

## NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ Điếc đột ngột BẰNG CORTICOID

Lê Chung Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tố Uyên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các phương pháp điều trị điếc đột ngột và ứng dụng trong thực tế lâm sàng, trong đó đi sâu phân tích phương pháp điều trị bằng corticoid. **Phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan luận điểm. **Kết quả nghiên cứu:** Trong tổng số 574 bài báo được tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu Pubmed, thư viện Cochrane có 18 bài báo nghiên cứu về điều trị điếc đột ngột, trong đó có 12 bài báo đánh giá kết quả điều trị bằng corticoid. Sử dụng corticoid trong điều trị điếc đột ngột có thể dùng theo đường toàn thân, đường tiêm hòm nhĩ hoặc kết hợp cả hai phương pháp. **Kết luận:** Điều trị bằng corticoid là phương pháp điều trị chính, trong đó sử dụng corticoid đường toàn thân kết hợp với tiêm hòm nhĩ đem lại kết quả khả quan trên nhóm bệnh nhân điếc đột ngột. Khi so sánh giữa tiêm hòm nhĩ ban đầu và tiêm hòm nhĩ cứu cánh, kết quả hồi phục thính lực cuối cùng không phụ thuộc thời điểm tiêm.

**Từ khóa:** Nghe kém đột ngột, Nghe kém thần kinh thính giác đột ngột, Điếc đột ngột, Điều trị, Corticoid

### SUMMARY

#### SCOPING REVIEW THE STEROID THERAPY OF PROFOUND SUDDEN HEARING LOSS

**Objective:** Describe the treatment methods of sudden deafness and its application in clinical practice, in which in-depth analysis of corticosteroid treatment methods. **Methods:** A scoping review. **Results:** Out of a total of 574 articles searched on Pubmed database, the Cochrane library has 18 research articles on the treatment of profound sudden hearing loss, of which 12 articles evaluate the results of treatment with corticosteroids. The use of corticosteroids in the treatment can be systemic therapy, intratympanic steroid injection or a combination of both. **Conclusion:** Corticosteroid treatment is the main treatment method, in which systemic corticosteroids combined with intratympanic steroid injection have positive results in patients with profound sudden hearing loss. When comparing primary and salvage intratympanic injections, the final hearing recovery was independent of the time of injection.

**Keywords:** Profound Sudden Hearing Loss, Profound Sudden Sensorineural Hearing Loss, Treatment, Corticoid, Steroid therapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Chung Dũng

Email: lechungdung1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023

Hiện nay, theo Hiệp hội Tai mũi họng và phẫu thuật đầu cổ Hoa Kỳ năm 2012 và mới nhất năm 2019, các tác giả đã thống nhất sử dụng định nghĩa “Nghe kém đột ngột – Sudden Hearing Loss” – cảm giác chủ quan đột ngột về sự giảm sức nghe ở một hoặc hai bên tai, trong đó “Nghe kém tiếp nhận đột ngột – Sudden sensorineural hearing loss” là một nghe kém tiếp nhận tự nhiên, thính lực giảm từ 30 dB trở lên với ít nhất ở 3 tần số liên tiếp nhau và mới xuất hiện trong vòng 72 giờ. Khái niệm “Điếc đột ngột” được hiểu là một nghe kém tiếp nhận đột ngột với mức suy giảm thính lực ở ngưỡng điếc (ngưỡng  $\geq 90$  dB). Chẩn đoán xác định bệnh không phải là điều quá khó khăn, dựa chủ yếu vào hỏi bệnh và đo thính lực đồ. Tuy nhiên khó khăn đặt ra là chẩn đoán kịp thời điều trị trong giai đoạn sớm và chẩn đoán được nguyên nhân. Mặc dù nghe kém tiếp nhận đột ngột nói chung và điếc đột ngột nói riêng đã được biết đến và nghiên cứu từ lâu, nhưng cho đến nay nguyên nhân và sinh bệnh học của bệnh vẫn còn nhiều giả thuyết, do đó tư vấn trên bệnh nhân và phác đồ điều trị vẫn còn nhiều tranh luận. Trong những năm qua, nhiều phương pháp điều trị điếc đột ngột đã được nghiên cứu và đưa vào thực hành lâm sàng, bao gồm điều trị bằng corticoid, liệu pháp thở oxy cao áp,... tuy nhiên vẫn chưa có quan điểm thống nhất và điều trị rõ ràng, đặc biệt chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể trên nhóm bệnh nhân có mức suy giảm thính lực ở ngưỡng điếc, mà phân bố rải rác trong nhiều nghiên cứu chung về nghe kém tiếp nhận đột ngột. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả các phương pháp điều trị điếc đột ngột và ứng dụng trong thực hành lâm sàng, trong đó đi sâu phân tích phương pháp điều trị bằng corticoid.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu.** Phương pháp nghiên cứu được thực hiện theo hướng dẫn của PRISMA (Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-analyses). Đây là bộ checklist đã được chuẩn hóa cho các nghiên cứu tổng quan, giúp cho các nhà nghiên cứu có thể tiến hành dạng thiết kế này một cách đầy đủ và có độ tin cậy cao.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Tổng quan luận điểm

**2.2.2. Cơ sở dữ liệu.** Tìm kiếm các bài báo trên hệ thống cơ sở dữ liệu Pubmed, hệ thống thư viện Cochrane từ tháng 8 năm 1982 đến trước tháng 1 năm 2022 thỏa mãn với từ khoá "Profound sudden hearing loss" hoặc "Profound sudden sensorineural hearing loss" hoặc "Profound sudden deafness" và "Treatment" hoặc "Therapy"

**2.2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bài báo nghiên cứu (NC) thử nghiệm lâm sàng hoặc nghiên cứu quan sát hồi cứu hoặc tiến cứu có đánh giá hiệu quả hoặc kết quả của các phương pháp điều trị điếc đột ngột.

- Các NC được công bố trên các tạp chí uy tín, có bình duyệt.

- Các NC được xuất bản bằng tiếng Anh, có đầy đủ tóm tắt, tác giả, có bản toàn văn

**2.2.4. Tiêu chuẩn loại trừ**

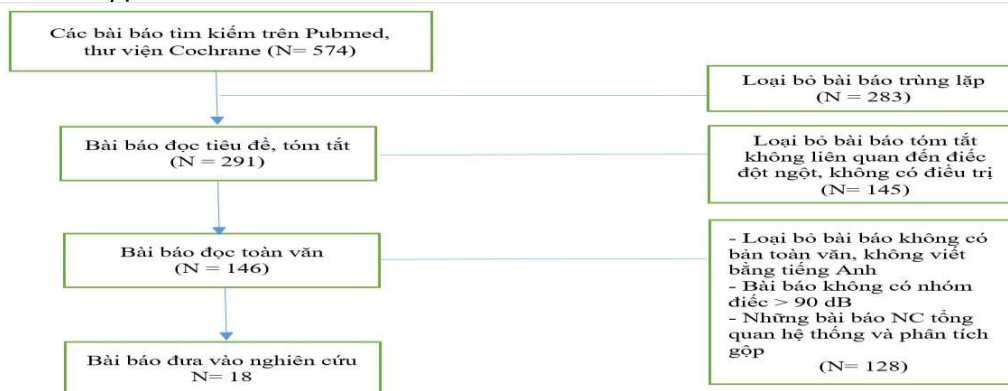
- Các NC được xuất bản trước tháng 8 năm 1982 hoặc sau tháng 1 năm 2022.

- NC trên những bệnh nhân được chẩn đoán điếc đột ngột có nguyên nhân, những bài báo không nói tới kết quả đánh giá điều trị, các bài báo là dạng nghiên cứu tổng quan, phân tích gộp.

- Các bài báo không nói đến nhóm bệnh nhân mức độ nghe kém > 90dB.

**2.2.5. Sàng lọc nghiên cứu tìm kiếm.**

Tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu kết quả thu được 574 bài báo nghiên cứu. Sau khi đối chiếu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, 18 bài báo được đưa vào nghiên cứu tổng quan. (Hình 1)



**Hình 1: Sơ đồ tìm kiếm dữ liệu**

Trong tổng số 18 bài báo được đưa vào nghiên cứu, chúng tôi tập trung đi sâu phân tích 12 bài báo đánh giá kết quả điều trị điếc đột ngột bằng Corticoid trong phạm vi của bài báo này.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung các nghiên cứu.**

Trong tổng số 12 nghiên cứu có tổng số 10 nghiên cứu khai báo giới tính của bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm phần lớn, với tỷ lệ từ 41% đến 86%. Độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu từ 35 đến 65 tuổi. Phần lớn các nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu (4/12) hoặc tiến cứu (4/12), có 02 NC là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, 01 NC là nghiên cứu vừa tiến cứu vừa hồi cứu. Các nghiên cứu chủ yếu tại khu vực châu Á, nhiều nhất tại Hàn Quốc, khu vực châu Âu chủ yếu tại Italy. Tổng số lượng tất cả bệnh nhân trong các nghiên cứu là 803 bệnh nhân. Các nghiên cứu được tiến hành từ năm 2009 đến năm 2020, trong đó năm 2012 đưa ra nhiều bài nghiên cứu nhất. Các nhóm tác giả của các nghiên cứu đều đồng thuận khái niệm nghe kém đột ngột là nghe kém thần kinh

thính giác/nghe kém tiếp nhận đột ngột với sự giảm sức nghe ở ba tần số liên tiếp trên 30dB trong thời gian dưới 72h. Có 05 nghiên cứu đưa ra tiêu chuẩn loại trừ trên các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tai, không có bệnh lý sau ốc tai (u thần kinh thính giác).

Kết quả đánh giá điều trị của 12 nghiên cứu dựa theo kết quả đo thính lực đơn âm trước và sau điều trị, thông qua các chỉ số trung bình ngưỡng nghe (PTA), số dB hồi phục, tỷ lệ hồi phục thính lực (%). Trong đó có 04 nghiên cứu sử dụng cách tính PTA 4 tần số (500, 1000, 2000, 4000 Hz) và 05 nghiên cứu PTA (500, 1000, 2000, 3000 Hz). Có 02 nghiên cứu đánh giá thêm ở tần số trầm 250 Hz và cao 8000 Hz. Mức độ hồi phục thính lực được đưa ra trong 12 nghiên cứu dựa theo các quy chuẩn khác nhau, trong đó khái niệm hồi phục hoàn toàn (Complete recovery) được định nghĩa là trung

bình ngưỡng nghe sau điều trị  $\leq 10$  dB (3/12 nghiên cứu);  $\leq 20$ dB (2/12 nghiên cứu);  $\leq 25$  dB (6/12 nghiên cứu – 50%).

**3.2. Kết quả của các nghiên cứu.** Các phương pháp điều trị được nghiên cứu trong

tổng số 12 bài nghiên cứu bao gồm sử dụng Corticoid đường toàn thân (đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp), đường tiêm hòm nhĩ và kết hợp hai phương pháp được mô tả dưới bảng sau.

**Bảng 1: Tổng hợp các bài báo nghiên cứu**

STT	Tác giả	Thuốc sử dụng/ Đường dùng	Liều lượng	Thời gian dùng	Thời gian theo dõi
1	Yoo và CS (2009) <sup>1</sup>	Methylprednisolon – Tab Dexamethasone – IT	48mg/ngày, giảm dần liều 5 mg/ml, tiêm 0.3 -0.5 ml/lần	14 ngày 4 mũi/ 2 tuần	1 – 2 tháng sau điều trị
2	Choi và CS (2020) <sup>2</sup>	Prednisolon – IV Prednisolon – Tab Dexamethasone – IT kết hợp Dexamethasone – IT liệu pháp cứu cánh	1 mg/kg/ngày 40 mg/ngày, giảm dần liều 5 mg/ml, tiêm 0.3 – 0.5 ml/lần	5 ngày 5 ngày 2 mũi/ 5 ngày 3 mũi/ 2 tuần	1 tuần sau điều trị 1 tuần sau điều trị 1 tháng sau điều trị
3	Lee và CS (2010) <sup>3</sup>	Dexamethasone – IV Dexamethasone – IT liệu pháp cứu cánh	10 mg/ ngày – 5 ngày 7.5 mg/ngày – 2 ngày 5 mg/ml, tiêm 0.3 – 0.5 ml/lần	7 ngày 6 mũi/ 2 tuần	2 tuần sau điều trị 1 tháng sau điều trị
4	Jo và CS (2015) <sup>4</sup>	Prednisolon – IM Dexamethasone – IT liệu pháp cứu cánh	80 mg/ ngày – 4 ngày đầu, giảm dần	12 ngày 2 ngày/lần/ 2 tuần	3 tuần/ 3 tháng / 6 tháng sau điều trị
5	Battista và CS (2005) <sup>5</sup>	Methylprednisolon – Tab Dexamethasone – IT kết hợp	64 mg/ngày – 2 ngày đầu giảm dần 24 mg/ml, 0.3 cc	11 ngày 4 mũi/ 2 tuần	6 tháng sau điều trị
6	Song và CS (2020) <sup>6</sup>	Dexamethasone IV Dexamethasone IT liệu pháp cứu cánh	0.15 mg/kg/ngày 0.225 mg/kg/ngày 5 mg/ml, tiêm 0.4 ml/lần	5 ngày 7 ngày 4-6 mũi/ 2 tuần	2 tuần/ 4 tuần sau điều trị
7	Fu và CS (2011) <sup>7</sup>	Dexamethasone – IV Dexamethasone – IT kết hợp Thuốc khác: Protagaladine E1 truyền 7 ngày Oxy cao áp 30 ngày	15 mg/ngày – 3 ngày đầu giảm dần 5 mg/ml, 0.8 ml/lần	9 ngày 1 mũi/ngày/5 ngày	1 tháng sau điều trị
8	Battaglia và CS (2014) <sup>8</sup>	Prednisolon – Tab Dexamethasone – IT kết hợp	60 mg/ngày – 7 ngày, giảm dần 10 mg/ml, -	14 ngày 1 mũi/ tuần x 3 tuần	4 – 12 tuần sau điều trị
9	Edoardo và CS (2018) <sup>9</sup>	Dexamethasone – IV Dexamethasone – IT liệu pháp cứu cánh	1 mg/kg/ngày 4 mg/ml, -	7 ngày 3 mũi/ 10 ngày	1 tháng sau điều trị
10	Roberto và CS (2012) <sup>10</sup>	Methylprednisolon – IV Prednisolon – IT Kết hợp: oxy cao áp (10 ngày – 103 phút)	1 mg/kg/ngày -7 ngày, giảm dần 62.5 mg/ml	10 ngày 3 mũi/3 ngày	15 ngày sau điều trị
11	Nakache và CS (2015) <sup>11</sup>	Prednisolon – Tab Dexamethasone – IT Dexamethasone IT liệu pháp cứu cánh	1 mg/kg/ngày – 7 ngày, giảm dần 4 mg/ml, 0.5-0.7 ml/lần 4 mg/ml, 0.5 -0.7 ml/lần	14 ngày 1 mũi/ngày/6 ngày -	1 tuần/ 2 -4 tuần/ 1 tháng -12 tháng sau điều trị
12	Hong và CS (2012) <sup>12</sup>	Prednisolon – Tab Dexamethasone IT Kết hợp: thuốc giãn mạch ngoại vi và chiết xuất Ginkgo biloba	60 mg/ngày – 4 ngày, giảm dần 5 mg/ml, 0.3 -0.4 cc -	8 ngày 1 mũi/ngày/8 ngày	3 tháng sau điều trị

**Chú thích:** “-”: không có thông tin trong nghiên cứu, IV: tiêm tĩnh mạch, IT: tiêm hòm nhĩ, IM : tiêm bắp, Tab: viên uống.

Nghiên cứu của Nakache và cs (2015) đánh giá kết quả điều trị trên 59 bệnh nhân điếc đột ngột chia ba nhóm phương pháp: Corticoid đường uống (n= 20), Tiêm hòm nhĩ (n= 13) và Kết hợp Corticoid và Tiêm hòm nhĩ sau 7 ngày điều trị (n=26). Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về sự cải thiện về trung bình ngưỡng nghe và ngưỡng nghe hiểu lời giữa ba nhóm điều trị. Tương tự nghiên cứu khác của tác giả Hong và cs (2012) cũng chỉ ra sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hồi phục giữa ba nhóm điều trị với cỡ mẫu 50 bệnh nhân.

Có 04 nghiên cứu đánh giá hiệu quả trên nhóm bệnh nhân có sử dụng corticoid tiêm hòm nhĩ và nhóm chứng sử dụng corticoid đường toàn thân. Trong đó, có 02 nghiên cứu của Yaoyaofu (2011), Roberto (2012) kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hồi phục thính lực giữa hai nhóm. Nghiên cứu của Edoardo và cộng sự (2018) nghiên cứu về tiêm hòm nhĩ trên nhóm bệnh nhân điếc đột ngột không đáp ứng với Corticoid toàn thân (mức độ thay đổi thính lực < 20 dB), kết quả không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng về số dB thay đổi trước và sau 1

tháng điều trị, nhưng cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở tần số 1000, 2000 và 4000 Hz khi so sánh với nhóm chứng (49,1 dB và 35,3 dB ở 1000 Hz, 45,1 dB so với 31,4 ở 2000 Hz, 37,1 dB so với 25,1 dB ở 4000 Hz; p < 0.05). Trong nghiên cứu của Battagia và cộng sự (2014) trên tổng số 74 bệnh nhân, kết quả cho thấy điều trị kết hợp Corticoid đường toàn thân và đường tĩnh mạch trên nhóm bệnh nhân được điều trị trước 7 ngày khởi phát triệu chứng, mức độ thay đổi thính lực nhiều hơn và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (42.7 dB và 15,7 dB, p < 0.005). Tỷ lệ hồi phục thính lực hoàn toàn và một phần ở nhóm nghiên cứu cũng cao hơn nhóm chứng (42 % và 17%, p < 0.005).

Có 06 NC đánh giá hiệu quả của Corticoid tiêm hòm nhĩ là liệu pháp cứu cánh trên nhóm bệnh nhân điếc đột ngột không đáp ứng điều trị ban đầu. Thời điểm tiêm hòm nhĩ cứu cánh từ sau 1 tuần đến 2 tuần sau điều trị khởi đầu. Chỉ định tiêm của tất cả các bài báo khi bệnh nhân không đạt được mức hồi phục thính lực hoàn toàn. Thời gian tiêm hòm nhĩ trong các nghiên cứu từ 1 tuần đến 2 tuần. Tỷ lệ bệnh nhân được coi là cải thiện thính lực sau điều trị thấp nhất là 5.5%, cao nhất là 54%. Có 3/6 NC chỉ ra kết quả hồi phục thính lực của tiêm corticoid hòm nhĩ cứu cánh tốt hơn so với nhóm chứng điều trị ban đầu.

**Bảng 2: Tổng hợp về liệu pháp cứu cánh tiêm corticoid hòm nhĩ**

STT	Tác giả/năm	Thời điểm tiêm tiêm hòm nhĩ - liệu pháp cứu cánh/ số bệnh nhân	Chỉ định tiêm	Liều dùng/phác đồ	Kết quả
1	Yoo và cs (2009)	Sau 2 tuần điều trị corticoid toàn thân N= 23	Không cải thiện PTA > 30 dB	Dexamethasone 5 mg/ml, 0.3 – 0.5 ml 4 mũi/ 2 tuần	34.8 % bệnh nhân có cải thiện sau 2 tháng
2	Choi và cs (2020)	Sau 1 tuần điều trị ban đầu N= 103	Cải thiện ít hoặc không cải thiện (tiêu chí của Siegel) PTA > 45 dB	Dexamethasone 5 mg/ml, 0.3 – 0.5 ml 3 mũi/ 2 tuần	20.4 % bệnh nhân có cải thiện sau 1 tháng so với nhóm chứng 10.4% (p<0.05)
3	Lee và cs (2010)	Sau 2 tuần điều trị corticoid toàn thân N= 18	Cải thiện ít hoặc không cải thiện (Siegel) PTA > 45 dB	Dexamethasone 5 mg/ml, 0.3 – 0.5 ml 6 mũi/ 2 tuần	5.5 % bệnh nhân có cải thiện sau 1 tháng so với 18.1% của nhóm điều trị ban đầu
4	Song và cs (2020)	Sau 2 tuần điều trị corticoid toàn thân N= 41	Không cải thiện hoàn toàn (Siegel) PTA > 25 dB	Dexamethasone 5 mg/ml, 0.4 ml 2-3 mũi/tuần x 2 tuần	7/41 (17%) bệnh nhân có cải thiện sau 4 tuần điều trị so với 4/52 (7.7%) của nhóm điều trị ban đầu
5	Edoardo và cs (2018)	Sau 1 tuần điều trị corticoid toàn thân N= 37	Cải thiện PTA trước và sau điều trị nhỏ hơn 20 dB	4 mg/ml 3 mũi/ 10 ngày	6/37 bệnh nhân hồi phục thính lực hoàn toàn (PTA < 25 dB) sau 1 tháng điều trị, trong đó sự cải thiện có ý

					nghĩa thống kê ở các tần số 500, 1000, 2000 Hz và PTA ( $p < 0.05$ )
6	Nakache và cs (2015)	Sau 1 tuần điều trị corticoid toàn thân N = 26	Không hồi phục hoàn toàn (PTA > 20 dB)	4 mg/ml, 0.5 -0.7 ml 1 mũi/ngày/ 6 ngày	54% bệnh nhân có cải thiện sau điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghe kém đột ngột là bệnh lý cho đến nay các nhà nghiên cứu chưa đưa ra được phác đồ điều trị thống nhất và đầy đủ, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân điếc đột ngột (mức thính lực ban đầu > 90 dB) các tác giả đều cho rằng tiên lượng điều trị và mức độ hồi phục kém hơn so với các nhóm nghe kém đột ngột khác.

Trong nghiên cứu này tổng cộng có 12 bài báo đánh giá điều trị điếc đột ngột bằng phương pháp có sử dụng corticoid. Đối với điều trị bằng corticoid, đường dùng các tác giả sử dụng bao gồm corticoid đường toàn thân (đường uống, đường tiêm), tiêm hòm nhĩ hoặc kết hợp cả hai trong điều trị. Nghiên cứu tổng quan của chúng tôi chỉ ra rằng, đối với nhóm bệnh nhân điếc đột ngột, việc kết hợp điều trị Corticoid đường toàn thân và đường tiêm hòm nhĩ đem lại kết quả khả quan hơn so với phác đồ điều trị một đường dùng thông thường (có 02/06 nghiên cứu khác biệt có ý nghĩa thống kê), trong đó kết quả từ hai nghiên cứu cho thấy, sự cải thiện về số dB thay đổi trước và sau 1 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê ở tần số 1000, 2000 và 4000 Hz và trên nhóm bệnh nhân được điều trị trước 7 ngày khởi phát triệu chứng, mức độ thay đổi thính lực nhiều hơn và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Có 06 nghiên cứu sử dụng corticoid tiêm hòm nhĩ là liệu pháp cứu cánh khi bệnh nhân không hồi phục thính lực hoàn toàn với điều trị corticoid toàn thân ban đầu. Có 3/6 NC chỉ ra kết quả hồi phục thính lực của tiêm corticoid hòm nhĩ liệu pháp cứu cánh tốt hơn so với nhóm chứng điều trị ban đầu, thời gian bắt đầu tiêm hòm nhĩ cứu cánh trung bình 1 – 2 tuần sau điều trị corticoid toàn thân không đáp ứng. Trong số đó có 02 nghiên cứu so sánh hai nhóm bệnh nhân với thời điểm bắt đầu tiêm hòm nhĩ khác nhau – ngay khi bắt đầu điều trị và tiêm hòm nhĩ liệu pháp cứu cánh. Kết quả của hai nghiên cứu cho thấy rằng, theo tác giả Yoo và cs (2017), sự khác biệt về thời điểm tiêm hòm nhĩ không có ý nghĩa thống kê đối với kết quả điều trị giữa hai nhóm ( $p > 0.05$ ). Mặt khác, theo tác giả Choi và cs (2020) so sánh giữa kết quả điều trị của cùng một nhóm bệnh nhân tại hai thời điểm: tiêm

hòm nhĩ ban đầu, và tiêm hòm nhĩ cứu cánh. Kết quả nghiên cứu tỷ lệ hồi phục thính lực tăng lên có ý nghĩa thống kê so với điều trị ban đầu (20.4% và 10.4%, với  $p=0.041$ ).

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất do sự khác biệt về đối tượng và phương pháp nghiên cứu của các bài báo, nên nghiên cứu này là bước đầu trong hệ thống nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp. Thứ hai, nghiên cứu giới hạn trong các bài báo khoa học đăng tải bằng tiếng Anh. Các nghiên cứu có các bài nghiên cứu quan sát, hồi cứu do đó mức độ bằng chứng và hiệu quả can thiệp chưa cao.

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan của 12 bài báo về điều trị điếc đột ngột bằng Corticoid cho thấy, có ba nhóm phương pháp điều trị được thống kê, bao gồm điều trị bằng corticoid toàn thân, corticoid đường tiêm hòm nhĩ và kết hợp giữa hai đường dùng toàn thân và tiêm hòm nhĩ. Kết quả của các nghiên cứu cho thấy, điều trị bằng corticoid toàn thân kết hợp với tiêm hòm nhĩ là phương pháp điều trị chính trong các bài báo, đem lại kết quả khả quan hơn so với phác đồ một đường dùng thông thường. Khi so sánh giữa tiêm hòm nhĩ ban đầu và tiêm hòm nhĩ cứu cánh, kết quả hồi phục thính lực cuối cùng không phụ thuộc thời điểm tiêm, đồng thời tiêm hòm nhĩ - liệu pháp cứu cánh là biện pháp giúp cải thiện kết quả trên nhóm bệnh nhân không hồi phục thính lực hoàn toàn với điều trị ban đầu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yoo MH, Lim WS, Park JH, et al.** Simultaneous versus Sequential Intratympanic Steroid Treatment for Severe-to-Profound Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Audiol Neurotol.* 2016;21(6):399-405.
2. **Choi JW, Lee CK, Kim SB, et al.** Potential benefits of salvage intratympanic dexamethasone injection in profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(8):2219-2227.
3. **Lee JD, Park MK, Lee CK, Park KH, Lee BD.** Intratympanic Steroids in Severe to Profound Sudden Sensorineural Hearing Loss as Salvage Treatment. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2010;3(3):122-125.
4. **Jo SY, Lee S, Eom TH, Jeun ES, Cho HH, Cho**

- YB.** Outcomes of Severe to Profound Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2015;8(3):206-210.
5. **Battista RA.** Intratympanic dexamethasone for profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Otolaryngol-Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2005;132(6):902-905.
6. **Song MH, Jung SY, Gu JW, Shim DB.** Therapeutic efficacy of super-high-dose steroid therapy in patients with profound sudden sensorineural hearing loss: a comparison with conventional steroid therapy. Acta Otolaryngol (Stockh). 2021;141(2):152-157.
7. **Fu Y, Zhao H, Zhang T, Chi F.** Intratympanic dexamethasone as initial therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: Clinical evaluation and laboratory investigation. Auris Nasus Larynx. 2011;38(2):165-171.
8. **Battaglia A, Lualhati A, Lin H, Burchette R, Cueva R.** A Prospective, Multi-Centered Study of the Treatment of Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss With Combination Therapy Versus High-Dose Prednisone Alone: A 139 Patient Follow-up. Otol Neurotol. 2014;35(6):1091-1098.

## TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU VÀ KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2021

Trần Quốc Huy<sup>1</sup>, Trần Thị Mộng Lành<sup>2</sup>,  
Lý Ngọc Trâm<sup>2</sup>, Lê Văn Chương<sup>3</sup>, Trần Duy Thảo<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một trong những bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn, chiếm tỉ lệ mắc bệnh cao đáng kể trong các trường hợp nhiễm khuẩn tại bệnh viện. Việc giám sát phát hiện sớm và ngăn ngừa NKTN là rất quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả. **Mục tiêu:** Khảo sát vi khuẩn gây nhiễm trùng đường tiết niệu, xác định mức độ kháng kháng sinh của từng chủng vi khuẩn phân lập được. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang những bệnh nhân nội trú có chẩn đoán lâm sàng là nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được chỉ định cấy nước tiểu cho kết quả dương tính (>100.000 vi khuẩn/mL) và thực hiện kháng sinh đồ. **Kết quả:** E. coli có tỉ lệ cao nhất 54,5%, kế đến là K. pneumoniae 15,6%, Pseudomonas spp 9,9%, Enterococcus faecalis 6,0%. Về tỉ lệ đề kháng kháng sinh E. coli có tỉ lệ đề kháng cao với Cefazolin (100%), Ampicillin (97,9%), Ciprofloxacin (91,7%). K. pneumoniae đề kháng với Ampicillin, Cefazolin khá cao (100%), Ciprofloxacin (96,4%), Ampicillin/sulbactam (92,7%), Ceftazidime (90,9%). Pseudomonas spp có tỉ lệ đề kháng với Nitrofurantoin cao (91,2%), Ceftazidime, Ciprofloxacin (88,6%), Meropenem (85,7%). Enterococcus faecalis đề kháng với Tetracycline (81,0%), Levofloxacin (71,4%) và chưa phát hiện đề kháng với Vancomycin, Nitrofurantoin, Linezolid. Staphylococcus spp tỉ lệ đề kháng kháng sinh với Ampicillin, Penicillin G (100%), Gentamicin (90%), Oxacillin (80%), Ciprofloxacin (70%), chưa phát hiện sự đề kháng đối với Nitrofurantoin,

Vancomycin. **Kết luận:** E. coli là vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu cao nhất. Tình trạng đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn ngày càng cao trong bệnh viện.

**Từ khóa:** Nhiễm trùng tiết niệu, kháng kháng sinh, bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang

### SUMMARY

#### URINARY TRACT INFECTION AND ANTIBIOTIC RESISTANCE AT KIEN GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2021

**Background:** Urinary tract infection is one of the infectious diseases caused by bacteria, accounting for a significantly high incidence of hospital-acquired infections. Monitoring for early detection and prevention of UTIs is very important for clinicians for effective diagnosis and treatment. **Objectives:** To survey bacteria causing urinary tract infections, to determine the level of antibiotic resistance of each isolated bacterial strain. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of inpatients with a clinical diagnosis of urinary tract infection, assigned to a positive urine culture (>100,000 bacteria/mL) and performed antibiotic chart. **Results:** E. coli had the highest rate of 54.5%, followed by K. pneumoniae 15.6%, Pseudomonas spp 9.9%, Enterococcus faecalis 6.0%. Regarding the rate of antibiotic resistance, E. coli has a high rate of resistance to Cefazolin (100%), Ampicillin (97.9%), and Ciprofloxacin (91.7%). K. pneumoniae was quite resistant to Ampicillin, Cefazolin (100%), Ciprofloxacin (96.4%), Ampicillin/sulbactam (92.7%), Ceftazidime (90.9%). Pseudomonas spp has a high rate of resistance to Nitrofurantoin (91.2%), Ceftazidime, Ciprofloxacin (88.6%), Meropenem (85.7%). Enterococcus faecalis was resistant to Tetracycline (81.0%), Levofloxacin (71.4%), and resistance to Vancomycin, Nitrofurantoin, and Linezolid has not been detected. Staphylococcus spp has antibiotic resistance rate with Ampicillin, Penicillin G (100%), Gentamicin (90%), Oxacillin (80%), Ciprofloxacin (70%), resistance to Nitrofurantoin, Vancomycin has not been detected. **Conclusion:** E.

<sup>1</sup>Trường Đại học Văn Lang

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

<sup>3</sup>Đại học Y dược TP HCM

<sup>4</sup>Công ty cổ phần dược phẩm Imexpharm

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Huy

Email: huy.tq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023