

ĐIẾC ĐỘT NGỘT

TS. BS. Đặng Xuân Hùng
Khoa Tai Mũi Họng

1. PHÂN LOẠI ĐIẾC ĐỘT NGỘT.

Rubin (1968) phân loại điếc đột ngột dựa trên mức độ, hình dạng thính lực đồ:

- Type I: - Nghe kém chủ yếu ở tần số thấp.
- Có thể nghe rõ hơn trong khoảng từ 2000 – 8 000Hz.
- Ngưỡng nghe lời giảm, khả năng phân biệt lời rất kém.
- Type II: - Đồng nhất hơn type I.
- Mất từ 50-60 dB ở 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz.
- Nghe kém hoàn toàn ở > 3000 Hz.
- Type III: - Đặc đặc.
- Không có khả năng phân biệt lời.

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:

2.1. Nghe kém:

- Khởi phát đột ngột kèm theo ù tai.
- Diễn biến trong khoảng một giờ, một ngày hoặc vài ngày.

2.2. Ù tai:

- Có 70% trong điếc đột ngột.
- Có thể xảy ra trước điếc đột ngột vài giờ.
- Âm ù giống như tiếng gầm tiếng sóng vỗ.

2.3. Chóng mặt:

- Tỷ lệ 40% từ nhẹ đến nặng.
- Kéo dài 4 - 7 ngày, có trường hợp đến 7 tuần.
- Buồn nôn, nôn mửa thường kết hợp với chóng mặt nặng.
- Nhức đầu.
- Nhiễm trùng hô hấp trên: 25 % trường hợp.
- Sốt thường nhẹ.
- Soi tai: có thể bình thường hoặc viêm tai giữa thanh dịch.

3. CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

3.1. Đánh giá thính lực tổng hợp bao gồm:

- ◆ Đo đường khí đơn âm – ngưỡng Spundee.
- ◆ Ngưỡng dẫn truyền xương.
- ◆ Khả năng phân biệt lời.

Ngưỡng đơn âm: ứng dụng phân loại Rubin. Các xét nghiệm này nên làm 2-3 ngày một lần cho đến khi điếc đột ngột ổn định.

3.2. Đo thính lực đơn âm theo phương pháp Stenger và đo thính lực lời: nên làm ngay từ đầu nhằm loại trừ khả năng nghe kém do rối loạn tâm lý.

3.3. Đo điện thính giác thân não (ABR): có tác dụng như mối liên quan điện sinh lý với ngưỡng âm đơn được xác định bằng thính lực đồ. ABR giúp loại trừ tổn thương sau ốc tai là nguyên nhân gây nghe kém.

3.4. Nghiên cứu tiền đình:

Gần 50% bệnh nhân điếc đột ngột có bất thường vĩnh viễn đáp ứng của tiền đình với kích thích nhiệt: các bất thường rất thay đổi từ mất toàn bộ đáp ứng đến những thay đổi nhẹ hoặc bình thường.

3.5. Hình ảnh xương thái dương và cột sống:

CT Scan xương thái dương và cột sống cổ nhằm tránh bỏ sót viêm xương chũm, Cholesteatome, u thần kinh VIII và cứng cột sống.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhiễm độc tai.
- Chấn thương
- Dò ngoại dịch.
- Bệnh miễn dịch.
- Bệnh Ménière
- Viêm mê nhĩ vi trùng
- Xơ tai: có tiền sử gia đình

Thăm khám lâm sàng có thể phát hiện Cholesteatome hoặc dò ngoại dịch.

Khi loại trừ những nguyên nhân này có thể xác định điếc đột ngột có nguyên nhân siêu vi và hiếm khi do co mạch.

5. TIỀN LƯỢNG

- Gần 1/3 bệnh nhân phục hồi bình thường.
- 1/3 mất từ 40 → 80 dB ngưỡng tiếp nhận lời.
- 1/3 điếc đặc.
- Tự phục hồi cũng thường xảy ra nếu như điếc không kèm theo chóng mặt nặng.
- Một khi hiện tượng phục hồi bắt đầu, khả năng nghe sẽ tăng lên nhanh chóng chỉ trong vài ngày.
- Sự phục hồi hoàn toàn cũng có thể xảy ra sau nhiều tuần điếc đặc.
- Chóng mặt có khuynh hướng giảm trong một tuần lễ và như một qui luật sẽ mất hẳn sau 6 tuần.

6. ĐIỀU TRỊ

Khả năng tự phục hồi sức nghe đến mức bình thường hoặc gần như bình thường khiến việc đánh giá hiệu quả điều trị gặp nhiều khó khăn.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

- ✓ Dẫn mạch
- ✓ Kháng đông
- ✓ Giảm độ cô đặc máu
- ✓ Corticosteroids: kháng viêm, chống nhiễm trùng và siêu vi.
- ✓ Vitamin
- ✓ An thần: nên dùng, dù bất kỳ nguyên nhân nào.
- ✓ Nghỉ ngơi.
- ✓ Hoạt động thể lực nhằm làm thay đổi áp lực tai trong.

◆ Dẫn mạch:

- **Rubin (1968)**: sử dụng Hyoscine hoặc Atropine I.M. hoặc I.V. trong giai đoạn cấp và Procaine Hydrochloride I.V. sau nhiều ngày hoặc nhiều tuần.
- **Jaffe (1968)**: Histamin I.V. và Nicotinic Acid đường uống.
- **Shaia-Sheehy (1976)**: dùng Histamin phosphate I.V. ngay từ đầu, sau đó là chích dưới da, cuối cùng dùng theo đường uống và dưới lưỡi Histamin Phosphate I.V. và Nicotinic Acid \Rightarrow 40 % bệnh nhân có cải thiện đáng kể sức nghe.
- **Shaia và Bowers (1975)**: nhấn mạnh việc kiêng cử thuốc lá và điều trị bằng hỗn hợp gồm 5 % CO₂ và 95 % O₂.
- **Shaia và Bowers (1975)**: sử dụng Corticoids (Dexamethasone) đối với nghe kém cách hồi hoặc Prednisone 40 mg- 60 mg liều duy nhất buổi sáng kéo dài một tuần lễ.
- **Fisch (1983)**: (5% CO₂ + 95 % O₂)theo đường thở.

Một số phát đồ điều trị do nhiễm trùng

☞ Đối với siêu vi:

- Acyclovir uống 800mg \times 5 lần/ ngày \times 7 ngày hoặc
- Famciclovir uống 500mg \times 3 lần/ ngày \times 7 ngày hoặc
- Valacyclovir uống 1g \times 3 lần/ ngày \times 7 ngày

Kết hợp

- Prednisone uống 1mg/kg/ngày \times 6 ngày

☞ Viêm màng não vi trùng:

- Kháng sinh thích hợp
- Corticoides càng sớm càng tốt \times 4 ngày

☞ Do giang mai:

- Penicilline G 2triệu - 4 triệu IV/ 4 giờ \times 10 ngày kết hợp
- Prednisone uống 30 – 60 mg/ ngày \times 7 ngày

☞ Corticoid xuyên nhĩ: kết quả cho nhiều hứa hẹn