai dai dẳng sau phẫu thuật khiến BN ngứa nhiều, ngứa tai liên tục, từ đó hình thành mô hạt, lâu dần tiến triển thành các dải xơ

sẹo gây co kéo làm hẹp dần ống tai, BN không đi tái khám và chăm sóc hốc mổ theo hướng dẫn của bác sỹ, chỉ đến khi ống tai hẹp tịt thì mới đến viện khám. 1 trường hợp còn lại, BN đã được chỉnh hình OTN, tuy nhiên sau đó BN ngứa tai nhiều và cũng không tái khám định kỳ khiến cho OTN tái hẹp trở lại.

Triệu chứng thường gặp nhất là khó vệ sinh tai, nghe kém, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN, khiến họ đi khám bệnh. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Trần Văn Quang (100% khó vệ sinh tai, 96,7% nghe kém) [4], Tống Mai Hương (91,4% và 88,6%) [3].

4.1.2. Đặc điểm thính lực đồ

Theo nhiều nghiên cứu, trong chít hẹp OTN thường gặp nghe kém dẫn truyền, điều này phù hợp với cơ chế sinh lý nghe. Theo Tống Mai Hương, Trần Văn Quang, tỷ lệ nghe kém dẫn truyền là 75% và 86,7% [3,4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghe kém dẫn truyền chiếm 79,41%, hầu hết là sau chấn thương. Nhìn chung, nghe kém dẫn truyền có tiên lượng tốt, đặc biệt khi ta phẫu thuật giải quyết tình trạng chít hẹp ống tai, những tổn thương kèm theo (nếu có) như thủng màng nhĩ, tổn thương xương con... đem lại cải thiện tốt về chất lượng cuộc sống cho BN.

4.1.3. Đặc điểm phim chụp CLVT

Hẹp OTN đơn thuần chỉ phần sụn chiếm 38,23%, chỉ phần xương là 20,59%, toàn bộ cả ống tai: 41,18%. Đánh giá vị trí chít hẹp rất quan trọng để tiên lượng, hầu hết các tác giả thống nhất rằng chít hẹp đơn thuần phần ống tai sụn có tiên lượng tốt, phẫu thuật dễ dàng và tỷ lệ thành công cao, ít nguy cơ biến chứng. Chít hẹp toàn bộ OTN phẫu thuật sẽ khó khăn, nguy cơ tái phát cao và nhiều biến chứng hơn, đặc biệt trong quá trình khoan xương, cần kiểm soát tốt tránh nguy cơ tổn thương khớp thái dương hàm, màng nhĩ, xương con... Theo Carlos, nguy cơ tổn thương tai giữa như tổn thương xương con, màng nhĩ có thể lên đến 25% trong những trường hợp chít hẹp toàn bộ OTN [5].

4.1.4. Đặc điểm tổn thương trong mổ

Mặc dù phim CLVT đã cung cấp một số thông tin về tổn thương, tuy nhiên với những cấu trúc rất nhỏ, ví dụ như xương con, dây VII... thì phim CLVT thông thường chưa đủ để đánh giá. Việc đánh giá trực tiếp trong mổ để có phương pháp phẫu thuật phù hợp rất quan trọng. Một số tổn thương gặp trong nghiên cứu: thủng màng nhĩ (1 BN), trật khớp xương con (1 BN), cholesteatoma làm tiêu – gián đoạn xương con (3BN)... Tổn thương thường gặp nhất là cholesteatoma OTN (13 BN), cholesteatoma trong xương chũm ăn mòn phá hủy xương (5 BN).

4.1.5. Phương pháp phẫu thuật

Tùy loại tổn thương mà chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Hầu hết chỉ cần chỉnh hình OTN đơn thuần (22 trường hợp). Ngoài ra, có 1 BN cần thực hiện vá nhĩ, 1 trường hợp trật khớp xương con được tiến hành chỉnh hình xương con; 8 BN cần phẫu thuật TCXC cải biên nhằm đảm bảo lấy bỏ hoàn toàn bệnh tích cholesteatoma để tránh nguy cơ biến chứng. Phẫu thuật chỉnh hình OTN ưu điểm là giữ được kích thước và hình thù cơ bản của ống tai bình thường. Theo Carlos [5], kể cả với trường hợp chít hẹp phần mềm OTN vẫn nên mở rộng ống tai xương để giúp duy trì độ rộng của ống tai, do mô mềm có xu hướng thu hẹp lại trong quá trình hồi phục. Ống tai rộng giúp cho quá trình hậu phẫu theo dõi và làm sạch tốt hơn.

4.2. Đánh giá kết quả

4.2.1. Biến chứng sau mổ

Kết quả gần rất tốt, các biến chứng nặng như tổn thương dây VII thật sự, tổn thương khớp thái dương hàm, tổn thương xương con, hoại tử vật ... không ghi nhận. Có 1 trường hợp có liệt mặt, xuất hiện sớm ngay sau mổ và mất đi sau 1 ngày, theo chúng tôi có thể là do gây tê tại chỗ. Có 1 trường hợp chảy máu tại mép vết mổ, được xử trí bằng cách ép gạc tẩm Oxy già và băng ép thì đã ổn định.

Về biến chứng xa, có 1 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, tại chân chỉ khâu vết mổ, BN được chỉ định trí nhiễm trùng, làm sạch tổ chức viêm, băng ép và dùng kháng sinh, tình trạng ổn định sau 1 tuần; Có 3 BN chảy dịch tai dai dẳng, đây là 3 BN có phẫu thuật TCXC cải biên. Chúng ta đều biết sau phẫu thuật tiết căn, một vấn đề gây khó chịu cho BN là tình trạng chảy dịch tai dai dẳng từ hốc mổ, theo một số báo cáo, như Nguyễn Hoàng Huy là 7,5% [6], theo KOS là 6,5% [7].

4.2.2. Biến chứng tái hẹp sau mổ

Có 5 trường hợp tái hẹp sau mổ (15,62%), chủ yếu xuất hiện trong 1 năm đầu tiên sau phẫu thuật, có 1 trường hợp sau hơn 1 năm thì xuất hiện tái hẹp. Theo Carlos tỷ lệ chít hẹp lại OTN lên tới 18% [5].

Với 5 BN tái hẹp sau mổ, chúng tôi tiến hành đặt merocel nong rộng ống tai và dặn BN tái khám đúng hẹn. Có 2 trường hợp đáp ứng tốt, ống tai rộng và được tiếp tục theo dõi; Có 3 trường hợp tổ chức xơ sẹo dày, đặt merocel đáp ứng chậm, chúng tôi tiến hành kết hợp tiêm corticoid tại chỗ, trực tiếp vào mô xơ sẹo (Triamcinolone), 1 tháng tiêm 1 mũi, đánh giá qua 5 đợt tiêm cho kết quả tốt, ống tai khô, rộng. Tuy nhiên, vẫn có 1 trường hợp kết hợp cả đặt merocel và tiêm Corticoid tại chỗ, do BN không kiên trì tuân thủ điều trị, nên ống tai đã chít hẹp lại sau mổ 16

tháng, kết quả là BN đã phải tiến hành phẫu thuật lại. Theo Carlos, với những trường hợp chít hẹp lại ở giai đoạn sớm mà bản chất là phần mềm thì có thể tiêm Triamcinolone vào tổn thương chít hẹp, với giai đoạn muộn thì phải phẫu thuật lại [5].

4.2.3. Đánh giá kết quả giải phẫu

Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá kết quả xa, đạt yêu cầu về phẫu thuật là 27/32 trường hợp chiếm tỷ lệ (84,5%). Có 5/32 không đạt. Cả 5 trường hợp này đều bị chít hẹp lại OTN, đây chính là thất bại của phẫu thuật. Trong đó có 1 trường hợp điều trị nội khoa, đặt nong ống tai tích cực tuy nhiên BN không tuân thủ quá trình điều trị, thất bại và phải phẫu thuật lại.

Chít hẹp lại OTN là vấn đề thường gặp nhất sau phẫu thuật. Hầu hết các nghiên cứu đều thống nhất đây là vấn đề gặp nhiều nhất. Theo Carlos, tỷ lệ chít hẹp lại OTN lên tới 18% trường hợp [5]. Theo Cruz, trong 87 trường hợp chít hẹp OTN bẩm sinh đã phẫu thuật có 13/87 (14,9%) trường hợp chít hẹp lại OTN trong đó 7 trường hợp chít hẹp phần mềm, 6 trường hợp chít hẹp phần xương [8]. Mặc dù được theo dõi đến 9 năm sau phẫu thuật, nhưng phần lớn chít hẹp lại thường xảy ra ở năm đầu tiên sau phẫu thuật. Chít hẹp lại sớm sau phẫu thuật thường do không lấy hết được các tổ chức xơ sẹo.

4.2.4. Đánh giá cải thiện triệu chứng cơ năng

Theo biểu đồ 2, sau phẫu thuật hầu hết các triệu chứng khó chịu về mặt cơ năng đã được cải thiện tốt, BN có thể tự vệ sinh tai dễ dàng, tình trạng chảy dịch tai giảm, khả năng nghe được cải thiện, BN cũng đỡ ù tai hơn nên chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt; Có 5 trường hợp tái hẹp và khó khăn trong chức năng vệ sinh tai, dẫn tới ứ đọng ráy tai, dịch xuất tiết gây cảm giác khó chịu.

4.2.5. Đánh giá cải thiện chức năng nghe

Có cải thiện đáng kể về chức năng nghe sau phẫu thuật, ngưỡng nghe trung bình PTA cải thiện tốt (trước mổ là 41,65, sau mổ nâng lên 30,31dB), khoảng ABG có thu hẹp tới 16,16 dB, các kết quả có ý nghĩa về mặt thống kê. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò của phẫu thuật, cải thiện chất lượng cuộc sống của BN nhiều mặt, từ chức năng nghe, giao tiếp, tới khả năng tự vệ sinh tai, loại bỏ cảm giác ù tai, đau tức trong tai.

V. KẾT LUẬN

Chít hẹp OTN mắc phải thường gặp nhất là sau chấn thương, đứng thứ 2 là do khối u ống tai ngoài; BN thường đến viện vì nghe kém, khó vệ sinh được tai; BN chủ yếu nghe kém dẫn truyền, tổn thương trong mô ngoài chít hẹp ống tai sụn/xương thì có thể gặp cholesteatoma OTN, có thể

có cholesteatoma xương chũm, trật khớp/ tiêu xương con... Sau phẫu thuật BN cải thiện đáng kể triệu chứng nghe kém, ù tai, chảy dịch tai... Biến chứng tái hẹp có thể gặp, thường gặp nhất là trong năm đầu tiên sau mổ; Xử lý tái hẹp đa số bằng đặt merocel nong ống tai, kết hợp với tiêm corticoid tại chỗ cho kết quả khả quan, với điều kiện BN cần kiên trì và tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chris De Souza** (2012). Atlas of Otologic Surgery and Magic Otology, vol 1, 387.
2. **Bajin MD, Yilmaz T** (2015). Management of acquired atresia of the external auditory canal. J Int Adv Otol, 11(2), pp.147-50
3. **Tổng Mai Hương** (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và hiệu quả điều trị chít hẹp ống tai ngoài. Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học y Hà Nội
4. **Trần Văn Quang** (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và chức năng nghe của chít hẹp ống tai ngoài mắc phải. Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học Y Hà Nội
5. **Carlos Esquivel, Robert A** (2004). "Canalplasty for canal stenosis", Middle ear and Mastoid surgery, 23, pp:188-197.
6. **Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Tấn Phong** (2014). Nghiên cứu phẫu thuật khoét chũm tiết căn cải biên chỉnh hình tai giữa điều trị viêm tai xương chũm mạn tính. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam, volume (59-22), tr.27-31
7. **Kos MI, Castrillon R** (2004). Anatomic and functional long-term results of canal wall-down mastoidectomy. The Annals of Otolaryngology and Laryngology, 113, p.872
8. **De La Cruz A, Teufert KB** (2003). Congenital aural atresia surgery: long-term results. Otolaryngol Head Neck Surg, 129(1), pp. 121-127.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG BUPIVACAIN KẾT HỢP VỚI FENTANYL TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÙNG VƯƠNG

Hoàng Thị Ngọc Trâm¹, Tạ Anh Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả giảm đau và một số tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ bằng bupivacain kết hợp với fentanyl tại bệnh viện đa khoa Hùng Vương từ 6/2024 đến 6/2025. Nghiên cứu mô tả tiến hành trên 222 sản phụ chuyển dạ được giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng. Kỹ thuật thực hiện ở giai đoạn IB của chuyển dạ (93,7%). Điểm đau VAS trung bình giảm rõ rệt từ $6,59 \pm 1,2$ trước gây tê xuống còn $3,31 \pm 1,5$ sau 30 phút ($p < 0,001$). Khả năng rặn tốt (73,4%). Các tác dụng không mong muốn có tỷ lệ thấp như bí tiểu (4,1%), buồn nôn, nôn (5,9%) và ngứa (9,0%). Mức độ hài lòng cao ở sản phụ (95,5%).

Từ khóa: Gây tê ngoài màng cứng, giai đoạn chuyển dạ, bupivacain, fentanyl

SUMMARY

ANALGESIC EFFECTIVENESS AND SELECTED ADVERSE EFFECTS OF EPIDURAL ANALGESIA USING BUPIVACAINE COMBINED WITH FENTANYL DURING LABOR AT HUNG VUONG GENERAL HOSPITAL

Evaluation of analgesic efficacy and selected adverse effects of epidural analgesia using Bupivacaine combined with Fentanyl during labor at Hung Vuong General Hospital from June 2024 to June 2025. A descriptive study was conducted on 222 parturients in labor who received epidural analgesia. The technique was primarily performed during stage IB of labor (93.7%). The mean Visual Analog Scale (VAS) pain score decreased significantly from 6.59 ± 1.2 before epidural administration to 3.31 ± 1.5 at 30 minutes after the procedure ($p < 0.001$). Effective pushing efforts were observed in 73.4% of cases. The incidence of adverse effects was low, including urinary retention (4.1%), nausea and vomiting (5.9%), and pruritus (9.0%). A high level of maternal satisfaction was reported (95.5%). These findings suggest that epidural analgesia using bupivacaine combined with fentanyl provides effective pain relief during labor with a low rate of adverse effects and high maternal satisfaction.

Keywords: Epidural analgesia, labor stage, bupivacaine, fentanyl.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện đa khoa Hùng Vương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Ngọc Trâm

Email: hoangthingoctram@tump.edu.vn

Mã bài: N416

Ngày nhận bài: 19/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2026

Ngày duyệt bài: 19/5/2026