

Cần thực hiện sàng lọc định kỳ các xét nghiệm PTH, calci, và phospho để phát hiện sớm cường cận giáp thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **de Boer IH, Caramori ML, Chan JCN, et al.** Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 2022;45(12):3075-3090. doi:10.2337/dci22-0027
2. **Linan R, Xiao X, Cai Y, Liu S, Gang X, Wang G.** Clinical features and new perspectives on follow-up and treatment of secondary hyperparathyroidism in patients with chronic kidney disease. *Research Square*. 2024. doi:10.21203/rs.3.rs-4010889/v1
3. **Naaman SC, Bakris GL.** Slowing diabetic kidney disease progression: where do we stand today? In: *Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes*. Arlington (VA): American Diabetes Association; 2021:23-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571719/>
4. **Drüeke TB.** Hyperparathyroidism in chronic kidney disease. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al, editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278975/>
5. **American Diabetes Association Professional Practice Committee.** 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002
6. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán điều trị đái tháo đường típ 2. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020. (Ban hành kèm theo quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-5481-QĐ-BYT-2020-tai-lieu-chuyen-mon-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2-460925.aspx>
7. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO).** KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018
8. **Eknoyan G, Levin A, Levin NW.** Bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2003;42:1-201. doi:10.1016/S0272-6386(03)00905-3
9. **Bùi Thị Quỳnh, Phan Hoàng Hiệp, Nguyễn Minh Hùng.** Khảo sát tỉ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thần kinh mạn tính. *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam*. 2024;(68):19-22. doi:10.47122/VJDE.2023.68.3

TỔNG QUAN VỀ ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ Ở TRẺ EM CÓ KHE HỞ VÒM MIỆNG

Trần Văn Hùng¹, Phạm Thị Bích Đào^{1,2},
Nguyễn Quý Đôn², Nguyễn Thị Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp và đánh giá các nghiên cứu về hiệu quả của phẫu thuật đặt ống thông khí (OTK) ở trẻ em có khe hở vòm miệng, nhằm hỗ trợ chỉ định và tối ưu điều trị viêm tai giữa ứ dịch (VTGUĐ). **Phương pháp:** Tổng quan hệ thống các nghiên cứu từ năm 2000 đến 2025 trên PubMed, Google Scholar và thư viện Trường Đại học Y Hà Nội. Bài báo được lựa chọn theo tiêu chí đưa vào – loại trừ rõ ràng, tuân thủ quy trình PRISMA 2009. **Kết quả:** Chín nghiên cứu được phân tích. Tỷ lệ tai hết dịch sau đặt OTK dao động từ 45,8% đến 93,1%. Thính lực cải thiện rõ, với 73,5%–86% bệnh nhân đạt ngưỡng nghe bình thường. Đặt ống sớm và duy trì lưu ống đủ thời gian liên quan đến kết quả điều trị tốt hơn. **Kết luận:** Đặt OTK là phương pháp hiệu quả trong điều trị VTGUĐ ở trẻ có khe hở

vòm miệng, góp phần bảo tồn chức năng nghe, hỗ trợ phát triển ngôn ngữ và nâng cao chất lượng sống. Việc chuẩn hóa chỉ định, kỹ thuật và theo dõi chặt chẽ có vai trò then chốt để đạt hiệu quả tối ưu.

Từ khóa: Khe hở vòm miệng, ống thông khí, viêm tai giữa ứ dịch, trẻ em, thính lực.

SUMMARY

OVERVIEW OF TYMPANOSTOMY TUBE PLACEMENT IN CHILDREN WITH CLEFT PALATE

Objective: To summarize and evaluate studies on the effectiveness of tympanostomy tube (TT) placement in children with cleft palate, aiming to support indications and optimize treatment of otitis media with effusion (OME). **Methods:** A systematic review of studies published from 2000 to 2025 was conducted using PubMed, Google Scholar, and the Hanoi Medical University Library. Articles were selected based on clear inclusion and exclusion criteria following the PRISMA 2009 framework. **Results:** Nine studies were included. The rate of OME resolution after TT placement ranged from 45.8% to 93.1%. Hearing outcomes improved significantly, with 73.5%–86% of patients achieving normal hearing levels. Early tube placement and appropriate retention duration were associated with better outcomes. **Conclusion:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hùng

Email: thanhcong959697@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Tympanostomy tube placement is an effective intervention for managing OME in children with cleft palate, helping to preserve hearing, support language development, and improve quality of life. Standardized indications, proper technique, and close follow-up are key to optimizing treatment results.

Keywords: Cleft palate, tympanostomy tube, otitis media with effusion, children, hearing outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở vòm miệng là dị tật bẩm sinh vùng mặt thường gặp, có thể gây nhiều di chứng, trong đó phổ biến là viêm tai giữa ứ dịch (VTGƯD) do rối loạn chức năng vòi nhĩ. Trong nhiều thập kỷ qua, kỹ thuật phẫu thuật khe hở vòm miệng đã có nhiều tiến bộ với sự phối hợp của các chuyên khoa Tai Mũi Họng, Phẫu thuật tạo hình và Ngôn ngữ trị liệu.¹⁻² Tuy nhiên, thông khí tai giữa không phục hồi tương xứng với kết quả tạo hình vòm, và VTGƯD vẫn xuất hiện ở một số trẻ sau phẫu thuật.³ Trong các trường hợp này, đặt ống thông khí (OTK) được xem là một biện pháp điều trị hiệu quả. Theo khuyến cáo của AAO-HNS, trẻ có khe hở vòm miệng – thuộc nhóm nguy cơ cao – nên được chỉ định đặt ống thông khí.⁴

Do bất thường về cơ nâng và căng màn hầu, cùng viêm nhiễm kéo dài, tỷ lệ bệnh lý tai giữa ở nhóm này lên tới 91%, riêng VTGƯD chiếm 71,5%.⁵ Ở trẻ nói chung, 90% từng bị VTGƯD trước tuổi học đường nhưng chỉ 26% kéo dài trên 3 tháng; trong khi đó, tỷ lệ này ở trẻ khe hở vòm miệng là 90–100%, thường khởi phát sớm trước 1 tuổi và tiến triển mạn tính.⁶ Biểu chứng bao gồm mất thính lực vĩnh viễn, ảnh hưởng khả năng nói, giao tiếp và tâm lý xã hội.

Phẫu thuật đặt OTK giúp cải thiện sức nghe tạm thời trong khi chờ chức năng vòi nhĩ hồi phục theo tuổi hoặc sau tạo hình vòm. Phương pháp này giúp cân bằng áp lực tai giữa và thoát dịch hiệu quả. Tuy nhiên, hiệu quả của OTK ở trẻ khe hở vòm miệng vẫn còn nhiều tranh cãi. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài “Tổng quan về đặt ống thông khí ở trẻ em có khe hở vòm miệng” nhằm hệ thống hóa các nghiên cứu đã công bố, từ đó góp phần chuẩn hóa chỉ định và nâng cao hiệu quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của đề tài là các nghiên cứu, các bài báo khoa học liên quan đến phẫu thuật đặt ống thông khí ở trẻ có khe hở vòm miệng bao gồm: bài báo gốc, nghiên cứu can thiệp, nghiên cứu quan sát, báo cáo ca lâm sàng, bài tổng quan và

hướng dẫn điều trị. Các tài liệu này cần cung cấp dữ liệu về chỉ định, kỹ thuật, hiệu quả điều trị, biến chứng hoặc theo dõi sau phẫu thuật.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

➤ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Loại nghiên cứu: Các bài báo nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, các nghiên cứu quan sát Phân tích hoặc Phân tích có mô tả về đặt ống thông khí ở trẻ có khe hở vòm miệng.

- Thời gian công bố online: từ năm 2000 tới năm 2025.

- Địa điểm: Trên toàn thế giới.

- Ngôn ngữ: Tiếng Anh và tiếng Việt.

➤ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những nghiên cứu không lấy được toàn văn.
- Tài liệu không viết bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh.

- Các bài báo không có đủ thông tin liên quan đến mục tiêu nghiên cứu.

- Các bài viết trùng lặp, bản thuyết minh, ý kiến chuyên gia không có dữ liệu thực nghiệm.

2.3. Nguồn dữ liệu và chiến lược tìm kiếm. Tài liệu được tìm kiếm hệ thống trên PubMed, Google Scholar, thư viện Đại học Y Hà Nội và các tạp chí chuyên ngành Tai Mũi Họng. Từ khóa bằng tiếng Anh (“Tympanostomy tube”, “Myringotomy tube”, “ventilation tube”, “cleft palate”, “cleft lip and palate”) và tiếng Việt (“ống thông khí”, “khe hở vòm miệng”), kết hợp với toán tử AND, OR. Các tài liệu được lưu trữ bằng phần mềm quản lý (Zotero, EndNote) phục vụ sàng lọc và trích xuất.

2.4. Quy trình lựa chọn và công cụ phân tích. Quá trình lựa chọn tài liệu tuân theo quy trình PRISMA 2009, gồm 4 bước: xác định, loại trừ trùng lặp, sàng lọc tiêu đề – tóm tắt và đọc toàn văn để chọn bài phù hợp. Các thông tin trích xuất gồm: tác giả, năm, quốc gia, thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, đặc điểm bệnh nhân và kết quả điều trị. Dữ liệu định tính được tổng hợp theo chủ đề, dữ liệu định lượng nếu có sẽ được mô tả bằng biểu đồ hoặc sơ đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả bài từ sơ đồ PRISMA 2009.

Sau khi tìm kiếm trên PubMed, Google Scholar và thư viện Đại học Y Hà Nội, tổng số bài thu được là 235. Loại bỏ trùng lặp, sàng lọc tiêu đề và tóm tắt còn 29 bài. Đọc toàn văn và đánh giá theo tiêu chuẩn cuối cùng chọn được 9 bài báo đưa vào tổng quan.

3.2. Đặc điểm chung của các nghiên cứu được đưa vào tổng quan

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

PUB	Tên bài báo	Tác giả	Tạp chí	Quốc gia	Năm xuất bản	Loại thiết kế nghiên cứu
1	Hearing Status and Ventilation Tube at Time of Palatoplasty in Cleft Lip and Palate Patients: A Retrospective Study	Antonio Frisina	Medicina	Ý	2023	Nghiên cứu hồi cứu
2	Exceptionally early tympanostomy tube placement in pediatric patients with cleft lip and palate	Jeffrey Koempe	International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology	Hoa Kỳ	2021	Nghiên cứu hồi cứu
3	The Impact of Tympanostomy Tubes on Speech and Language Development in Children with Cleft Palate	Amber D. Shaffer	Otolaryngology-Head and Neck Surgery	Hoa Kỳ	2017	Nghiên cứu hồi cứu
4	Early placement of ventilation tubes in cleft lip and palate patients: does palatal closure affect tube occlusion and short-term outcome?	Tuomas Klockars, Jorma Rautio	International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology	Phần Lan	2012	Nghiên cứu hồi cứu
5	Otitis media with effusion and hearing loss in Chinese children with cleft lip and palate	Wendy M.Y. Kwan	Cleft Palate–Craniofacial Journal	Hồng Kông	2011	Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu
6	Clinical outcomes of ventilation tube placement in children with cleft palate	Hitome Kobayashi	International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology	Nhật Bản	2012	Nghiên cứu hồi cứu
7	Long Term Study of Otitis Media with Effusion after Palatoplasty and Myringotomy with Ventilation Tube Insertion	Saranyoo Suwansa-Ard	Journal of Health Science and Medical Research	Thái Lan	2023	Hồi cứu đoàn hệ
8	Long-Term Clinical, Audiologic, and Radiologic Outcomes in Palate Cleft Children Treated with Early Tympanostomy for Otitis Media with Effusion: A Controlled Prospective Study	Hannu Valtonen	The Laryngoscope	Phần Lan	2005	Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu có đối chứng
9	Kết quả phẫu thuật đặt ống thông khí ở bệnh nhân tạo hình vòm miệng bị viêm tai giữa ứ dịch	Khiếu Hữu Thanh	Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam	Việt Nam	2023	Tiền cứu, theo dõi dọc không đối chứng

Nhận xét: Tổng cộng 9 nghiên cứu được đưa vào, thực hiện từ năm 2005 đến 2023 tại nhiều quốc gia, bao gồm Ý, Hoa Kỳ, Phần Lan, Hồng Kông, Nhật Bản, Thái Lan và Việt Nam. Loại hình nghiên cứu chủ yếu là nghiên cứu hồi cứu (6/9), còn lại là đoàn hệ (hồi cứu hoặc tiền cứu). Cỡ mẫu dao động từ 22 đến 318 bệnh nhân.

3.3. Kết quả đặt ống thông khí trên trẻ có khe hở vòm miệng qua các nghiên cứu

Bảng 2: Hiệu quả so sánh của đặt OTK đối với kết quả viêm tai giữa ứ dịch

STT	Tên bài báo	Số bệnh nhân	Kết quả viêm tai giữa ứ dịch đặt OTK	Kết quả viêm tai giữa ứ dịch không đặt OTK	Ghi chú
1	Hearing Status and Ventilation Tube at Time of Palatoplasty in Cleft Lip and Palate Patients: A Retrospective Study	285	-	-	Viêm tai giữa ứ dịch được đánh giá trước và sau phẫu thuật, nhưng không có số liệu cụ thể sau đặt OTK
2	Exceptionally early tympanostomy tube placement in pediatric patients with cleft lip and palate	22	-	-	100% bệnh nhân có viêm tai giữa ứ dịch trước đặt OTK, không báo cáo tình trạng viêm tai giữa ứ

					dịch sau đặt OTK
3	The Impact of Tympanostomy Tubes on Speech and Language Development in Children with Cleft Palate	318	49% (142/290) có chỉ lượng đồ loại B, cho thấy viêm tai giữa ứ dịch tái phát	-	97.4% có viêm tai giữa ứ dịch trước đặt OTK, tỷ lệ tái phát cao sau đặt OTK
4	Early placement of ventilation tubes in cleft lip and palate patients: does palatal closure affect tube occlusion and short-term outcome?	93	Tại 12 tháng: 23% tai (36/158) có viêm tai giữa ứ dịch; Tai với ống tắc/rơi: 56% (36/64) có viêm tai giữa ứ dịch	Tại 12 tháng: 56% trẻ không có ống bị viêm tai giữa ứ dịch	Đặt ống sớm giảm viêm tai giữa ứ dịch ở 63% trẻ
5	Otitis media with effusion and hearing loss in Chinese children with cleft lip and palate	84	76 tai trở lại bình thường, 61.8% từng đặt ống	-	80% có viêm tai giữa ứ dịch trước đặt OTK, không rõ tỷ lệ tái phát
6	Clinical outcomes of ventilation tube placement in children with cleft palate	108	Tỷ lệ viêm tai giữa ứ dịch giảm từ 70.9% (1 tuổi) xuống 17.1% (5 tuổi); 68.3% tai (56/82) không tái phát viêm tai giữa ứ dịch	-	38% trẻ cần đặt OTK trước 5 tuổi
7	Long Term Study of Otitis Media with Effusion after Palatoplasty and Myringotomy with Ventilation Tube Insertion	120	45.8% (55/120) không tái phát viêm tai giữa ứ dịch; 54.2% tái phát viêm tai giữa ứ dịch	-	100% có viêm tai giữa ứ dịch trước đặt OTK, ống trượt sớm tăng tái phát
8	Long-Term Clinical, Audiologic, and Radiologic Outcomes in Palate Cleft Children Treated with Early Tympanostomy for Otitis Media with Effusion: A Controlled Prospective Study	72	Sau 5.8 năm: 6.9% (5/72) còn viêm tai giữa ứ dịch; 62.5% tai (45/72) lành	-	99% có viêm tai giữa ứ dịch trước đặt OTK, tỷ lệ viêm tai giữa ứ dịch giảm đáng kể
9	Kết quả phẫu thuật đặt ống thông khí ở bệnh nhân tạo hình vòm miệng bị viêm tai giữa ứ dịch	106	Sau 12 tháng: 66.7% tai không viêm; 25.4% tái phát viêm tai giữa ứ dịch; 8% chảy dịch qua ống	-	65.1% tai có viêm tai giữa ứ dịch trước đặt OTK, ống ≥12 tháng giảm tái viêm

Nhận xét: Trong các nghiên cứu được tổng hợp, tỷ lệ tai không còn dịch sau khi đặt ống thông khí dao động trong khoảng từ 45,8% đến 93,1%. Một số nghiên cứu như của Valtonen et al. ghi nhận tỷ lệ tồn tại dịch tai rất thấp sau thời gian theo dõi dài hạn. Một số nghiên cứu không ghi rõ số liệu cụ thể sau mổ, chỉ mô tả tình trạng trước phẫu thuật. Tỷ lệ tái phát viêm tai giữa ứ dịch sau đặt ống được ghi nhận trong khoảng 23% đến 54,2% ở các nhóm bệnh nhân có theo dõi sau mổ.

Bảng 3: Hiệu quả so sánh của đặt OTK đối với kết quả thính lực

STT	Tên Bài báo	Số bệnh nhân	Kết quả thính lực đặt OTK	Kết quả thính lực không đặt OTK	Ghi chú
1	Hearing Status and Ventilation Tube at Time of Palatoplasty in Cleft Lip and Palate Patients: A Retrospective Study	285	Đặt OTK sớm: 75 bệnh nhân (26.3%), 16% mất thính lực (PTA >20 dB)	Không đặt sớm: 48.6% mất thính lực	OR=18.2, p=0.0003
2	Exceptionally early tympanostomy tube placement in pediatric	22	18/21 bệnh nhân (86%) có chức năng thính lực	-	3/21 bệnh nhân (14%) có mất

	patients with cleft lip and palate		bình thường sau đặt ống		thính lực (1 tiếp nhận, 2 dẫn truyền nhẹ)
3	The Impact of Tympanostomy Tubes on Speech and Language Development in Children with Cleft Palate	318	73.5% (183/249) có thính lực bình thường (PTA <25 dB); 26.5% (66/249) có PTA >25 dB	84% mất thính lực trước ống	-
4	Long-Term Clinical, Audiologic, and Radiologic Outcomes in Palate Cleft Children Treated with Early Tympanostomy for Otitis Media with Effusion: A Controlled Prospective Study	72	80.6% tai (58/72) thính lực bình thường (PTA 0–15 dB); PTA trung bình: 10.7 dB	-	-
5	Kết quả phẫu thuật đặt ống thông khí ở bệnh nhân tạo hình vòm miệng bị viêm tai giữa ứ dịch	106	22 tai đo được thính lực đồ, 40.9% (9/22) nghe kém rất nhẹ, 7 tai bình thường, 6 tai kém nhẹ	-	-

Nhận xét: Các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có thính lực đạt mức bình thường sau đặt ống dao động từ 73,5% đến 86%. Một số nghiên cứu sử dụng chỉ số PTA để đánh giá, cho thấy mức cải thiện rõ ràng. Trong nhóm bệnh nhân không đặt ống sớm, tỷ lệ nghe kém cao hơn đáng kể. Một số nghiên cứu không có nhóm đối chứng nhưng vẫn báo cáo kết quả thính lực sau mổ bằng đo thính lực đồ. Mức độ nghe kém còn lại chủ yếu ở mức rất nhẹ đến nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Viêm tai giữa ứ dịch là biến chứng phổ biến ở trẻ có khe hở vòm miệng, với tỷ lệ mắc cao, có thể lên tới 90–100% trong những năm đầu đời.⁹ Nguyên nhân chủ yếu do rối loạn chức năng vòi nhĩ liên quan bất thường cơ nâng màn hầu, khiến áp lực tai giữa không được điều hòa, dễ dẫn đến dịch tồn đọng kéo dài. Nếu không điều trị kịp thời, VTGUĐ sẽ làm giảm thính lực dẫn truyền, ảnh hưởng phát triển ngôn ngữ, giao tiếp và khả năng học tập.⁸

Kết quả tổng quan cho thấy phẫu thuật đặt ống thông khí (OTK) là biện pháp hiệu quả giúp cải thiện tình trạng dịch tai và chức năng nghe. Tỷ lệ tai hết dịch sau đặt OTK dao động từ 45,8% đến 93,1%, trong đó có nghiên cứu dài hạn ghi nhận tỷ lệ tồn dịch rất thấp, chỉ 6,9% sau nhiều năm, cho thấy hiệu quả bền vững khi chỉ định đúng và kỹ thuật đạt chuẩn. Đặt ống sớm và duy trì thời gian lưu đủ lâu cũng giúp hạn chế VTGUĐ tái phát. Đáng lưu ý, hướng dẫn thực hành lâm sàng cập nhật của Rosenfeld et al. (2016) cũng khuyến nghị xem xét đặt ống thông khí như can thiệp ưu tiên cho trẻ có khe hở vòm miệng bị VTGUĐ kéo dài, thay vì chỉ theo dõi bảo tồn như ở các đối tượng khác.¹¹ Bởi lẽ, khe hở vòm không chỉ làm tăng nguy cơ tái phát dịch mà

còn cản trở sự phục hồi chức năng vòi nhĩ sau sửa vòm, đặc biệt nếu sửa muộn hoặc có sẹo dính sau phẫu thuật.¹⁰ Ngoài ra, đặt OTK còn mang lại cải thiện rõ rệt về thính lực, với 73,5% đến 86% trẻ đạt ngưỡng nghe bình thường, từ đó hỗ trợ phát triển ngôn ngữ, nâng cao khả năng học tập, hòa nhập. Một số nghiên cứu cũng ghi nhận nhóm trẻ được đặt ống sớm có tỷ lệ nghe kém thấp hơn đáng kể so với nhóm không đặt, cho thấy thời điểm can thiệp rất quan trọng.

Trên thực tế, VTGUĐ ở trẻ khe hở vòm miệng thường kéo dài dai dẳng do cấu trúc vòi nhĩ chưa phục hồi hoàn toàn, đòi hỏi điều trị can cá thể hóa, lựa chọn loại ống phù hợp và theo dõi sát. Bên cạnh yếu tố chuyên môn, việc cải thiện thính lực còn góp phần giảm mặc cảm, hỗ trợ trẻ tự tin hơn trong giao tiếp và học đường.⁷

Để tối ưu hiệu quả, cần can thiệp từ sớm, phối hợp liên chuyên khoa Tai Mũi Họng – Phẫu thuật tạo hình – Ngôn ngữ trị liệu – Tâm lý học phát triển, đồng thời hướng dẫn gia đình theo dõi sát sao để phát hiện sớm dấu hiệu tái phát. Dù tổng quan này còn hạn chế về số lượng và thiết kế nghiên cứu, kết quả vẫn gợi mở hướng chuẩn hóa quy trình chỉ định, phẫu thuật và chăm sóc sau đặt ống thông khí ở trẻ khe hở vòm miệng tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đặt ống thông khí là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ có khe hở vòm miệng. Kết quả tổng quan cho thấy tỷ lệ hết dịch tai giữa dao động từ 45,8% đến 93,1%, tỷ lệ cải thiện thính lực đạt 73,5%–86% sau can thiệp, khẳng định vai trò quan trọng của OTK trong việc bảo tồn chức năng nghe và hỗ trợ phát triển ngôn ngữ.

Để tối ưu hiệu quả điều trị, cần chỉ định đặt

ống sớm, phù hợp, lựa chọn loại ống thích hợp và theo dõi định kỳ. Việc phối hợp liên chuyên khoa Tai Mũi Họng – Phẫu thuật tạo hình – Ngôn ngữ trị liệu cũng như tư vấn cho gia đình đóng vai trò then chốt nhằm giảm thiểu biến chứng và tái phát, từ đó nâng cao chất lượng sống và khả năng hòa nhập xã hội cho trẻ.

Những kết quả tổng quan này có thể là cơ sở định hướng thực hành lâm sàng và gợi ý cho các nghiên cứu tiếp theo tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sousa, A.D.; Devare, S.; Ghanshani, J. Psychological Issues in Cleft Lip and Cleft Palate. J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.; 2009.
2. Hunt, O.; Burden, D.; Hepper, P.; Johnston, C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. In: Eur. J. Orthod.; 2005:27, 274-285.
3. Sharma, R.K.; Nanda, V. Problems of middle ear and hearing in cleft children. In: Indian J. Plast. Surg; 2009:42, S144-S148.
4. Rosenfeld, R.M.; Shin, J.J.; Schwartz, S.R.; Coggins, R.; Gagnon, L.; Hackell, J.M.; Hoelting, D.; Hunter, L.L.; Kummer, A.W.; Payne, S.C.; et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). Otolaryngol.—Head Neck Surg; 2016.
5. Khiếu Hữu Thanh, Lương Thị Minh Hương (2019). Đánh giá chức năng vòi nhĩ ở bệnh nhân khe hở vòm miệng bị viêm tai giữa ứ dịch trước và sau tạo hình vòm miệng. In: Tạp chí Y học Việt Nam; :tập 481, tháng 8, số 2, tr. 173-177.
6. Dhillon RS. The middle ear in cleft palate children pre and post palatal closure. In: J R Soc Med; 1988:81:710-713.
7. Gani, B.; Kinshuck, A.J.; Sharma, R. A review of hearing loss in cleft palate patients. Int. J. Otolaryngol. 2012; 2012:548698
8. Yildirim, M.; Çavuşoğlu, G.; Kara, M.; Özgür, F.F. Balancing intervention and complications: management of otitis media with effusion in children with cleft palate. Turk J. Pediatr. 2025; 67(3):338-348
9. Gani, B.; Kinshuck, A.J.; Sharma, R. A Review of Hearing Loss in Cleft Palate Patients. Int. J. Otolaryngol. 2012;2012: 548698. <https://doi.org/10.1155/2012/548698>
10. Sheahan, P.; Miller, I.; Sheahan, J.N. Tympanostomy tube insertion for otitis media with effusion among children with cleft palate – the Irish experience. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2002; 66(3):261-267. DOI: 10.1016/S0165-5876(02)00217-6

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ GPR TRONG TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN MẠN DO NHIỄM ĐỘC TRINITROTOLUEN NGHỀ NGHIỆP

Nguyễn Văn Bằng¹, Đinh Thị Phương Liên¹, Nguyễn Trọng Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số GPR trong tiên lượng mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan mạn do nhiễm độc trinitrotoluen (TNT) nghề nghiệp. **Đối tượng và phương pháp:** 177 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm gan mạn tính do tiếp xúc TNT nghề nghiệp; nghiên cứu mô tả cắt ngang; lấy mẫu toàn bộ; được sinh thiết gan làm MBH, xét nghiệm các chỉ số sinh hóa, huyết học; giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir; chỉ số GPR. **Kết quả:** BN nhóm F0 (55,9%), F1 (36,2%), F2 (7,9%); Chỉ số GPR trung bình là $0,48 \pm 0,57$, thấp nhất là 0,05, cao nhất là 5,93; Chỉ số GPR ở nhóm F1 ($0,71 \pm 0,78$) cao hơn nhóm F0 ($0,30 \pm 0,15$), $p < 0,001$; BN nhóm F2 có chỉ số GPR cao nhất ($1,45 \pm 0,34$), thấp nhất là nhóm F0 ($0,30 \pm 0,15$), ($p < 0,05$); Chỉ số GPR ở nhóm F ≥ 1 ($0,71 \pm 0,78$) cao hơn nhóm F0 ($0,30 \pm 0,15$), $p < 0,001$; Có mối tương quan thuận giữa chỉ số GPR với các giai đoạn xơ hóa gan ($r = 0,428$ và $p < 0,001$). **Kết luận:**

GPR ở nhóm F ≥ 1 cao hơn nhóm F0, nhóm F ≥ 2 cao hơn nhóm F < 2 ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận giữa GPR với các giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir ($p < 0,05$). **Từ khóa:** GPR, Xơ hóa gan, Trinitrotoluen

SUMMARY

RESEARCH ON THE IMPORTANCE OF GPR INDEX IN PROGNOSIS OF THE DEGREE OF LIVER FIBROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS CAUSED BY OCCUPATIONAL TRINITROTOLUENE POISONING

Objective: To evaluate the GPR index in predicting the degree of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis due to occupational trinitrotoluene poisoning. **Subjects and Methods:** 177 patients were diagnosed with chronic hepatitis due to occupational exposure to TNT; descriptive cross-sectional study; whole sample collection: biopsy for histopathology, biochemical and hematological tests; liver degeneration stage according to Metavir; GPR index. **Results:** Patients in group F0 (55.9%), F1 (36.2%), F2 (7.9%); The average GPR index was 0.48 ± 0.57 , the lowest was 0.05, the highest was 5.93; The GPR index in group F1 (0.71 ± 0.78) was higher than that in group F0 (0.30 ± 0.15), $p < 0.001$; patients in group F2 had the highest GPR index (1.45

¹Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng
Email: bangnvbs@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025
Ngày duyệt bài: 2.10.2025