

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ XEP NHĨ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH NĂM 2024

Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Văn Tuấn

Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh

Xep nhĩ là tình trạng màng nhĩ co lõm vào hòm tai làm giảm khoảng trống hòm nhĩ. Điều trị xep nhĩ bao gồm nhiều phương pháp như: bảo tồn hay phẫu thuật đơn giản, đặt ống thông khí gia cố màng nhĩ đến chỉnh hình chuỗi xương con, xương chũm. Với mục tiêu nghiên cứu (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xep nhĩ; (2) đánh giá kết quả bước đầu điều trị xep nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh năm 2024. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh xep nhĩ tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh từ tháng 12/2023 đến tháng 7/2024 trên nhóm bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn chọn. Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng ù tai và nghe kém phổ biến nhất với tỉ lệ tương ứng 21/26 (80,8%) và 18/26 (69,2%); đau tai là triệu chứng ít gặp hơn với 5/26 trường hợp (19,2%), giai đoạn xep nhĩ chiếm đa số trong nhóm xep nhĩ toàn bộ là giai đoạn II và III trong nhóm xep nhĩ khu trú là giai đoạn III, IV. Bước đầu sau phẫu thuật 3 tháng rất tốt khi chỉ gặp 2 trường hợp có nghe kém tiếp diễn. Kết luận: xep nhĩ thường có các biểu hiện nghe kém, ù tai, đau tai là loại bệnh lý khá phổ biến trong nhóm bệnh nhân tai mũi họng. Việc quyết định điều trị xep nhĩ bằng phẫu thuật mang lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Xep nhĩ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xep nhĩ (XN) là tình trạng màng nhĩ co lõm vào thành trong hòm nhĩ, do lớp sợi của màng nhĩ giảm hay mất chức năng đàn hồi và định hình [1]. Mặc dù có nhiều nỗ lực trong việc nghiên cứu tìm hiểu cơ chế bệnh sinh, phân loại và điều trị xep nhĩ, nhưng đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Có nhiều giả thuyết được đưa ra về cơ chế bệnh sinh của xep nhĩ, nhiều tác giả công nhận quan điểm xep nhĩ là hậu quả của quá trình viêm kéo dài trong hòm nhĩ, làm giảm áp lực trong hòm tai do rối loạn chức năng vòi, giảm thông khí hòm, rối loạn hệ thống đệm tai giữa và sự biến đổi cấu trúc lớp sợi màng nhĩ [1], [2]. Tổn thương xep nhĩ gây ảnh hưởng đến chức năng tai giữa, đặc biệt là chức năng nghe. Mặc dù vậy, xep nhĩ thường không được phát hiện sớm do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, bệnh tiến triển âm thầm qua nhiều giai đoạn; trong đó các giai đoạn có sự chuyển hóa lẫn nhau, được thể hiện đa dạng về bệnh cảnh lâm sàng, cận lâm sàng. Giai đoạn

muộn, màng nhĩ dính vào hòm tai. Kết thúc quá trình xep nhĩ là viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm (cholesteatoma) với tỉ lệ 30% [3], [4], [5]. Chẩn đoán xác định xep nhĩ dựa vào nội soi, cho phép đánh giá khá chính xác giai đoạn bệnh. Điều trị xep nhĩ trong giai đoạn muộn gặp nhiều khó khăn, thường thất bại trong việc duy trì giải phẫu tai giữa, cải thiện sức nghe do tổn thương hệ thống truyền âm và không thể hồi phục biểu mô niêm mạc có lông chuyển [1]. Cho nên, việc phát hiện điều trị xep nhĩ càng sớm sẽ càng đảm bảo được cấu trúc và lấy lại được chức năng tốt nhất cho bệnh nhân. Các phương pháp điều trị xep nhĩ bảo tồn như theo dõi định kỳ, làm nghiệm pháp Vasaval, bơm hơi qua vòi nhĩ hay là phẫu thuật. Tùy theo loại xep nhĩ và giai đoạn xep nhĩ mà phẫu thuật có thể đơn giản như đặt ống thông 2 khí, gia cố màng nhĩ đến chỉnh hình chuỗi xương con, mở xương chũm. Tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh đã triển khai chẩn đoán và điều trị bệnh lý xep nhĩ thường xuyên. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu hay tổng kết nào về bệnh lý này. Để góp phần tìm hiểu bệnh lý xep nhĩ và rút ra kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều

Tác giả chính: Nguyễn Thị Hằng
Email: bshanghstc@gmail.com

trị chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị xẹp nhĩ tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh năm 2024” với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xẹp nhĩ; (2) Đánh giá kết quả bước đầu điều trị xẹp nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 17 bệnh nhân với 26 tai nghiên cứu có chẩn đoán xẹp nhĩ được điều trị tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh từ tháng 12/2023 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nội soi: có hình ảnh xẹp nhĩ.
- + Màng nhĩ xẹp bị hút vào chuỗi xương con và thành trong hòm nhĩ.
- + Màng nhĩ xẹp toàn bộ hoặc khu trú ở màng chũm, màng căng.
- + Màng nhĩ còn di động qua kiểm tra nghiệm pháp Valsava.
- Phẫu thuật: đặt ống thông khí màng nhĩ hoặc/và chỉnh hình tai giữa kèm theo và được theo dõi sau mổ ít nhất 6 tuần.
- + Đánh giá cơ năng sau phẫu thuật.
- + Nội soi tai đánh giá sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới (n=17)

Tuổi \ Giới	Nam	Nữ	Tổng	
			n	%
≤15	1	1	2	11,8
16-45	4	1	5	29,4
>45	5	5	10	58,8
Tổng	10	7	17	100

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $44,7 \pm 19,36$ tuổi. Thấp nhất là 4 tuổi lớn nhất là 75 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp >45 tuổi chiếm 58.8%.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật(n=26)

Triệu chứng	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
Nghe kém	18	69,2	2	7,5
Ù tai	21	80,7	1	3,8
Đau tai	5	19,2	0	0
Chảy dịch tai	0	0	1	3,8

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nghe kém tiếp nhận. Bệnh nhân nội soi có hình ảnh xẹp nhĩ nhưng lâm nghiệm pháp Valsava màng nhĩ không di động. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

- Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 của hãng IBM.

- Thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng: xác định giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, tính tần suất và các giá trị tỉ lệ %.

Sai số:

- Sai số chọn do lấy mẫu thuận tiện.
- Sai số nhớ lại do người bệnh mô tả không chính xác.
- Sai số do đo lường, mô tả biến trong bệnh án.

3. Đạo đức trong nghiên cứu

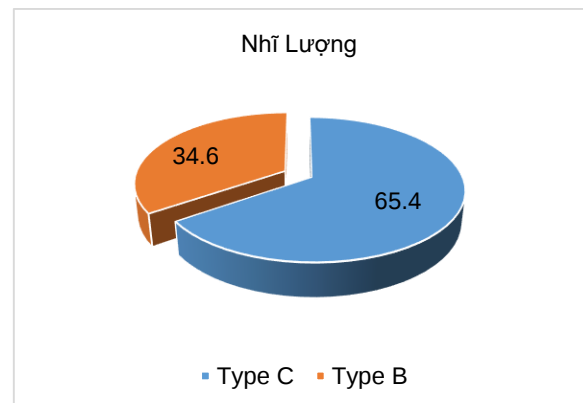
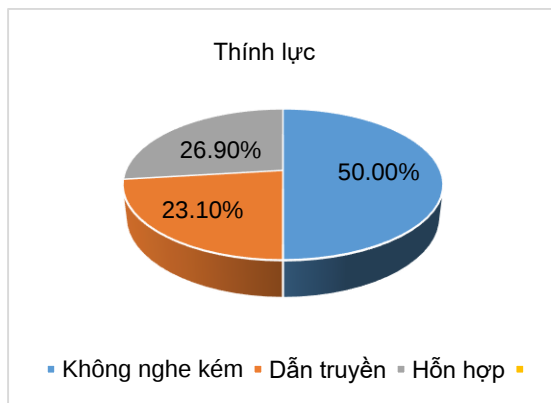
Mục đích của nghiên cứu chỉ phục vụ cho khoa học và không gây bất kỳ tác hại xấu nào cho sức khỏe người bệnh. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin về người bệnh được giữ bí mật. Các thông tin thu thập được chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu, không sử dụng vào mục đích nào khác.

Ù tai là triệu chứng hay gặp nhất trong 21/26 tai, sau phẫu thuật còn 1/26 tai. Nghe kém là triệu chứng thường gặp 18/26 và sau phẫu thuật còn 2/26 tai. Đau tai là triệu chứng ít gặp hơn, chiếm 5/26 trường hợp.

Bảng 3: Phân loại xẹp nhĩ theo Sadé trước phẫu thuật (n=26)

Giai đoạn xẹp nhĩ	I	II	III	IV	Tổng số
Xẹp nhĩ toàn bộ	2 (7,7%)	11 (42,3%)	9 (34,6%)	2 (7,7%)	24 (92,3%)
Xẹp nhĩ khu trú	0	0	1 (3,8%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)
Tổng số	2 (7,7%)	11 (42,3%)	10 (38,4%)	3 (11,5)	26 (100%)

Tỷ lệ xẹp nhĩ toàn bộ chiếm 92,3%, trong đó xẹp nhĩ giai đoạn I là 7,7%, xẹp nhĩ toàn bộ giai đoạn II, III chiếm đa số. Xẹp nhĩ khu trú độ 3,4 chiếm tỉ lệ 1/26, không có xẹp nhĩ khu trú độ 1,2.



Biểu đồ 1. Phân loại thính lực và nhĩ lượng trước phẫu thuật

Thính lực đồ với mức độ nghe bình thường có tỉ lệ nhiều nhất (50%), nghe kém hỗn hợp 26,9% và nghe kém tiếp nhận là 23,1%. Chúng tôi gặp chủ yếu bệnh nhân có thính lực đồ Type C nhiều hơn Type B, không gặp trường hợp nào có thính lực đồ dạng Type A.

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật (n=26)

Phương pháp điều trị	Số tai	Tỉ lệ (%)
Đặt OTK	25	96,2
Chỉnh hình tai giữa	1	3,8

Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị bằng đặt ống thông khí màng nhĩ vẫn là chủ yếu. Có 1 trường hợp điều trị bằng phẫu thuật chỉnh hình tai giữa.

Bảng 5: Tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật 1,5 tháng (n=26)

Đặc điểm nội soi	Xẹp nhĩ khu trú	Xẹp nhĩ toàn bộ	%
Xẹp nhĩ tiếp diễn	0	1	3,8
Màng nhĩ kín, hết xẹp nhĩ	2	23	96,2

Bước đầu đánh giá sau phẫu thuật 1,5 tháng, bệnh nhân được nội soi kiểm tra lại, tỉ lệ tai có màng nhĩ kín, tiến triển hết xẹp nhĩ chiếm 96,2%, tỉ lệ bệnh nhân xẹp nhĩ tiếp diễn và tăng độ lên chiếm 1 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 44.7 ± 19.36 tuổi, cao hơn so với nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Sacle năm 1981 trên 238 bệnh nhân có tuổi trung bình là 18 và Nguyễn Trọng Tài là 25 tuổi [6]. Điều này có thể lý giải do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với cỡ mẫu chưa đủ lớn nên chưa có tính đại diện cao. Nhóm tuổi trên 45 có tỷ lệ cao nhất (chiếm 58.8%), tuổi dưới 16 chiếm tỷ lệ 11.8%, tỷ lệ nam chiếm 58.8%, nữ là 41.2%. Nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ giới tính và tỷ lệ nhóm tuổi dưới 16 tương đồng với nghiên cứu của tác giả Khiếu Hữu Thanh [3].

Trong số 26 tai trong mẫu nghiên cứu, triệu chứng trước phẫu thuật ù tai gặp phổ biến nhất với 21/26 (80.8%) và thường là tiếng ù từng đợt, ù tiếng trầm, thường xuất hiện về đêm, thường kết hợp với nghe kém. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Khiếu Hữu Thanh là 50.2% [3]. Nghe kém là một trong những triệu chứng khiến bệnh nhân khó chịu, là lý do khiến bệnh nhân đến chuyên khoa tai mũi họng thăm khám. Trong nghiên cứu chúng tôi có tới 18/26 tai có biểu hiện nghe kém (chiếm 69.2%), kết quả này tương tự nghiên cứu của Cao Minh Thành với tỷ lệ 61.6% [7]. Thường triệu chứng đau tai ít gặp trong giai đoạn sớm của bệnh. Do vậy, tỷ lệ bệnh nhân đau tai đến thăm khám chỉ chiếm 5/26 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Về giai đoạn xẹp nhĩ, chiếm đa số trong nhóm xẹp nhĩ toàn bộ là giai đoạn II và III, trong nhóm xẹp nhĩ khu trú là giai đoạn III, IV; cho thấy các bệnh nhân xẹp nhĩ khu trú thường phát hiện giai đoạn muộn hơn. Điều này có thể do trong xẹp nhĩ khu trú diện tích rung động có hiệu quả của màng nhĩ và thể tích hòm nhĩ giảm không nhiều như xẹp nhĩ toàn bộ.

Phẫu thuật điều trị xẹp nhĩ nhằm tái tạo lại sự vững chắc của màng nhĩ, ngăn ngừa màng

nhĩ co kéo gây tiêu hủy xương con, phục hồi sức nghe và chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi có tổn thương dẫn truyền âm thanh có hoặc không kèm theo đau tai, ù tai. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng đặt ống thông khí màng nhĩ là chủ yếu (96,2%), chỉ có 1 trường hợp điều trị bằng phẫu thuật chỉnh hình tai giữa chiếm 3,8%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật điều trị đặt ống thông khí màng nhĩ, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình tai giữa thay thế xương con còn khá thấp. Năm 2020, Tzoi đã báo cáo trường hợp xẹp nhĩ độ IV (theo phân loại của Shadé) điều trị thành công với bơm nước tăng khoảng trống hòm nhĩ và đặt ống thông khí chữ T cho kết quả tốt [8]. Trong nghiên cứu của Trịnh Đắc Chung, chất liệu thay thế xương con thường được sử dụng là sụn (43,75%), tiếp đó là thân xương đe (31,25%) và vỏ xương chũm (25%). Chất liệu sử dụng thay thế xương con trong phẫu thuật xẹp nhĩ phụ thuộc vào mức độ tổn thương, kinh nghiệm phẫu thuật viên và điều kiện kinh tế của bệnh nhân [9]. Nghiên cứu của Cao Minh Thành, với xẹp nhĩ độ 1,2 có tỷ lệ thành công lên đến 72%; còn với độ 3, việc đặt ống thông khí có tỷ lệ thành công là 61,2% và những trường hợp này được phẫu thuật sau đó nhằm cải thiện quá trình xẹp nhĩ. Nghiên cứu của chúng tôi đo thính lực đồ Type C (65,4%) nhiều hơn Type B (34,6%), có sự khác biệt với nghiên cứu của Dương Hữu Nghị là 14,9% và 80,6%, của Khiếu Hữu Thanh là 39,4% và 45,5% [3], [10]. Các dạng nhĩ đồ phổ biến trên đều là dạng nhĩ đồ tam biến, thể hiện đầy đủ bản chất của xẹp nhĩ. Khi mà áp lực âm do hiện tượng tắc vòi đóng vai trò chính, làm màng nhĩ xẹp vào hòm nhĩ, dính vào khớp đe đập, cổ xương búa, ụ nhô, làm cố định hệ màng nhĩ xương.

Sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân nghe kém chỉ còn 7,5%. Nghiên cứu gặp 1 trường hợp ù tai và chảy dịch (3,8%), không gặp trường hợp nào đau tai sau đó. Kết quả khả quan về mặt cơ

năng khi sau phẫu thuật: chỉ gặp 2 trường hợp có nghe kém tiếp diễn trên bệnh nhân có hiện tượng nghe kém tiếp nhận với bệnh lý lão thính, bệnh nhân được tư vấn dùng máy trợ thính để cải thiện cuộc sống sinh hoạt sau này. Có 1 trường hợp ù tai, chảy dịch tai, đây là trường hợp xẹp nhĩ độ 4 tiến triển.

Theo Lê Công Định và Avaraham, với điều trị xẹp nhĩ, phẫu thuật chỉnh hình tai giữa kết hợp mở xương chũm cho kết quả không tốt hơn so với 47 chỉnh hình tai giữa đơn thuần. Do đó, phẫu thuật mở xương chũm cùng mở hòm nhĩ lối sau đối với trường hợp xẹp nhĩ độ IV, nhằm phối hợp đường ống tai bóc tách được toàn bộ màng nhĩ xẹp chui vào ngách nhĩ; đồng thời giảm nguy cơ tái phát xẹp nhĩ do mở góc sau trên quá nhiều [4], [5].

Sau điều trị 3 tháng, tỷ lệ màng nhĩ không xẹp lại là 96,2%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Dương Hữu Nghị (98,5%) [9], nhưng cao hơn so với tác giả Lê Công Định (92,4%) [5]. Tuy nhiên, chúng tôi gặp 1 trường hợp xẹp nhĩ toàn bộ độ 4 được phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ; nhưng sau 3 tháng, xẹp nhĩ tiến triển lên độ 5 và đòi hỏi cần phẫu thuật tạo hình tai giữa kết hợp mở xương chũm kèm theo.

Do cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ nên chưa đủ tính đại diện. Thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật chưa đủ dài để đánh giá toàn diện về giải phẫu sau phẫu thuật. Bệnh nhân sau phẫu thuật chưa được đánh giá lại về mặt chức năng thính lực và nhĩ lượng.

V. KẾT LUẬN

Với 17 bệnh nhân gồm 26 tai nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 44.7 ± 19.36 tuổi. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật: ù tai (80.8%), nghe kém (69.2%), đau tai (19.2%). Vì vậy, để góp phần chẩn đoán sớm bệnh lý xẹp nhĩ, hạn chế biến chứng và di chứng tổn thương xương con giúp cho tiên lượng điều trị tốt, chúng ta cần chủ động tư vấn kiểm tra tai mũi họng cho bệnh

nhân có biểu hiện ù tai, nghe kém, đau tai thoáng qua.

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu đã được tiến hành phẫu thuật, chủ yếu là đặt ống thông khí (một kỹ thuật được thực hiện khá đơn giản) với 96,2% và 3,8% chỉnh hình tai giữa+ thay xương con. Nhìn chung, đánh giá cơ năng sau phẫu thuật, kết quả bước đầu cho tỷ lệ thành công tương đối cao: tỷ lệ tai có màng nhĩ kín, tiến triển hết xẹp nhĩ chiếm 96,2%; cải thiện đáng kể các triệu chứng ù tai, nghe kém. Tỷ lệ bệnh nhân xẹp nhĩ tiếp diễn và tăng độ lên chiếm 1 trường hợp chiếm 3,8%. Việc chẩn đoán sớm, áp dụng kỹ thuật nội soi tầm soát, tuyên truyền giáo dục cho bệnh nhân giúp chúng ta phát hiện bệnh sớm, mở ra cơ hội áp dụng kỹ thuật tuy đơn giản nhưng mang lại hiệu quả tốt nhất và chi phí y tế giảm thiểu nhất cho người bệnh. Mặc dù nội soi cơ bản xác định xẹp nhĩ nhưng không đánh giá được chức năng tai giữa trong xẹp nhĩ; cần trang bị cho các cơ sở khám chữa bệnh, nhất là cơ sở có khả năng phẫu thuật máy đo thính lực, nhĩ lượng để đánh giá chức năng, hỗ trợ tiên lượng và điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Sadé J, Berco E. Atelectasis and Secretory Otitis Media. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1976 Mar 1;85(2_suppl):66–72.
- [2]. Tos M, Poulsen G. Attic Retractions Following Secretory Otitis. Acta Oto-Laryngologica. 1980 Jan 1;89(3–6):479–86.
- [3]. Khiếu Hữu Thanh. Nghiên cứu chức năng tai giữa trong các giai đoạn của xẹp nhĩ qua thính lực và nhĩ lượng. Luận văn Thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội; 2012.
- [4]. Lê Công Định. Kết quả phẫu thuật điều trị xẹp nhĩ tại khoa Tai Mũi Họng - bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 71-76 2013.
- [5]. Sadæ J, Avraham S, Brown M. Atelectasis. Retraction Pockets and Cholesteatoma. Acta Oto-Laryngologica. 1981 Jan 1;92(1–6):501–12. doi:10.3109/00016488109133289.

- [6]. Nguyễn Trọng Tài. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng xẹp nhĩ. Y học thực hành (876)-Số 7/2013 150-151.
- [7]. Cao Minh Thành. Xẹp nhĩ: Đặc điểm lâm sàng và điều trị. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2012;57-7:3-8.
- [8]. Tzoi E, Garefis K, Kupriotou A, Nikolaidis V, Markou K. Hydrodissection technique with t-tube placement in atelectatic ear. Clin Case Rep. 2020;8(12):2701-2704 doi:10.1002/ ccr3.3242 .
- [9]. Trịnh Đắc Chung. Đánh Giá Kết Quả Tạo Hình Hệ Thống Xương Con và Phục Hồi Màng Nhĩ Bằng Sụn Trên Bệnh Nhân Viêm Tai Dính. Tạp chí y học Việt Nam; 2022;509(2).
- [10]. Dương Hữu Nghị. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị xẹp nhĩ tại Bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ. Tạp chí Tai mũi họng Việt Nam. 2020;65(4):15-21.

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL AND PARACLINICAL ASPECTS OF ATELECTASIS AND EVALUATE THE INITIAL TREATMENT RESULTS AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL IN 2024

Atelectasis is a condition where the eardrum retracts into the middle ear, reducing the volume of the middle ear space. Treatment for atelectasis includes various methods such as conservative treatment or simple surgeries like ventilation tube placement, eardrum reinforcement, and tympanoplasty. The study aims to: 1. Describe the clinical and paraclinical characteristics of eardrum atrophy. 2. Evaluate the initial treatment outcomes for atelectasis at Vinh City General Hospital in 2024. Subjects and methods: A descriptive study of case series of atelectasis at Vinh City General Hospital from December 2023 to July 2024, including patients meeting the selection criteria. Research results: Symptoms of tinnitus and hearing loss were the most commonly encountered, with respective rates of 21/26 (80.8%) and 18/26 (69.2%). Ear pain was less common, noted in 5/26 (19.2%) cases. The stages of atelectasis primarily consisted of stages II and III in those with total atrophy and stages III and IV in localized atrophy. Initially, three months post-surgery, the results were very good, with only 2 cases experiencing persistent hearing loss. Conclusion: Atelectasis often presents with symptoms of hearing loss, tinnitus, and ear pain, and is a fairly common pathology among otorhinolaryngology patients. The decision to treat atelectasis surgically yields high effectiveness.

Keywords: Atelectasis.