ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT RÒ LUÂN NHĨ BẨM SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Hà Thị Dung[1], Nguyễn Công Hoàng[2], Nguyễn Thị Phương Thảo[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật rò luân nhĩ bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 130 bệnh nhi dưới 16 tuổi được phẫu thuật từ tháng 01/2025 đến tháng 07/2026. Kết quả được đánh giá trong thời gian nằm viện, tại 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và tiếp tục ghi nhận tái phát sau mốc này.

Kết quả: Tuổi trung bình là 72,87 ± 48,12 tháng; nữ chiếm 61,5%. Rò hai bên gặp ở 48,5%; 135 tai được phẫu thuật. Có 98,5% bệnh nhi từng viêm, 50,8% viêm từ ba lần trở lên và 63,1% có áp xe khi khám. Biểu mô lát tầng sừng hóa chiếm 86,2%; tổng tỷ lệ biểu mô lát tầng là 96,9%. Lấy đường rò đơn thuần chiếm 53,8%; 39,2% phối hợp chích/rạch áp xe và 16,9% cần tạo hình. Nhiễm trùng và sưng nề sau mổ lần lượt là 0,8% và 2,3%. Sau 3 tháng, 100% liền vết mổ tốt, không ghi nhận lỗ rò hoặc áp xe tái xuất hiện; 99,2% gia đình hài lòng. Một trường hợp viêm tấy tái phát ở tháng thứ 5 (0,8%).

Kết luận: Bệnh nhi được phẫu thuật chủ yếu khi đã có viêm tái diễn hoặc áp xe. Kết quả sớm thuận lợi với tỷ lệ biến chứng sau mổ và tái phát thấp; cần theo dõi dài hạn để đánh giá độ bền vững.

Từ khóa: *Rò luân nhĩ; trẻ em; giải phẫu bệnh; phẫu thuật; tái phát.*

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EARLY SURGICAL OUTCOMES OF CONGENITAL PREAURICULAR SINUS IN CHILDREN AT THANH HOA CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe clinical and histopathological characteristics and evaluate early surgical outcomes of congenital preauricular sinus in children at Thanh Hoa Children's Hospital.

Subjects and methods: A descriptive case series with longitudinal follow-up, combining retrospective and prospective data, included 130 children younger than 16 years who underwent surgery from January 2025 to July 2026. Clinical features, histopathology, surgical procedures, complications, and outcomes at 2 weeks, 1 month, and 3 months were analyzed; recurrence beyond 3 months was also recorded.

Results: Mean age was 72.87 ± 48.12 months and 61.5% were female. Bilateral sinuses were present in 48.5%, although only 5/130 children underwent simultaneous bilateral surgery; 135 ears were operated on. Previous inflammation was reported in 98.5%, including three or more episodes in 50.8%; abscess was identified in 63.1% at examination. Keratinizing stratified squamous epithelium accounted for 86.2%, and stratified squamous epithelium overall for 96.9%. Simple tract excision was performed in 53.8%, excision combined with abscess incision/drainage in 39.2%, and reconstruction in 16.9%. Methylene blue was used in 95.4%. Postoperative infection and edema occurred in 0.8% and 2.3%, respectively. At 3 months, all wounds had healed well with no recurrent pit or abscess; 99.2% of parents/guardians were satisfied. One child developed recurrent cellulitis at month 5, yielding a recurrence rate of 0.8%.

Conclusion: Most children underwent surgery after recurrent inflammation or abscess. Early surgical outcomes were favorable, with low postoperative complication and recurrence rates. Longer follow-up is required to determine the durability of these results.

Keywords: *Preauricular sinus; children; histopathology; surgery; recurrence.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật rò luân nhĩ bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

Rò luân nhĩ bẩm sinh là dị tật tai ngoài, thường

[1]Bệnh viện Nhi Thanh Hoá
[2]Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Dung
Email: hadungbvn@gmail.com
Mã bài: N900
Ngày nhận bài: 9/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 7/6/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

biểu hiện bằng một lỗ nhỏ trước phần lên của gờ luân nhĩ. Đường rò đi vào mô dưới da, có thể ngoằn ngoèo, phân nhánh và nằm sát màng sụn hoặc sụn vành tai. Khi bị bít tắc hoặc bội nhiễm, trẻ có thể xuất hiện tiết dịch, ngứa, sưng đau, viêm tấy hoặc áp xe; viêm tái diễn có thể gây mô hạt, xơ sẹo, biến đổi giải phẫu và ảnh hưởng thẩm mỹ.

Điều trị nội khoa và dẫn lưu giúp kiểm soát nhiễm trùng nhưng không loại bỏ biểu mô đường rò. Vì vậy, phẫu thuật lấy toàn bộ đường rò và các nhánh liên quan là biện pháp điều trị triệt để đối với các trường hợp có triệu chứng, viêm tái diễn, áp xe hoặc chảy dịch kéo dài. Tuy nhiên, phẫu thuật có thể khó khăn do đường rò nhỏ, nhiều nhánh, liên quan với sụn và bị mô viêm, sẹo che lấp. Li và cộng sự ghi nhận 13 tai tái phát trong 782 tai được phẫu thuật (1,67%), trong khi Park và cộng sự báo cáo tỷ lệ tái phát giảm từ 11,1% xuống 1,3% khi áp dụng chiến lược phẫu thuật chuẩn hóa [5,8].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu ở Cần Thơ và Phú Thọ đã mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật, nhưng quần thể, tình trạng nhiễm trùng và tiêu chí đánh giá chưa đồng nhất [1-3]. Tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, đặc điểm bệnh lý này chưa được tổng hợp có hệ thống, đặc biệt về biểu hiện lâm sàng, mô học và kết quả sớm sau mổ.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật rò luân nhĩ bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 130 trẻ dưới 16 tuổi được chẩn đoán rò luân nhĩ bẩm sinh và phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ ngày 01/01/2025 đến ngày 31/07/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: có lỗ rò điển hình hoặc biến thể quanh vành tai; có chỉ định và được phẫu thuật lấy đường rò; bệnh phẩm có kết quả giải phẫu bệnh; hồ sơ đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ tổn thương không phải rò luân nhĩ bẩm sinh, bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa hoặc dẫn lưu mà không lấy đường rò, hồ sơ thiếu bên tổn thương, phương pháp mổ hoặc diễn biến hậu phẫu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu và chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả loạt ca có theo dõi dọc.

Chọn mẫu toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Nội dung và tiêu chuẩn đánh giá

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, các dị tật phối hợp, các tiền sử viêm tấy áp xe, thời gian mắc bệnh.

Khám lâm sàng: phát hiện bên tai rò, vị trí lỗ rò, các triệu chứng cơ năng.

Đặc điểm giải phẫu bệnh: Biểu mô phủ được phân thành biểu mô lát tầng sừng hóa, biểu mô lát tầng không sừng hóa, biểu mô trụ giả tầng và biểu mô lát đơn theo kết luận mô bệnh học.

Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê. Lỗ rò và phạm vi tổn thương được xác định trước khi rạch da; que thăm, xanh methylen hoặc phương tiện phóng đại được sử dụng tùy trường hợp. Đường rò, nhánh phụ, mô viêm và sẹo liên quan được bóc tách; cắt một phần sụn khi đường rò dính chặt hoặc bị sụn che khuất. Ổ áp xe được chích/rạch khi cần. Khuyết phần mềm rộng được đóng trực tiếp và khâu theo lớp hoặc tạo hình bằng vạt tại chỗ tùy tình trạng mô.

Biến cố trong mổ và biến chứng sau mổ được ghi nhận từ biên bản phẫu thuật, phiếu chăm sóc và hồ sơ điều trị. Chảy máu trong mổ được báo cáo theo ghi nhận theo hồ sơ; nghiên cứu không phân tầng lượng máu mất hoặc mức độ can thiệp. Nhiễm trùng sau mổ được xác định khi có sưng, nóng, đỏ, đau kèm dịch mủ hoặc áp xe tại vùng mổ và cần điều trị.

Bệnh nhi được đánh giá trong thời gian nằm viện và tại 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Kết quả tốt khi vết mổ liền, không nhiễm trùng, không còn chảy dịch hoặc áp xe, không tái phát, sẹo không co kéo và vành tai không biến dạng. Tái phát được xác định khi xuất hiện lại lỗ rò, chảy dịch hoặc chất bã kéo dài, nang viêm hay áp xe tại vùng đã phẫu thuật sau khi vết mổ ban đầu đã liền. Các biến cố xuất hiện sau 3 tháng tiếp tục được ghi nhận theo hồ sơ tái khám.

2.4. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu

Số liệu được mã hóa và phân tích bằng SPSS 26.0.

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 130 bệnh nhi, tuổi trung bình là 72,87 ± 48,12 tháng (nhỏ nhất 4, lớn nhất 180 tháng); nhóm 6-10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,2%). Nữ chiếm 61,5%, tỷ số nữ/nam là 1,6/1. Rò hai bên được phát hiện ở 48,5% bệnh nhi; tuy nhiên, đa số chỉ phẫu thuật một bên trong đợt nghiên cứu. Các dị tật phối hợp đã được phát hiện ở tỷ lệ thấp: đường rò bẩm sinh khác 2,3%, dị dạng tai 0,8% và khe hở môi 0,8%.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung và lâm sàng của bệnh nhi (n = 130)

Đặc điểm	n	%
Tuổi, trung bình ± ĐLC (tháng)	72,87 ± 48,12	-
< 2 tuổi	23	17,7
2-5 tuổi	35	26,9
6-10 tuổi	51	39,2
11-<16 tuổi	21	16,2
Nữ	80	61,5
Rò hai bên	63	48,5
Viêm ≥ 2 lần	111	85,4
Viêm ≥ 3 lần	66	50,8
Đau tại thời điểm nhập viện*	87	66,9
Tiết dịch tại thời điểm nhập viện*	48	36,9
Áp xe khi thăm khám*	82	63,1
Dịch vàng/chất bã đậu khi khám*	44	33,8

Có 128/130 bệnh nhi (98,5%) từng viêm đường rò; 85,4% viêm ít nhất hai lần và 50,8% viêm từ ba lần trở lên. Đau là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (66,9%). Khi thăm khám, áp xe chiếm 63,1%, tiếp theo là tiết dịch vàng hoặc chất bã đậu (33,8%). Vị trí lỗ rò chính trước gờ luân nhĩ gặp ở 127/130 trường hợp (97,7%). Một bệnh nhi có thể có đồng thời nhiều triệu chứng hoặc dấu hiệu, do đó tổng tỷ lệ của các nhóm biểu hiện không nhất thiết bằng 100%.

Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh theo bệnh nhi (n = 130)

Biểu mô phủ đường rò	n	%
Biểu mô lát tầng sừng hóa	112	86,2
Biểu mô lát tầng không sừng hóa	14	10,8
Biểu mô trụ giả tầng	2	1,5
Biểu mô lát đơn	2	1,5

Kết quả mô bệnh học cho thấy biểu mô lát tầng sừng hóa chiếm ưu thế (86,2%); nếu gộp biểu mô lát tầng sừng hóa và không sừng hóa, tỷ lệ biểu mô lát tầng là 96,9%.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm (n = 130 bệnh nhi; 135 tai)

Đặc điểm	n	%
Phẫu thuật một bên	125	96,2
Phẫu thuật đồng thời hai bên	5	3,8
Lấy đường rò đơn thuần	70	53,8
Lấy đường rò + chích/rạch áp xe	37	28,5
Lấy đường rò + tạo hình	3	2,3
Lấy đường rò + chích/rạch áp xe + tạo hình	14	10,8
Lấy đường rò hai bên + tạo hình	5	3,8
Lấy đường rò + cắt rò xoang lê	1	0,8
Có sử dụng xanh methylen	124	95,4
Chảy máu được ghi nhận trong mổ	27	20,8
Sưng nề sau mổ	3	2,3
Nhiễm trùng vết mổ	1	0,8
Thời gian nằm viện, TB ± ĐLC (ngày)	10,63 ± 4,81	-
Thời gian hậu phẫu, TB ± ĐLC (ngày)	4,51 ± 2,51	-

Trước phẫu thuật, 97,7% bệnh nhi đã từng được điều trị; nội khoa đơn thuần chiếm 80,0%, nội khoa kết hợp chích/rạch 11,5%, nội khoa kết hợp phẫu thuật 5,4%, và phối hợp cả ba phương pháp 0,8%. Có 125 bệnh nhi phẫu thuật một bên và 5 bệnh nhi phẫu thuật đồng thời hai bên, tương

ứng 135 tai được mổ.

Lấy đường rò đơn thuần là phương pháp phổ biến nhất (53,8%). Tổng cộng 51/130 bệnh nhi (39,2%) được lấy đường rò kết hợp chích/rạch áp xe; 22/130 (16,9%) cần tạo hình. Xanh methylen được sử dụng ở 95,4%. Trong mổ, chảy máu được ghi nhận ở 27 bệnh nhi (20,8%); hồ sơ không phân tầng mức độ chảy máu. Sau mổ có 3 trường hợp sưng nề (2,3%) và 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (0,8%). Thời gian nằm viện trung bình là 10,63 ± 4,81 ngày, trong đó thời gian hậu phẫu trung bình 4,51 ± 2,51 ngày.

Bảng 4. Kết quả khám lại tại 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng (n = 130)

Dấu hiệu	2 tuần n (%)	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)
Liền vết mổ tốt	130 (100)	130 (100)	130 (100)
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Xuất hiện lại lỗ rò	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Áp xe tại vùng mổ	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Co kéo sẹo	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Biến dạng vành tai	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cha mẹ/người giám hộ hài lòng	129 (99,2)	129 (99,2)	129 (99,2)

Tại các mốc 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng, 130/130 bệnh nhi đều liền vết mổ tốt; không ghi nhận lỗ rò tái xuất hiện, áp xe, co kéo sẹo hoặc biến dạng vành tai. Có 129/130 cha mẹ hoặc người giám hộ hài lòng (99,2%) ở cả ba mốc. Sau mốc đánh giá chính 3 tháng, một bệnh nhi xuất hiện viêm tấy tại vùng đã phẫu thuật ở tháng thứ 5, không có áp xe; tỷ lệ tái phát tích lũy ghi nhận là 0,8%.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,07 tuổi, trong đó nhóm 2–10 tuổi chiếm 66,1%. Trẻ thường đến viện khi có viêm, áp xe hoặc chảy dịch tái diễn. Kết quả tương đồng với Đặng Văn Thành và Nguyễn Kỳ Duy Tâm, trong đó nhóm 6–10 tuổi gặp nhiều nhất, và Lê Thanh Huyền và cộng sự, với nhóm 6–15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất [1,3]. Nữ chiếm 61,5%; tuy nhiên, thiết kế loạt ca bệnh viện không cho phép kết luận nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn trong cộng đồng.

Tỷ lệ rò hai bên là 48,5%, nhưng chỉ 5 bệnh nhi được mổ đồng thời hai bên, với tổng cộng 135 tai được phẫu thuật. Rò hai bên không đồng nghĩa với chỉ định mổ hai bên cùng một đợt; lựa chọn bên mổ phụ thuộc triệu chứng và mức độ viêm. Vì vậy, đặc điểm lâm sàng được diễn giải theo bệnh nhi, còn khối lượng phẫu thuật theo số tai.

Viêm tái diễn là đặc điểm nổi bật: 98,5% từng viêm và 50,8% có ít nhất ba đợt; 63,1% có áp xe và 33,8% có dịch vàng hoặc chất bã khi khám. Đặng Văn Thành và cộng sự ghi nhận ở trẻ có áp xe, 52,1% đã điều trị nội khoa đơn thuần và 47,9% từng chích/rạch hoặc dẫn lưu [3]. Trong nghiên cứu hiện tại, 97,7% đã điều trị trước mổ nhưng 50,8% vẫn viêm từ ba lần trở lên, cho thấy điều trị bảo tồn chỉ kiểm soát đợt cấp mà không loại bỏ đường rò.

Biểu mô lát tầng chiếm 96,9%, trong đó loại sừng hóa chiếm 86,2%, cao hơn tỷ lệ 78,6% của Đỗ Duy Khánh và Châu Chiêu Hòa, gần với tỷ lệ biểu mô lát tầng 95% của Đặng Văn Thành và cộng sự, nhưng cao hơn 65,6% của Lê Thanh Huyền và cộng sự [1-3]. Khác biệt có thể liên quan đến tình trạng viêm, mức độ nguyên vẹn bệnh phẩm và cách phân loại. Huang và cộng sự cho thấy đường rò nằm gần sụn luân nhĩ và có thể kèm nang, mô hạt hoặc phản ứng viêm [4], do đó cần phẫu tích sát màng sụn và lấy bỏ đầy đủ mô bệnh lý liên quan.

Lấy đường rò đơn thuần chiếm 53,8%; 39,2% cần phối hợp chích/rạch áp xe và 16,9% cần tạo hình, phản ánh tỷ lệ áp xe cao và tổn thương phần mềm không đồng nhất. Kết quả tốt sau 3 tháng trong các nghiên cứu trong nước dao động 91,1–93,75%, tùy quần thể và kỹ thuật [1,3].

Xanh methylen được sử dụng ở 95,4%. Thuốc giúp định hướng lòng rò nhưng không phải lúc nào cũng nhận diện được các nhánh bị bít bởi chất bã, mô hạt hoặc sẹo. Li và cộng sự không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa sử dụng xanh methylen

với thời gian mổ, thời gian cắt chỉ hoặc tái phát; trong khi phương tiện phóng đại liên quan với tỷ lệ tái phát thấp hơn [5]. Vì vậy, xanh methylen chỉ nên được xem là công cụ hỗ trợ, không thay thế quan sát giải phẫu và bóc tách tỉ mỉ.

Nhiễm trùng sau mổ là 0,8% và sưng nề 2,3%. Chảy máu trong mổ được ghi nhận ở 20,8%, cao hơn 6,7% của Lê Thanh Huyền và cộng sự [1]. Do chưa có dữ liệu về lượng máu mất và mức độ can thiệp, tỷ lệ này có thể bao gồm cả rỉ máu cần cầm máu thông thường, do đó không nên mặc định là biến chứng nặng.

Tại 3 tháng, tất cả bệnh nhi liền vết mổ tốt, không ghi nhận lỗ rò hoặc áp xe tái xuất hiện, co kéo sẹo hay biến dạng vành tai; 99,2% gia đình hài lòng. Kết quả này cao hơn tỷ lệ tốt 91,1% của Lê Thanh Huyền và 93,75% của Đặng Văn Thành và cộng sự [1,3]. Mottie và cộng sự ghi nhận xác suất không tái phát sau 5 năm là 97,7% và 94% hài lòng thẩm mỹ; Li và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tái phát 1,67% trên 782 tai [5,7]. Park và cộng sự cho thấy chuẩn hóa các bước nhận diện, bóc tách, kiểm soát đường rò và đóng khoảng chết giúp giảm tái phát còn 1,3% [8].

Một trường hợp viêm tấy tái phát ở tháng thứ 5 làm tỷ lệ tái phát ghi nhận là 0,8%. Tuy nhiên, cần thận trọng khi xem đây là tái phát rò luân nhĩ vì viêm tấy đơn độc cũng có thể do nhiễm trùng da vùng sẹo. Maiti và cộng sự cho thấy tỷ lệ tái phát thay đổi theo mức độ đơn giản/phức tạp của đường rò và kỹ thuật mổ, nhấn mạnh vai trò của đặc điểm tổn thương trong kết quả điều trị [6]. Vì vậy, cần tiếp tục theo dõi để xác định bản chất và diễn biến của trường hợp này.

V. KẾT LUẬN

Trong 130 bệnh nhi rò luân nhĩ bẩm sinh được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, tuổi trung bình là 6,07 tuổi, nữ chiếm 61,5% và rò hai bên chiếm 48,5%. Phần lớn trẻ đã có viêm tái diễn; 50,8% viêm từ ba lần trở lên và 63,1% có áp xe khi thăm khám. Biểu mô lát tầng là hình ảnh mô học chủ yếu (96,9%). Lấy đường rò đơn thuần chiếm 53,8%; 39,2% cần phối hợp xử trí áp xe và 16,9% cần tạo hình. Biến chứng sau mổ thấp. Sau 3 tháng, 100% vết mổ liền tốt, không ghi nhận lỗ rò hoặc áp xe tái xuất hiện và 99,2% gia đình hài lòng. Một trường hợp viêm tấy tái phát ở tháng thứ 5 (0,8%). Phẫu thuật cho kết quả bước đầu thuận lợi, nhưng cần theo dõi tối thiểu 6-12 tháng và chuẩn hóa đánh giá sẹo, biến chứng, tái phát để xác định hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Huyền, Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Trọng Tuấn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật rò luân nhĩ. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2024;69(66):32-39. https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i66.166
2. **Đỗ Duy Khánh, Châu Chiêu Hòa.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật rò luân nhĩ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2019-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021;(41):216-220. https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/779
3. **Đặng Văn Thành, Nguyễn Kỳ Duy Tâm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò luân nhĩ có áp xe ở giai đoạn ổn định tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(76):8-13. https://doi.org/10.58490/ctump.2024i76.2621
4. **Huang Q, Xiao G, Wu X, Cheng H.** Surgical management of preauricular sinus: a histopathological analysis. Ear Nose Throat J. Published online December 16, 2024. https://doi.org/10.1177/01455613241308678
5. **Li K, Hao Y, Zhao J, et al.** Surgical treatment of preauricular fistulas: a 12-year single-center clinical observation. BMC Surg. 2023;23:297. https://doi.org/10.1186/s12893-023-02198-x
6. **Maiti AB, Dam SP, Samaddar S, Das SK.** A retrospective comparative study on the outcome of microscope-assisted technique and supra-auricular approach in preauricular sinus surgery in a tertiary care hospital. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2022;27(5):565-569. https://doi.org/10.4103/jiaps.jiaps_214_21
7. **Mottie L, Hens G, Meulemans J, Vander Poorten V.** Long-term follow-up of the inside-out technique for treatment of preauricular sinuses: observational study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2022;279(12):5831-5837. https://doi.org/10.1007/s00405-022-07486-5
8. **Park H, Seong J, Park H, Yeo H.** Standardized surgical strategy for the treatment of preauricular sinus to reduce recurrence. Arch Craniofac Surg. 2023;24(5):223-229. https://doi.org/10.7181/acfs.2023.00423