

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ TIÊM CORTICOID XUYÊN MÀNG NHỖ ĐIỀU TRỊ ĐİẾC ĐỘT NGỘT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Khiếu Hữu Thanh¹, Đặng Xuân Vinh², Chu Thị Hồng³,
Đặng Tuấn Phong⁴, Nguyễn Văn Hữu⁵, Ngô Thanh Bình⁶

1.2.3.6. Trường Đại học Y Dược Thái Bình; Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

4. Sinh viên K49D Trường Đại học Y Dược Thái Bình

5. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i68.185>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phác đồ tiêm corticoid xuyên màng nhĩ điều trị đięc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng:** Nghiên cứu loạt ca bệnh với 58 người bệnh đięc đột ngột được tiêm corticoid xuyên màng nhĩ tại bệnh viện đại học Y Thái Bình từ 2019-2024. **Kết quả:** Nghe kém mức độ nhẹ có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn là 88,2%. Nghe kém trung bình và nặng có tỷ lệ phục hồi một phần tương ứng là 66,1% và 46,2%. Nghe kém sâu không cải thiện với tỷ lệ 50%. Thính lực đồ dạng A, B và D có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn tương ứng là 85,7%; 36,0% và 42,9%. Thính lực đồ dạng E không cải thiện thính lực với tỷ lệ 55,6%. Thời gian đến viện trước 7 ngày cho tỷ lệ hồi phục toàn bộ cao hơn là 37,0%. Tai biến chủ yếu là đau sau tiêm. **Kết luận:** Tiêm corticoid xuyên màng nhĩ là kỹ thuật an toàn. Nghe kém mức độ nhẹ, thính lực đồ dạng A, B hoặc D và tới viện trước 7 ngày cho kết quả điều trị tốt hơn.

Từ khoá: đięc đột ngột, tiêm corticoid xuyên màng nhĩ

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the outcomes of intratympanic corticosteroid injection in the treatment of sudden sensorineural hearing loss (SSNHL) at Thai Binh Medical University Hospital.

Patient and method: A case series study included 58 patients with SSNHL who underwent intratympanic corticosteroid injection at Thai Binh Medical University Hospital from 2019 to 2024.

* Tác giả liên hệ: Khiếu Hữu Thanh

Nhận bài: 09/12/2024

Ngày nhận phản hồi: 13/12/2024

ĐT: 0983036056

Email: khieuthanh@tbump.edu.vn

Ngày nhận phản biện: 11/12/2024

Ngày duyệt đăng: 03/01/2025

Results: Among patients with mild hearing loss complete recovery rate was 88.2%. Those with moderate and severe hearing loss had partial recovery rates of 66.1% and 46.2%, respectively. Profound hearing loss showed no improvement in 50% of cases. Type A, B, and D audiograms demonstrated complete recovery rates of 85.7%, 36.0%, and 42.9% respectively, while type E audiograms showed no improvement in 55.6% of cases. Presenting to the hospital within 7 days resulted in a higher complete recovery rate of 37.0%. The primary complication was post-injection pain. **Conclusion:** Intratympanic corticosteroid injection is a safe technique. Mild hearing loss, audiogram types A, B, or D, and arrival within 7 days contributed to better treatment outcomes.

Keywords: *sudden sensorineural hearing loss, intratympanic corticosteroid*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điếc đột ngột được coi là cấp cứu trong chuyên ngành tai mũi họng do hiệu quả điều trị cải thiện rõ rệt ở nhóm người bệnh đến sớm, trong những giờ đầu so với nhóm đến muộn [1]. Dù có nhiều phương pháp khác nhau phối hợp, nhưng corticoid vẫn là phương pháp chính trong điều trị điếc đột ngột. Các nghiên cứu cho thấy, sử dụng corticoid đường toàn thân kết hợp với tiêm hòm nhĩ giúp cải thiện triệu chứng tốt hơn ở người bệnh điếc đột ngột [2], [3].

Tiêm Corticoid xuyên màng nhĩ điều trị điếc đột ngột được Silverstein và cộng sự nghiên cứu lần đầu năm 1996 [4]. Tác dụng chống viêm và ức chế miễn dịch của Corticoid được cho là có thể làm tăng lưu thông, cải thiện lưu lượng máu trong mê nhĩ giúp cải thiện các triệu chứng của bệnh. Sử dụng Corticoid tại chỗ giúp nồng độ phân bố ở tai trong cao hơn đáng kể so với đường toàn thân, đồng thời giảm các biến chứng liên quan đến tiểu đường, loãng xương, loét dạ dày, tăng huyết áp [5]... Đây cũng được coi là biện pháp cứu vãn trong các trường hợp điếc đột ngột tới muộn [1].

Kỹ thuật tiêm corticoid xuyên màng nhĩ hiện nay đã được áp dụng khá rộng rãi tại Việt Nam tuy nhiên vẫn chưa có phác đồ thống nhất [6], [7], [8]. Tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, tiêm corticoid xuyên màng nhĩ được sử dụng trong phác điều trị đồ điếc đột ngột từ 2018 tới nay, mang tới cho người bệnh thêm những giải pháp trong điều trị. Để góp phần vào điều trị điếc đột ngột hiệu quả hơn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: ***Đánh giá kết quả phác đồ tiêm corticoid xuyên màng nhĩ điều trị điếc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.***

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

58 người bệnh được chẩn đoán là điếc đột ngột và được điều trị bằng tiêm corticoid xuyên màng nhĩ tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian từ 2019 - 2023.

Người bệnh được chọn vào nghiên cứu với chẩn đoán điếc đột ngột theo tiêu chuẩn có nghe kém tiếp nhận xảy ra đột ngột trong

vòng 72 giờ trên 30 dB ở ít nhất ba tần số liên tiếp, được tiêm corticoid xuyên màng nhĩ phối hợp với điều trị nội khoa khác. Những trường hợp nghe kém do u dây VIII, bệnh Meniere, ngộ độc thuốc được xác định từ trước, người bệnh có tiền sử nghe kém không rõ mức độ được loại ra khỏi nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có can thiệp, lấy mẫu thuận tiện, tổng số 58 người bệnh. Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả những người bệnh đã được chẩn đoán xác định là điếc đột ngột được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian nghiên cứu không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

Các biến số nghiên cứu: đặc điểm người bệnh như tuổi, giới. Các triệu chứng cơ năng bao gồm nghe kém, ù tai, chóng mặt, cảm giác đầy tức tai được đánh giá trước và sau điều trị. Người bệnh được đánh giá sức nghe bằng thính lực đồ đơn âm tại ngưỡng qua máy đo Maico MI36. PTA (puretone average) được tính bằng trung bình ngưỡng nghe đường khí ở 4 tần số 0,5; 1, 2 và 4 kHz. Phân loại mức độ nghe kém theo WHO: Nghe bình thường $PTA \leq 25dB$; Nghe kém nhẹ $PTA 26-40dB$; Nghe kém trung bình $41-60 dB$; Nghe kém nặng $61-80 dB$; Nghe kém sâu $PTA >80 dB$ [9]. Phân loại các dạng thính lực đồ theo Charrier J và Trần Bá Huy với dạng A thính lực đồ dạng đi lên, tần số 0,5 kHz giảm hơn 20 dB so với 4 kHz; dạng B thính lực đồ có dạng nằm ngang; dạng C thính lực đồ dạng

đi xuống (tần số 4 kHz giảm trên 20 dB so với 0,5 kHz); dạng D thính lực đồ dạng khuyết, hoặc tình trạng nghe kém đã có từ trước, trở nên trầm trọng hơn; dạng E thính lực đồ dạng nghe kém sâu, $PTA >90dB$ [10].

Đánh giá mức độ cải thiện sức nghe theo Siegel với “Phục hồi hoàn toàn” khi sức nghe cuối cùng $<25 dB$; “Phục hồi một phần” khi PTA cải thiện trên 15 dB và sức nghe cuối cùng từ 26 - 45 dB; “Cải thiện nhẹ” trên 15 dB và sức nghe cuối cùng trên 45 dB; “Không cải thiện” khi PTA cải thiện $\leq 15 dB$ và sức nghe cuối cùng trên 45 dB [11].

Các số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu, đo thính lực đơn âm lúc vào viện, trong giai đoạn điều trị, khi ra viện.

Phác đồ tiêm corticoid xuyên màng nhĩ tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình

Phác đồ điều trị: Điều trị nền sử dụng Methylprednisolon 1-1,5mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch, Piracetam truyền tĩnh mạch 3g/ngày, Betahistin uống 48mg/ngày, vitamin nhóm B. Tiêm corticoid xuyên màng nhĩ: Methylprednisolone 40mg/ml, tiêm xuyên màng nhĩ 2 ngày/lần x 3 lần.

Quy trình kỹ thuật: Hiện nay vẫn chưa có quy trình chuẩn tiêm corticoid xuyên màng nhĩ chuẩn do Bộ Y tế hướng dẫn. Do đó, chúng tôi xây dựng quy trình tiêm corticoid xuyên màng nhĩ tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình theo các bước sau:

Chuẩn bị dụng cụ: Dexamethasone 4mg/ml, hoặc Methylprednisolon 40mg/ml;

bơm tiêm 1-5ml với đường kính kim tiêm từ 25-28G; Betadine 10%; thuốc tê tại chỗ dạng dung dịch xịt Lidocain 10% hoặc kem bôi Lidocain, Prilocain 5%...; hệ thống nội soi tai: camera, nguồn sáng, màn hình, optic 0 độ 3mm; máy hút dịch, ống hút.

Chuẩn bị người bệnh: Giải thích cho người bệnh về kỹ thuật, tiên lượng, các nguy cơ, tai biến, biến chứng của kỹ thuật. Người bệnh nằm ngửa, đầu quay về phía đối diện, tai cần tiêm hướng lên trên.

Chuẩn bị thầy thuốc: Vệ sinh tay theo quy trình rửa tay thường quy, ngồi phía sau tai cần tiêm.

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án: Điền đủ các thăm khám lâm sàng: nội soi tai mũi họng, khám tiền đình, loại trừ các bệnh lý nội khoa liên quan. Chẩn đoán điếc đột ngột qua thính lực đơn âm.

Kỹ thuật: Gây tê tại chỗ bằng dung dịch tê dạng xịt hoặc kem bôi tại vị trí đưa kim, chờ khoảng 5 phút. Vệ sinh tai bằng betadine. Dùng kim tiêm, chích 1 lỗ nhỏ góc trước trên để giảm áp lực và thoát khí. Dùng kim tiêm, đưa vào góc sau dưới, bơm từ từ thuốc tới khi corticoid đầy trong hòm nhĩ. Hút, vệ sinh thuốc trào ra ngoài ống tai.

Theo dõi: Cho người bệnh nằm nghỉ, hoặc đưa ra ghế tựa hoặc giường để theo dõi tình trạng chóng mặt, đau. Trong khoảng 15 phút sau khi tiêm hạn chế nuốt, ngáp.

Số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 23.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, được sự thông qua của hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Bình và đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Những số liệu thu được từ bệnh án và theo dõi bệnh được giữ kín và chỉ để phục vụ cho nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung

Tuổi trung vị là 53 tuổi (nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 76). Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-60 chiếm tỷ lệ 44,8 %. Nhóm tuổi >60 chiếm tỷ lệ 34,5%. Nam ít hơn nữ chiếm 43,1%.

Người bệnh tới viện đều có triệu chứng nghe kém và ù tai. Dấu hiệu chóng mặt chiếm 29,3%. Tỷ lệ đầy tức trong tai chiếm tỷ lệ 8,6 %.

Nghe kém trung bình hay gặp nhất là 31,0%, sau đó là nghe kém nhẹ với 29,3%. Nghe kém sâu ít gặp nhất là 17,2%.

Thính lực đồ dạng B chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,1%, dạng C và E lần lượt là 17,3 %. Dạng A và D chiếm ít nhất đều là 12,1%.

Cải thiện triệu chứng cơ năng

Theo bảng 1, tỷ lệ hết triệu chứng nghe kém là 37,9%, giảm là 41,4%. Tỷ lệ hết triệu chứng ù tai là 29,3%, giảm là 60,3%. Các triệu chứng chóng mặt, ù tai đều được cải thiện sau điều trị.

Bảng 1: Cải thiện triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Mức độ nghe kém			Tổng n (%)
	Giảm n (%)	Hết n (%)	Giữ nguyên n (%)	
Nghe kém	24 (41,4)	22 (37,9)	12 (20,7)	58 (100)
Ù tai	35 (60,3)	17 (29,3)	5 (8,6)	58 (100)
Chóng mặt	6 (35,3)	11 (64,7)	0	17 (20,7)
Cảm giác đầy tức tai	0	5 (100)	0	5 (8,6)

Mức độ nghe kém sau điều trị

Theo bảng 2, tỷ lệ nghe bình thường, nghe kém nhẹ và trung bình sau điều trị lần lượt là 34,5%, 27,6% và 19,0%. Tỷ lệ nghe kém sâu sau điều trị 8,6%.

Bảng 2: Mức độ nghe kém sau điều trị

Mức độ nghe kém	Trước n (%)	Sau n (%)
Bình thường	0	20 (34,5)
Nhẹ	17 (29,3)	16 (27,6)
Trung bình	18 (31,0)	11 (19,0)
Nặng	13 (22,4)	6 (10,3)
Sâu	10 (17,2)	5 (8,6)
Tổng	38 (100)	38 (100)

Mức độ cải thiện thính lực theo mức độ nghe kém

Theo bảng 3, người bệnh nghe kém nhẹ, tỷ lệ thính lực phục hồi hoàn toàn là 88,2%. Nghe kém trung bình và nặng, thính lực phục hồi một phần là 66,1% và 46,2%. Mức độ nghe kém sâu, tỷ lệ không cải thiện chiếm tỷ lệ 50,0%.

Bảng 3: Cải thiện sức nghe mức độ nghe kém

Mức độ cải thiện	Mức độ nghe kém				Tổng n (%)
	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	Sâu n (%)	
Phục hồi hoàn toàn	15 (88,2)	4 (22,2)	0	0	19 (32,8)
Phục hồi một phần	1 (5,9)	11 (66,1)	6 (46,2)	0	18 (31,0)
Cải thiện nhẹ	0	0	6 (46,2)	5 (50,0)	11 (19,0)
Không cải thiện	1 (5,9)	3 (16,7)	1 (7,7)	5 (50,0)	10 (17,2)
Tổng	17 (100)	18 (100)	13 (100)	10 (100)	58 (100)

Mức độ cải thiện thính lực theo dạng thính lực đồ

Theo bảng 4, người bệnh có thính lực đồ dạng A, B và C, tỷ lệ thính lực phục hồi hoàn toàn tương ứng là 85,7%; 36,0% và 10,0%. Thính lực đồ dạng E có tỷ lệ không cải thiện thính lực là 55,6%.

Bảng 4: Cải thiện thính lực theo dạng thính lực đồ

Mức độ cải thiện	Dạng nghe kém					Tổng n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	E n (%)	
Phục hồi hoàn toàn	6 (85,7)	9 (36,0)	1 (10,0)	3 (42,9)	0	19 (32,8)
Phục hồi một phần	1 (14,3)	10 (40,0)	6 (60,0)	1 (14,3)	0	18 (31,0)
Cải thiện nhẹ	0	5 (20,0)	1 (10,0)	1 (14,3)	4 (44,4)	11 (19,0)
Không cải thiện	0	1 (4,0)	2 (20,0)	2 (28,6)	5 (55,6)	10 (17,2)
Tổng	7 (100)	25 (100)	10 (100)	7 (100)	9 (100)	58 (100)

Mức độ cải thiện thính lực theo dạng thính lực đồ

Theo bảng 5, người bệnh đến viện trong tuần đầu thính lực phục hồi hoàn toàn là 37,0% . Tỷ lệ không cải thiện khi đến viện sau 14 ngày là 41,7%.

Bảng 5: Cải thiện thính lực theo thời gian đến viện

Mức độ cải thiện	Thời gian đến viện		Tổng n (%)
	< 7 ngày n (%)	7-14 ngày n (%)	
Phục hồi hoàn toàn	17 (37,0)	2 (16,7)	19 (32,8)
Phục hồi một phần	17 (37,0)	1 (8,3)	18 (31,0)
Cải thiện nhẹ	7 (15,2)	4 (33,3)	11 (19,0)
Không cải thiện	5 (10,2)	5 (41,7)	10 (17,2)
Tổng	46 (100)	25 (100)	58 (100)

Tai biến và biến chứng

Có 15,5% người bệnh đau tai, phải sử

dụng thuốc giảm đau sau tiêm. Chóng mặt sau tiêm thường xảy ra thoáng qua trong thời gian ngắn. Không có trường hợp nào chảy dịch tai, chảy máu và màng nhĩ không liền.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung vị là 53; bệnh nhân nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 76. Nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm trong độ tuổi lao động từ 40-60 chiếm tỷ lệ 44,8%. Đây là nhóm tuổi có nguy cơ cao mắc các bệnh lý liên quan đến mạch máu (như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu), vốn là yếu tố nguy cơ gây tổn thương mạch máu tai trong, và nguy cơ mắc các bệnh tự miễn, nhiễm virus hoặc rối loạn tuần hoàn cao hơn. Nhóm tuổi 40-60 cũng thường phải đối mặt với áp lực công việc và cuộc sống, có thể dẫn đến căng thẳng thần kinh và ảnh hưởng đến hệ tuần hoàn tai trong [7]. Nhóm tuổi >60 chiếm tỷ lệ 34,5%. Theo Mehta, rằng tuổi cao >60 tuổi thường liên quan đến tỷ lệ phục hồi thính lực thấp hơn [12]. Tỷ lệ nam giới bị điếc đột ngột là 43,1% thấp hơn so với nữ. Có thể nữ ở độ tuổi trung niên bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tự miễn, hoặc thay đổi nội tiết tố nên có tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu này.

Có 79,3% người bệnh cảm thấy nghe tốt lên sau điều trị là trong đó có 37,9% người bệnh cảm giác nghe bình thường. Tình trạng ù tai cải thiện ở 91,4% người bệnh trong đó, chủ yếu nghe thấy tiếng ve kêu vẫn còn ở mức độ nhẹ. Chóng mặt cải thiện ở tất cả người bệnh. Kết quả nghiên cứu này tốt hơn của Nguyễn Thị Hoa Hồng

với 69,4% người bệnh cảm thấy không thay đổi sức nghe sau điều trị và tiếng ù giảm 71,0% [6]. Tác giả nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có thính lực đồ dạng E nên đáp ứng điều trị kém hơn. Theo Ding, phục hồi thính lực có liên quan đến giảm triệu chứng ù tai, mặc dù mức độ mất thính lực hoặc dạng thính lực đồ không phải là yếu tố tiên lượng cho cải thiện ù tai [13]. Có thể có sự khác biệt giữa khả năng phục hồi của các đầu hướng tâm thính giác với khả năng loại bỏ nhận thức ù tai.

Ở người bệnh nghe kém nhẹ, tỷ lệ thính lực phục hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất 88,2%. Ở người bệnh nghe kém sâu tỷ lệ không phục hồi khá cao chiếm tỷ lệ 50,0%. Mức độ nghe kém được xem là một yếu tố tiên lượng khả năng phục hồi thính lực. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Thị Ly với khả năng phục hồi kém hơn ở người bệnh có mức độ nghe kém nặng [14]. Có thể các tổn thương thính lực ở mức độ nghe kém sâu thường, các tổn thương do các yếu tố siêu vi như sau cảm cúm, nên kết quả điều trị thường ít đáp ứng. Các người bệnh nghe kém nhẹ và vừa, thường gặp các tổn thương do xung đột mạch máu, tổn thương một phần tế bào lông trong và một số yếu tố tự miễn nên có khả năng hồi phục cao hơn.

Thính lực đồ dạng A cho kết quả phục hồi hoàn toàn tốt nhất là 85,7%. Ở người bệnh thính lực đồ dạng C, D và E có tỷ lệ không cải thiện thính lực cao hơn, lần lượt là 20,0%; 28,6% và 55,6%. Thính lực đồ dạng C đi xuống gợi ý những tổn thương ở tần số cao vùng loa đạo đáy, nơi tế bào lông

ngoài chịu trách nhiệm khuếch đại dao động. Tế bào lông ngoài rất nhạy cảm với tổn thương do thiếu máu cục bộ, viêm hoặc do độc tố với khả năng tái tạo và phục hồi thấp hơn. Có thể do thiếu hụt thính lực nhiều ở các tần số âm cao nói lên sự tắc các động mạch nhỏ của hạch gai, biểu đồ có đường cong đi lên nói lên sự thiếu máu của vân mạch kèm theo tăng áp lực nội dịch. Thính lực đồ dạng điếc sâu hoặc có dạng đi xuống phản ánh sự tắc hoàn toàn của động mạch ốc tai, do mức độ lan rộng của tổn thương thính lực, khó đáp ứng tốt với liệu pháp corticoid [15].

Người bệnh đến viện trong 7 ngày từ khi xuất hiện triệu chứng có tỷ lệ phục hồi hoàn toàn cao hơn. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác và các khuyến cáo đều cho thấy hiệu quả điều trị cao hơn khi người bệnh tới viện sớm [14]. Theo Nguyễn Minh Hảo Hón, tiêm corticoid sớm giúp nồng độ corticoid trong tai trong đạt mức độ cao ngay trong đợt điều trị tổng lực, giúp phục hồi nhanh hơn cho người bệnh [8].

Trong nghiên cứu có 15,5% người bệnh đau tai, cần sử dụng thuốc giảm đau sau tiêm. Kết quả này tương tự của Nguyễn Thị Hoa Hồng với 16,1% [6]. Chúng tôi sử dụng thuốc giảm đau xit hoặc bôi tại chỗ, kết hợp với sử dụng kim nhỏ giúp hạn chế hơn tình trạng này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 58 người bệnh điếc đột ngột được điều trị bằng phác đồ tiêm corticoid xuyên màng nhĩ tại Khoa Tai Mũi

Họng Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ 2019-2024 cho thấy người bệnh nghe kém mức độ nhẹ có kết quả điều trị tốt hơn người bệnh nghe kém mức độ nặng và sâu. Ở tai nghe kém mức độ nhẹ, tỷ lệ phục hồi hoàn toàn thính lực là 88,2%. Thính lực phục hồi một phần ở người bệnh nghe kém vừa và nặng tương ứng là 66,1% và 46,2%. Thính lực đồ có dạng A, B, D tiên lượng phục hồi hoàn toàn tốt hơn tỷ lệ phục tương ứng là 85,7%; 36,0% và 42,9%. Người bệnh tới viện sớm trong 7 ngày thính lực phục hồi hoàn toàn cao hơn với 37,0%. Tai biến gặp chủ yếu là đau sau tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Hùng, Đoàn Thị Hồng Hoa, and Nguyễn Ngọc Hà (2024), Điều trị điếc đột ngột hiện nay, *Tạp chí Y học Dự phòng*, 34 (3), 48-53.
2. Lê Chung Dũng, Nguyễn Thị Tố Uyên (2023), Nghiên cứu tổng quan điều trị điếc đột ngột bằng corticoid, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 523 (1), 251-256.
3. Võ Thế Anh, Phạm Thị Bích Đào, and Phan Sỹ Anh Quế (2023), Tổng quan kết quả điều trị corticoid toàn thân trong điếc đột ngột, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 529 (2),
4. Silverstein H., Choo D., Rosenberg S. I., et al. (1996), Intratympanic steroid treatment of inner ear disease and tinnitus (preliminary report), *Ear Nose Throat J*, 75 (8), 468-71, 474, 476 passim.
5. Xie W., Karpeta N., Liu J., et al. (2023), Efficacy of intratympanic or

- postauricular subperiosteal corticosteroid injection combined with systemic corticosteroid in the treatment of sudden sensorineural hearing loss: A prospective randomized study, *Front Neurol*, 14, 1138354.
6. Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Thị Tố Uyên (2023), Đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp tiêm corticoid xuyên màng nhĩ ở bệnh nhân điếc đột ngột type e, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 532 (1B),
 7. Khiếu Hữu Thanh, Đặng Xuân Vinh, Chu Thị Hồng, and Ngô Thanh Bình (2024), Kết quả điều trị điếc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018 - 2019, *Tạp chí Y học Dự phòng*, 34 (3), 138-144.
 8. Nguyễn Minh Hào Hón, Võ Quang Phúc, Nguyễn Thành Lợi, et al. (2009), Điều trị điếc đột ngột ở người lớn bằng corticoid xuyên màng nhĩ, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 13 – Số 1 264 – 266.
 9. Informal Working Group on Prevention of Deafness, Hearing Impairment Programme Planning, World Health Organization. Programme for the Prevention of Deafness, and Hearing Impairment (1991), *Report of the Informal Working Group on Prevention of Deafness and Hearing Impairment Programme Planning, Geneva, 18-21 June 1991*. World Health Organization: Geneva.
 10. Charrier J. B., Tran Ba Huy P. (2005), Surdités brusques idiopathiques, *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale*, 122 (1), 3-17.
 11. Siegel Leighton G. (1975), The Treatment of Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 8 (2), 467-473.
 12. Mehta Nitika, Mehta Satish K. (2020), Comparative Evaluation of Injection Dexamethasone and Oral Glycerol Versus Injection Dexamethasone Alone in the Treatment of Sudden Onset Sensorineural Deafness, *Ear Nose & Throat Journal*, 100 (3_suppl), 317S-324S.
 13. Ding Xiaoqiong, Zhang Xiaoli, Huang Zhichun, and Xu Feng (2018), The Characteristic and Short-Term Prognosis of Tinnitus Associated With Sudden Sensorineural Hearing Loss, *Neural Plasticity*, 2018, 1-7.
 14. Vũ Thị Ly, Hồ Chí Thanh, Nguyễn Thê Trọng, et al. (2021), Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân điếc đột ngột, *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 16(DB4), 128-135.
 15. Li Yingqiang, Zhou Xiaowei, Dou Zhiyong, et al. (2023), Clinical Features and Prognosis of Pediatric Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Bi-Center Retrospective Study, *Frontiers in Neurology*, 14.