

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐIỀU TRỊ ĐİẾC ĐỘT NGỘT

Lê Quang¹, Trần Lê Đình Phú¹, Nguyễn Thành Phương¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Đięc đột ngột là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Corticoid toàn thân là điều trị chính yếu và phổ biến hiện nay. Tuy nhiên, nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị nhưng chưa được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị đięc đột ngột. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tiến cứu trên 162 bệnh nhân đięc đột ngột tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh từ 02/2025 đến 09/2025. Dữ liệu lâm sàng, thính lực đồ và kết quả điều trị được phân tích. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là $45,0 \pm 12,7$ năm; thời gian trung bình từ khởi phát đến nhập viện là $8,5 \pm 6,5$ ngày. Sau điều trị, 16,0% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 27,8% hồi phục một phần và 56,2% không cải thiện. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi (OR = 0,96; KTC 95%: 0,96 – 0,99; p = 0,005), trì hoãn điều trị (OR = 0,88; KTC 95%: 0,82 – 0,94; p < 0,001) và ngưỡng nghe trước điều trị (OR = 0,97; KTC 95%: 0,97 – 0,99; p = 0,021) là các yếu tố ảnh hưởng làm giảm khả năng hồi phục thính lực. Các yếu tố khác như bệnh lý kèm theo, dạng thính lực đồ không ảnh hưởng kết quả điều trị. **Kết luận:** Tuổi, thời gian từ khi khởi phát đến điều trị, và ngưỡng nghe trước điều trị là các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị đięc đột ngột. Do đó, can thiệp sớm đóng vai trò then chốt trong việc tối ưu hóa kết quả điều trị. **Từ khóa:** đięc đột ngột, tiên lượng, tuổi, thời gian trì hoãn điều trị, hồi phục thính lực.

SUMMARY

INFLUENCING FACTORS OF SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS TREATMENT OUTCOME

Background: Sudden sensorineural hearing loss (SSNHL) is a common otologic emergency in which corticosteroids remain the mainstay of treatment. Several factors may influence treatment outcomes; however, limited data are available from Vietnam. **Objective:** To identify prognostic factors associated with treatment outcomes in patients with SSNHL. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 162 patients diagnosed with SSNHL at Ho Chi Minh City Ear – Nose – Throat Hospital between February and September 2025. Clinical characteristics, pure tone audiometry, and treatment outcomes were collected and analyzed. Logistic regression models were applied to determine prognostic factors for hearing recovery. **Results:** The

mean age of participants was $45,0 \pm 12,7$ years, and the average duration of pre-hospital delay was $8,5 \pm 6,5$ days. Treatment outcomes showed complete recovery in 16,0%, partial recovery in 27,8%, and no improvement in 56,2% of patients. Multivariate logistic regression revealed that older age (OR = 0,96; 95% CI: 0,94 – 0,99; p = 0,005), longer delay before treatment initiation (OR = 0,88; 95% CI: 0,82 – 0,94; p < 0,001) and baseline hearing thresholds (OR = 0,97; 95% CI: 0,97 – 0,99) were significant negative predictors of hearing recovery. Comorbidities and audiogram configurations were not significantly associated with recovery. **Conclusion:** Age, treatment delay, and baseline hearing threshold are independent prognostic factors for SSNHL recovery. Prompt intervention is essential to optimize treatment outcomes. **Keywords:** sudden sensorineural hearing loss, prognosis, age, treatment delay, hearing recovery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đięc đột ngột (Sudden Sensorineural Hearing Loss – SSNHL) là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng, với tỉ lệ mắc từ 5–27/100.000 người mỗi năm và khoảng 66.000 ca mắc mới được ghi nhận tại Hoa Kỳ.³ Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến hơn ở người lớn tuổi và gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng nghe, chất lượng cuộc sống và tâm lý bệnh nhân, đồng thời tạo áp lực cho hệ thống y tế. Phần lớn các trường hợp đięc đột ngột không xác định được nguyên nhân. Nhiều giả thuyết cơ chế bệnh sinh như nhiễm virus, rối loạn vi mạch, miễn dịch,... đã được đề cập, song bằng chứng còn chưa rõ ràng dẫn tới chưa xác định được chiến lược điều trị tối ưu. Trong số các phương pháp được khuyến nghị, corticosteroid toàn thân hiện vẫn là lựa chọn chính và phổ biến nhất, nhưng hiệu quả lâm sàng còn dao động do chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau. Tại Việt Nam, dữ liệu về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị đięc đột ngột còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị đięc đột ngột tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh, góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho chẩn đoán, tiên lượng và tối ưu hóa điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu thu thập tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị đięc đột ngột tại Khoa Tai – Tai thần kinh, Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh từ tháng 02 năm 2025

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang

Email: lequang@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

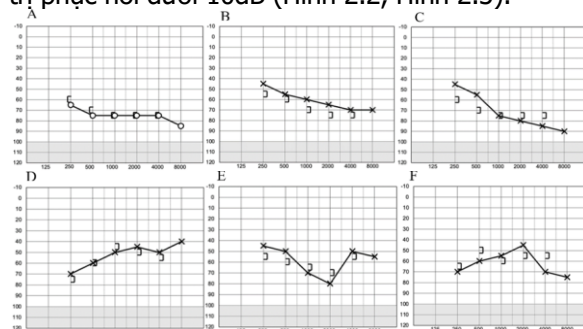
Ngày duyệt bài: 27.10.2025

đến tháng 9 năm 2025.

Chúng tôi nhận vào các trường hợp bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, mất thính lực ≥ 30 dB trên ít nhất 3 tần số liên tiếp trong vòng 72 giờ và có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, thính lực đồ đơn âm trước và sau điều trị. Chúng tôi loại trừ các trường hợp bệnh nhân có chẩn đoán u dây thần kinh số VIII, viêm màng não, chấn thương sọ não, viêm tai giữa hoặc tai ngoài. Bệnh nhân không đồng ý tham gia hoặc có dữ liệu không đầy đủ.

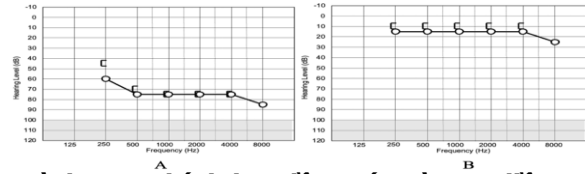
Các dạng thính lực đồ được phân chia theo từng dạng: dạng phẳng (sự khác biệt giữa trung bình ngưỡng nghe ở tần số 250 – 500 Hz, 1 – 2 kHz và 4 – 8 kHz nhỏ hơn 15 dB), dạng giảm dần nhẹ (sự khác biệt giữa trung bình ngưỡng nghe ở tần số 500 Hz – 1 kHz và 4 – 8 kHz lớn hơn 15 dB nhưng nhỏ hơn 29 dB), dạng giảm dần nặng (sự khác biệt giữa trung bình ngưỡng nghe ở tần số 500 Hz – 1 kHz và 4 – 8 kHz lớn hơn 30 dB), dạng tăng dần (sự khác biệt giữa ngưỡng nghe ở tần số thấp thấp hơn ngưỡng nghe ở tần số cao hơn lớn hơn 15 dB), dạng chữ U (sự khác biệt giữa ngưỡng nghe tệ nhất ở tần số ở giữa thấp hơn so với ngưỡng nghe ở tần số cao hơn và thấp hơn lớn hơn 15 dB), dạng chữ U ngược (sự khác biệt giữa ngưỡng nghe tốt nhất ở tần số ở giữa cao hơn so với ngưỡng nghe ở tần số cao hơn và thấp hơn lớn hơn 15 dB) (Hình 2.1)

Chúng tôi đánh giá mức cải thiện của bệnh nhân dựa vào sự cải thiện của ngưỡng nghe trung bình (NNTB) sau điều trị so với NNTB nền (NNTB trước khi mắc bệnh hoặc NNTB của tai không bệnh nếu không có thông tin của thính lực trước khi bệnh). Cải thiện hoàn toàn khi NNTB sau điều trị về gần bằng NNTB nền (trong khoảng ± 10 dB), cải thiện một phần khi NNTB sau điều trị phục hồi trên 10dB nhưng chưa về gần bằng NNTB nền và không cải thiện khi NNTB sau điều trị phục hồi dưới 10dB (Hình 2.2, Hình 2.3).



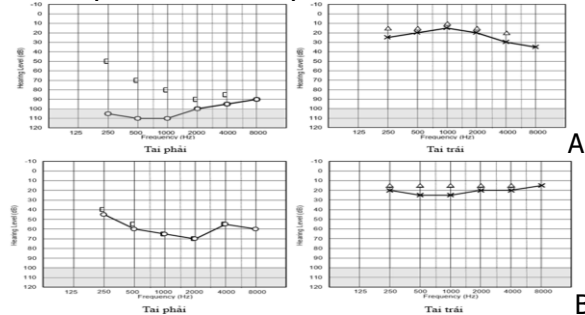
Hình 2.1. Các dạng thính lực đồ của bệnh nhân điếc đột ngột

A: Dạng phẳng; B: Dạng giảm dần nhẹ; C: Dạng giảm dần nặng; D: Dạng tăng dần; E: Dạng chữ U; F: Dạng chữ U ngược



Hình 2.2. Thính lực đồ trước và sau điều trị của bệnh nhân có cải thiện hoàn toàn

Hình A: Thính lực đồ trước điều trị; Hình B: Thính lực đồ sau điều trị



Hình 2.3. Thính lực đồ trước và sau điều trị của bệnh nhân có cải thiện một phần

Hình A: Thính lực đồ trước điều trị; Hình B: Thính lực đồ sau điều trị

Thông tin bệnh nhân được thu thập từ hỏi bệnh trực tiếp, hồ sơ bệnh án nội trú, sử dụng bảng thu thập số liệu đã chuẩn hóa. Dữ liệu được nhập bằng Microsoft Excel 2021 và xử lý thống kê với phần mềm SPSS 27.0. Kiểm định phân phối chuẩn được thực hiện bằng Kolmogorov-Smirnov và Shapiro-Wilk. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị. Giá trị của biến số được chọn làm giá trị tham chiếu là giá trị có mức độ nặng nhất hoặc giá trị cuối cùng của biến số. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập 162 bệnh nhân điếc đột ngột.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình là $45,0 \pm 12,7$ năm. Nam giới chiếm 50,6%. Bệnh lý nội khoa kèm theo gồm: tăng huyết áp 11 bệnh nhân (6,8%), đái tháo đường 6 bệnh nhân (3,7%) và rối loạn lipid máu 1 bệnh nhân (0,6%).

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm mẫu nghiên cứu
Tuổi (năm)	$45,0 \pm 12,7$
Nam giới (%)	50,6

Tăng huyết áp (%)	6,8
Đái tháo đường (%)	3,7
Rối loạn lipid máu (%)	0,6

Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là $8,5 \pm 6,5$ ngày. Trong đó, 39 bệnh nhân dưới 3 ngày (24,1%), 60 bệnh nhân trong khoảng 4 – 7 ngày (37,0%), 41 (25,3%) bệnh trong khoảng 8 – 14 ngày và 22 bệnh nhân trên 14 ngày (13,6%). Về đặc điểm lâm sàng, có 16 bệnh nhân (9,9%) ghi nhận triệu chứng chóng mặt, 93 bệnh nhân (57,4%) có ù tai và 3 bệnh nhân (1,9%) có buồn nôn.

Phân tích thính lực đồ tai bệnh cho thấy ngưỡng nghe trung bình (NNTB) là $71,8 \pm 25,4$ dB. Trong đó, dạng phẳng chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,6% (69 bệnh nhân). Dạng tăng dần gặp ở 16,0% (26 bệnh nhân), dạng giảm dần nặng và nhẹ lần lượt là 13,6% (22 bệnh nhân) và 11,1% (18 bệnh nhân). Các dạng ít gặp hơn gồm chữ U (9,9%; 16 bệnh nhân) và chữ U ngược (6,8%; 11 bệnh nhân).

Bảng 3.2. Đặc điểm thính lực đồ của bệnh nhân

	Đặc điểm thính lực đồ mẫu nghiên cứu
NNTB 4 tần số 500 – 1000 – 2000 – 4000 Hz (dB)	$71,8 \pm 25,4$
Thính lực đồ dạng phẳng (%)	42,6
Thính lực đồ dạng tăng dần (%)	16,0
Thính lực đồ dạng giảm dần nặng (%)	13,6
Thính lực đồ dạng giảm dần nhẹ (%)	11,1
Thính lực đồ dạng chữ U (%)	9,9
Thính lực đồ dạng chữ U ngược (%)	6,8

Đặc điểm kết quả điều trị đối tượng nghiên cứu. Thính lực đồ bệnh nhân sau điều trị có NNTB là $61,8 \pm 28,9$ dB. Trong đó có 56,2% trường hợp không cải thiện (91 bệnh nhân), 27,8% trường hợp cải thiện một phần (45 bệnh nhân) và 16,0% trường hợp cải thiện hoàn toàn (26 bệnh nhân).

Bảng 3.3. Đặc điểm thính lực đồ sau điều trị

	Đặc điểm kết quả điều trị mẫu nghiên cứu
NNTB 4 tần số 500 – 1000 – 2000 – 4000 Hz (dB)	$61,8 \pm 28,9$
Không cải thiện (%)	56,2
Cải thiện một phần (%)	27,8
Cải thiện hoàn toàn (%)	16,0

Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến

các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị ở bệnh nhân điếc đột ngột. Để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị ở bệnh nhân điếc đột ngột, chúng tôi đã phân 162 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thành ba nhóm: cải thiện hoàn toàn, cải thiện một phần và không cải thiện. Trong đó, 26 bệnh nhân thuộc nhóm cải thiện hoàn toàn, 45 bệnh nhân cải thiện một phần và 91 bệnh nhân không cải thiện.

Trong phân tích hồi quy thứ bậc đơn biến (Univariate ordinal logistic regression), tuổi và thời gian từ khởi phát đến điều trị cho thấy ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị. Mỗi năm tuổi tăng thêm làm giảm khoảng 4% khả năng cải thiện thính lực (OR = 0,96; KTC 95%: 0,93 – 0,98; $p < 0,001$), trong khi mỗi ngày trì hoãn điều trị làm giảm khoảng 13% khả năng cải thiện kết quả (OR = 0,87; KTC 95%: 0,81 – 0,92; $p < 0,001$). Ngược lại, các yếu tố khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, ù tai và chóng mặt không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị ($p > 0,05$). Biến ngưỡng nghe trước điều trị (dB) có xu hướng ảnh hưởng đến khả năng hồi phục, nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (OR = 0,99; KTC 95%: 0,98 – 1,00; $p = 0,084$). Khi độ 5 được chọn làm mức nền so sánh, các nhóm độ 1, 2 và 4 không khác biệt đáng kể, trong khi nhóm độ 3 có xu hướng liên quan đến khả năng hồi phục tốt hơn (OR = 2,30; KTC 95%: 0,94 – 5,62; $p = 0,067$) nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa. Đối với dạng thính lực đồ, không có dạng nào khác biệt rõ rệt so với dạng chữ U ngược ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Biến số	OR = exp(B)	KTC 95% cho OR	p-value
Tuổi (năm)	0,96	0,93-0,98	<0,001*
Thời gian từ khởi phát đến điều trị (ngày)	0,87	0,81-0,92	<0,001*
Tăng huyết áp (%)	0,81	0,25-2,59	0,721
Đái tháo đường (%)	1,06	0,22-5,24	0,939
Rối loạn lipid máu (%)	0,38	0,01-14,2	0,602
Ù tai (%)	0,83	0,45-1,52	0,545
Chóng mặt (%)	0,80	0,30-2,14	0,659
Ngưỡng nghe trước điều trị (dB)	0,99	0,98-1,00	0,084
Mức độ nghe kém trước điều trị (so với độ 5)			
- Độ 1	1,71	0,49-6,02	0,399
- Độ 2	1,20	0,53-2,71	0,656
- Độ 3	2,30	0,94-5,62	0,067
- Độ 4	1,07	0,44-2,58	0,878
Dạng thính lực đồ (so với dạng chữ U ngược)			
- Dạng phẳng	0,60	0,18-2,02	0,410
- Dạng giảm dần nhẹ	0,47	0,11-2,05	0,313

- Dạng giảm dần nặng	0,83	0,21-3,30	0,795
- Dạng tăng dần	1,18	0,31-4,45	0,807
- Dạng chữ U	1,22	0,29-5,14	0,790

Phân tích đa biến được xây dựng dựa trên các biến có xu hướng ảnh hưởng đến khả năng cải thiện thính lực trong phân tích đơn biến ($p < 0,2$), gồm tuổi bệnh nhân, thời gian từ khởi phát đến điều trị và ngưỡng nghe trước điều trị. Kết quả phân tích (bảng 3.5) cho thấy tuổi và thời gian từ khởi phát đến điều trị vẫn giữ được ý nghĩa thống kê và là các yếu tố ảnh hưởng độc lập đối với khả năng cải thiện thính lực. Cụ thể, mỗi năm tuổi tăng thêm làm giảm khoảng 4% khả năng cải thiện (OR = 0,96; KTC 95%: 0,96 – 0,99; $p = 0,005$), mỗi ngày trì hoãn điều trị làm giảm khoảng 12% khả năng cải thiện (OR = 0,88; KTC 95%: 0,82 – 0,94; $p < 0,001$). Ngưỡng nghe trước điều trị cho thấy có ảnh hưởng kết quả điều trị trong mô hình đa biến với mỗi 1 dB tăng thêm ngưỡng nghe làm giảm khả năng hồi phục khoảng 3% (OR = 0,97; KTC 95%: 0,97 – 0,99; $p = 0,021$).

Bảng 3.5. Kết quả phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Biến số	OR = exp(B)	KTC 95% cho OR	p-value
Tuổi (năm)	0,96	0,96-0,99	0,005
Thời gian từ khởi phát đến điều trị (ngày)	0,88	0,82-0,94	<0,001
Ngưỡng nghe trước điều trị (dB)	0,99	0,97-0,99	0,021

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là $45,0 \pm 12,7$ năm, tương đồng với Lương Xuân Tuyền¹ ($40,2 \pm 10,6$ năm) và thấp hơn rõ so với Tsuzuki⁹ ($59,8 \pm 15,1$ năm) và Vũ Thị Ly² ($51,67 \pm 14,8$ năm). Bên cạnh đó, tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu của chúng tôi lần lượt là (6,8%, 3,7%, 0,6%), thấp hơn đáng kể so với Pérez⁸ (31,2%, 12,9%, 16,7%) và Tsuzuki⁹ (29,1%, 17,2%, 23,9%). Khác biệt này nhiều khả năng do dân số của chúng tôi có độ tuổi trẻ hơn các nghiên cứu khác.

Thời gian từ lúc mắc bệnh đến lúc nhập viện chúng tôi ghi nhận là $8,5 \pm 6,5$ ngày, cao hơn so với nghiên cứu của Lionello⁶ $6,1 \pm 7,9$ ngày. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ các triệu chứng thường gặp là ù tai 57,4%, chóng mặt 9,9%, buồn nôn 1,9%. Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh tỉ lệ cao của ù tai và chóng mặt: Vũ Thị Ly² báo cáo ù tai 96,6%, chóng mặt 14,5%; Pérez⁸ ghi nhận ù tai 91,4%, chóng mặt

47,3%; Ha⁴ báo cáo ù tai 67,8%, chóng mặt 30,5%. Có thể thấy ù tai và chóng mặt là các triệu chứng kèm theo nổi bật ở bệnh nhân điếc đột ngột.

Đặc điểm NNTB trước điều trị chúng tôi ghi nhận $71,8 \pm 25,4$ dB, cao hơn so với nghiên cứu của Tsuzuki⁹ $61,8 \pm 23,0$ dB, Lionello⁶ $54,4 \pm 23,0$ dB. Về đặc điểm thính lực đồ, dạng thính lực đồ thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là dạng phẳng (42,6%), tương tự với các nghiên cứu của tác giả Perez⁸ (44,6%), Vũ Thị Ly² (41,9%).

Về kết quả điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ cải thiện hoàn toàn là 16,0%, có sự khác biệt với các nghiên cứu khác như của Perez (9,2%)⁸, Lương Xuân Tuyền (27,6%)¹. Trong nghiên cứu của Perez, hơn 40% bệnh nhân điều trị trễ sau 14 ngày trong khi chúng tôi chỉ ghi nhận 22%. Trong khi đó, nghiên cứu Lương Xuân Tuyền kết hợp cả corticoid toàn thân và điều trị oxy cao áp – một điều trị cứu vớt trong điếc đột ngột, giúp nâng cao tỷ lệ cải thiện.

Các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị ở bệnh nhân điếc đột ngột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi được ghi nhận là một yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phục hồi thính lực ở bệnh nhân điếc đột ngột. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy bệnh nhân trẻ tuổi có tỷ lệ hồi phục cao hơn đáng kể so với bệnh nhân lớn tuổi. Nghiên cứu của Vũ Thị Ly ghi nhận nhóm 21 – 30 tuổi có tỷ lệ hồi phục cao nhất (76,9%), trong khi nhóm trên 70 tuổi chỉ đạt 20% ($p = 0,014$).² Tương tự, Lin ghi nhận tuổi là một yếu tố có ảnh hưởng kết quả điều trị ở bệnh nhân điếc đột ngột (OR = 1,037; KTC 95%: 1,020 – 1,053; $p < 0,001$).⁵ Mandavia cũng báo cáo rằng tuổi trẻ hơn là yếu tố tiên lượng độc lập cho sự phục hồi hoàn toàn, với OR = 0,64 cho mỗi năm tuổi tăng thêm,⁷ trong khi Ha và cs. nhận thấy tỷ lệ phục hồi đáng kể ở hầu hết các nhóm tuổi, ngoại trừ nhóm trên 70 tuổi, với kết quả tốt nhất ở nhóm 30 – 40 tuổi ($p = 0,015$).⁴

Mối tương quan giữa tuổi và mức độ đáp ứng điều trị có thể được giải thích bằng nhiều cơ chế bệnh sinh. Một mặt, sự thoái hóa cấu trúc ốc tai liên quan đến tuổi và khả năng tái tạo kém khiến quá trình hồi phục sau tổn thương cấp tính trở nên hạn chế.⁶ Mặt khác, các bệnh thường gặp ở người cao tuổi như tăng huyết áp, đái tháo đường và xơ vữa động mạch góp phần gây thiếu máu cục bộ vi mạch tại ốc tai, góp phần làm giảm khả năng hồi phục sau điếc đột ngột.⁹

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đến khi được điều trị

là một yếu tố độc lập ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Vũ Thị Ly báo cáo rằng khả năng phục hồi cao nhất ở nhóm bệnh nhân được điều trị trong vòng 7 ngày (chiếm 45,9%) và tỷ lệ này giảm dần ở các nhóm được điều trị muộn hơn.² Tương tự, Lương Xuân Tuyền ghi nhận rằng nếu bệnh nhân được điều trị trong vòng 3 ngày, tỷ lệ phục hồi đạt tới 95%, nhưng khi điều trị sau 14 ngày, tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 50%. Những kết quả trên đều khẳng định mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều trị sớm và khả năng hồi phục thính lực. Bên cạnh đó, Perez cũng chứng minh rằng việc trì hoãn điều trị quá 14 ngày có tương quan độc lập với sự giảm rõ rệt tỷ lệ hồi phục, bất kể các yếu tố lâm sàng khác như tuổi, mức độ mất thính lực hay sự hiện diện của chóng mặt.⁸ Kết quả này được củng cố thêm bởi Mandavia và cs, các tác giả chỉ ra rằng việc điều trị steroid trong vòng 7 ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng là yếu tố tiên lượng độc lập mạnh cho sự hồi phục hoàn toàn (OR = 5,23 so với không điều trị). Điều trị trong khoảng 8 – 14 ngày vẫn cho thấy khả năng phục hồi tốt hơn so với không điều trị (OR = 2,28), tuy nhiên khi điều trị sau 14 ngày, khả năng hồi phục không còn ý nghĩa thống kê so với không điều trị (OR = 0,89).⁷ Hiện tượng này có thể do điều trị sớm sẽ giúp giới hạn sự tổn thương không hồi phục tế bào thần kinh hoặc tế bào lông ốc tai.^{3,8} Liệu pháp corticosteroid sớm có tác dụng làm giảm viêm, phù nề và thiếu máu cục bộ, nhưng hiệu quả này giảm dần theo thời gian, với tỷ lệ hồi phục sụt giảm rõ rệt nếu điều trị bắt đầu sau 14 ngày.³ Như vậy, tổng hợp kết quả các nghiên cứu cho thấy can thiệp sớm đóng vai trò then chốt trong việc ngăn ngừa tổn thương vĩnh viễn ở ốc tai và tối ưu hóa khả năng hồi phục thính lực.

NNTB trước điều trị cũng là một yếu tố độc lập ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Kết quả nghiên cứu của Perez⁸ cho thấy những trường hợp có ngưỡng nghe ban đầu nặng có nguy cơ phục hồi kém hơn rõ rệt (OR = 6,63). Tương tự, Mandavia⁷ cũng ghi nhận rằng mức độ mất thính lực nặng khi nhập viện làm giảm đáng kể khả năng hồi phục hoàn toàn (OR = 0,19). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Thị Ly² cho thấy nhóm điếc sâu có kết quả hồi phục là 25% thấp hơn hẳn tỷ lệ hồi phục ở nhóm bệnh nhân nghe kém nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 45,5%, 42,6% và 54,2%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($r = 0,231$; $p = 0,012$). Các tác giả đều cho rằng tình trạng nghe kém nặng trước điều trị

phản ánh tình trạng tổn thương lan rộng của ốc tai, với mức độ hư hại không hồi phục ở tế bào lông và các cấu trúc thần kinh đi kèm.^{3,5,8} Điều này giải thích tại sao những bệnh nhân có NNTB ban đầu càng cao thì khả năng hồi phục sau điều trị càng thấp.

V. KẾT LUẬN

Tuổi, ngưỡng nghe trung bình trước điều trị và thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi điều trị đều có mối tương quan với kết quả điều trị của bệnh nhân điếc đột ngột (tất cả $p < 0,05$). Trong đó, can thiệp sớm là yếu tố có thể cải thiện được nhằm tối ưu hoá kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Xuân Tuyền, Nguyễn Thị Hải Hà.** Kết quả bước đầu điều trị bệnh nhân bị điếc đột ngột bằng oxy cao áp tại viện y học biển. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021.
2. **Vũ Thị Ly, Thanh HC, Trọng NT, Thực ĐH, Hà ĐTT.** Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân điếc đột ngột. J 108 - Clin Med Pharmacol. 2021;16(DB4). doi:10.52389/ydls.v16iDB4.935
3. **Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, et al.** Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). Otolaryngol Neck Surg. 2019;161(1_suppl): S1-S45. doi:10.1177/0194599819859885
4. **Ha YR, Kim D, Kim SS, Lee JM, Kim SH, Yeo SG.** Comparison of Recovery Rates of Sudden Sensorineural Hearing Loss by Age Group. J Clin Med. 2024;13(16): 4937. doi:10.3390/jcm13164937
5. **Lin W, Xiong G, Yan K, et al.** Clinical Features and Influencing Factors for the Prognosis of Patients With Sudden Deafness. Front Neurol. 2022;13:905069. doi:10.3389/fneur.2022.905069
6. **Lionello M, Staffieri C, Breda S, et al.** Uni- and multivariate models for investigating potential prognostic factors in idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015;272(8):1899-1906. doi:10.1007/s00405-014-2992-8
7. **Mandavia R, Joshi N, Hannink G, et al.** A Prognostic Model to Predict Hearing Recovery in Patients With Idiopathic Sudden Onset Sensorineural Hearing Loss. JAMA Otolaryngol Neck Surg. 2024;150(10):896-906. doi:10.1001/jamaoto.2024.2598
8. **Perez Ferreira Neto A, Da Costa Monsanto R, Dore Saint Jean L, Sonzzini Ribeiro De Souza L, De Oliveira Penido N.** Clinical Profile of Patients With Unilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss: Correlation With Hearing Prognosis. Otolaryngol Neck Surg. 2021;165(4):563-570. doi:10.1177/0194599820986571
9. **Tsuzuki N, Wasano K, Oishi N.** Association between atherosclerosis, hearing recovery, and hearing in the healthy ear in idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a retrospective chart analysis. Sci Rep Dec. 2022;12(1). doi:10.1038/s41598-022-25593-5