

ĐIẾC ĐỘT NGỘT

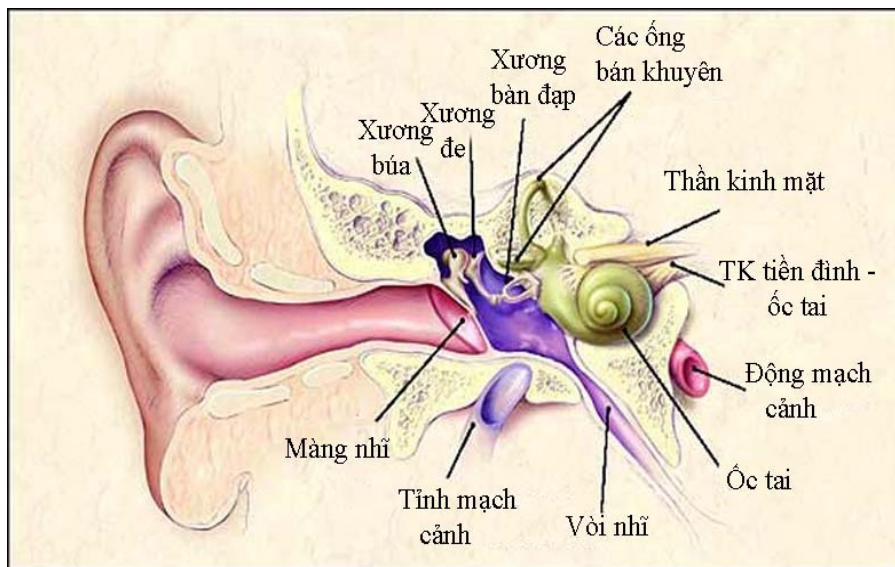
*Ths.Bs.Bùi Thị Ngọc Thuý
Bệnh viện Hoàn Mỹ II*

Điếc đột ngột được xem là trường hợp cấp cứu thuộc chuyên khoa tai mũi họng và nguyên nhân trực tiếp hiện nay vẫn chưa rõ ràng. Điếc đột ngột có tầm quan trọng và phải đặc biệt chú ý đến vì trong xã hội hiện nay chứng bệnh này đang xảy ra ngày càng nhiều, và cần được xử trí càng sớm thì khả năng phục hồi sức nghe càng cao.

1. Tóm tắt giải phẫu cơ quan thính giác :

Bộ máy thính giác bao gồm tai, dây thần kinh thính giác (dây thần kinh số VIII), đường dẫn truyền thính giác, các nhân và trung tâm thính giác ở não. Đó là một hệ thống, cơ quan đã được biệt hóa để nghe, nhận biết âm thanh.

Về giải phẫu tai được chia 3 phần



Hình Giải Phẫu Tai

- Tai ngoài: gồm vành tai, ống tai ngoài
- Tai giữa gồm hòm nhĩ có chuỗi xương con và hai bộ phận khác là vòi nhĩ ở phía trước, khối tế bào xương chũm ở phía sau.
- Tai trong gồm: ốc tai phía trước đảm nhận chức năng nghe. Tiền đình ở phía sau gồm cầu nang, soan nang và ba ống bán khuyên đảm nhận chức năng thăng bằng.

Vào cuối thập kỷ 50, Von Békésy đã chứng tỏ có hai bộ phận ở tai trong có chức năng truyền âm là các chất dịch, chủ yếu là ngoại dịch của ốc tai và màng nền. Trên màng nền có bộ phận tiếp thu các rung động âm thanh, đó là cơ quan Corti.

Cơ quan Corti : Là phần giác quan chủ yếu của bộ máy thính giác, cấu tạo rất phức tạp gồm các tế bào nâng đỡ và các tế bào giác quan. Các tế bào giác quan gồm tế bào lông trong và tế bào lông ngoài.

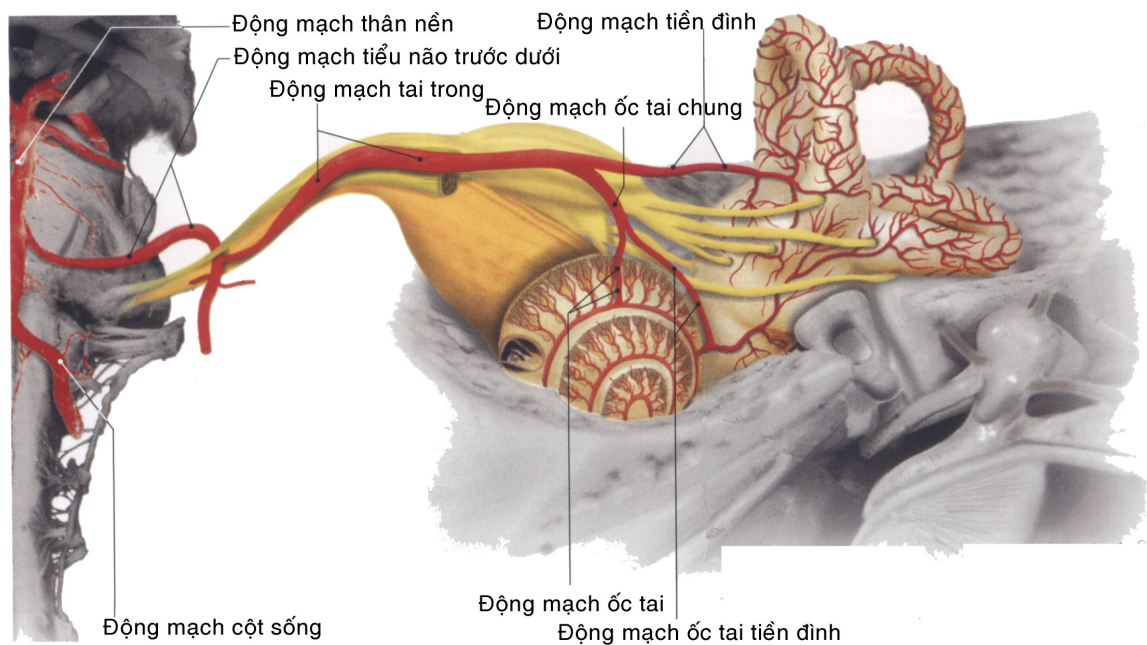
Tế bào lông ngoài không phải là tế bào giác quan thật sự, nhưng có khả năng khuếch đại những chuyển động nhỏ và đóng vai trò giúp tai trong phân loại các tần số.

Tế bào lông trong mới thực sự là tế bào thần kinh giác quan ,đáy tế bào tiếp khớp chủ yếu với các sợi thần kinh thính giác hướng tâm tạo thành khớp thần kinh (synape). Ở đây diễn ra quá trình tiếp nhận các tín hiệu thần kinh.

Mạch máu tai trong :

Động mạch tai trong là nhánh của động mạch tiểu não trước dưới, xuất phát từ động mạch thân nền, cấp máu cho vùng tai trong bởi ba nhánh: nhánh động mạch ốc tai, nhánh tiền đình và nhánh ốc tai tiền đình.

Động mạch tai trong là động mạch tận không có nhánh nối, nên khi bị tắc thì tai trong sẽ bị thiếu máu nuôi



Hình Động Mạch Tai Trong

2. Định nghĩa điếc đột ngột :

Theo Christopher Muller và Michele M. Carr:

Điếc đột ngột là điếc tiếp nhận do tổn thương bộ phận tiếp nhận của thần kinh giác quan xảy ra đột ngột ở một hoặc hai tai và ở trên bệnh nhân không có tiền sử bệnh về tai. Định nghĩa được hầu hết các tác giả đồng ý là sức nghe mất 30 dB hoặc hơn, ở ít nhất ba tần số kế tiếp nhau, xảy ra trong vòng ba ngày hoặc ngắn hơn.

3. Nguyên nhân:

Trước kia người ta cho điếc đột ngột là vô căn. Gần đây nhiều tác giả đã đưa ra nhiều giả thiết về nguyên nhân của điếc đột ngột, nhưng theo Kallien và cộng sự có bốn nguyên nhân thường được nhắc đến:

- Bệnh mạch máu.
- Nhiễm siêu vi.

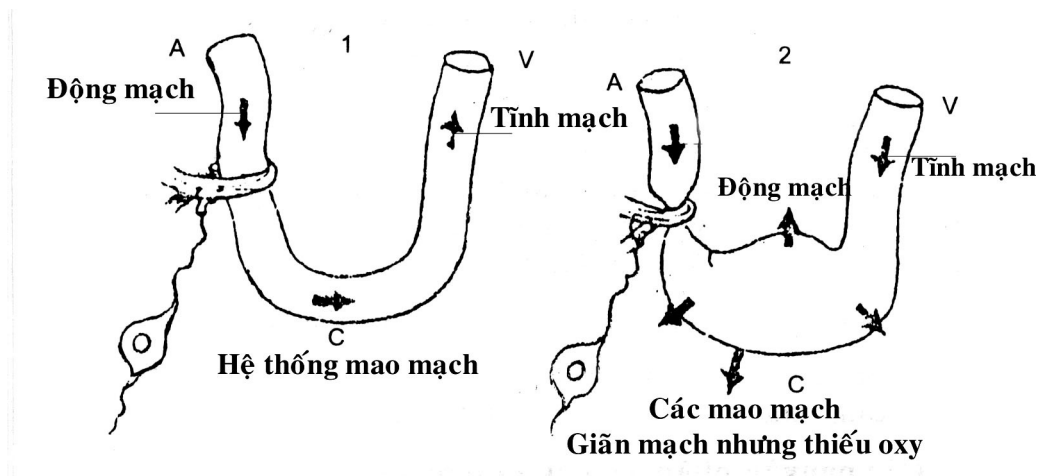
- Vỡ màng tai trong và các cửa sổ.
- Bệnh tự miễn.

Ngoài ra còn một số các nguyên nhân khác như: u nội sọ đặc biệt là u dây thần kinh VIII và u góc cầu tiểu não, chấn thương, nhiễm độc thuốc...

Cơ chế tổn thương mạch máu mê đạo:

Chi tiết giải phẫu quan trọng là động mạch nuôi mê nhĩ tức động mạch tai trong là nhánh tận của động mạch tiểu não trước dưới, không có tuần hoàn nối. Do đó khi bị tắc nghẽn thì không có động mạch nào khác bù trợ và sẽ gây tình trạng thiếu máu nuôi cơ quan Corti.

Hiện tượng tắc nghẽn động mạch tai trong thường do co thắt dưới ảnh hưởng của tâm lý: sợ sệt, mệt mỏi, chấn thương tâm lý, đồng thời cũng có thể do tắc nghẽn trong lòng mạch do xơ vữa mạch máu, huyết khối,...



1. Hệ thống động tĩnh mạch lưu thông bình thường

2. Co thắt ở động mạch

Hình Hệ thống động tĩnh mạch lưu thông bình thường và co thắt ở động mạch

Tổn thương mô học trong ốc tai gồm sự phồng lên và tổn thương cấu trúc của các sợi nhánh thần kinh, sự thay đổi của ti lạp thể và tế bào cấu trúc, sự tách biệt của các tế bào lông ra khỏi màng mái, phù nề nội mô, sự khép kín lại của nội động mạch chức năng do phù nề với sự tắc nghẽn vi tuần hoàn, do đó việc cung cấp oxy giúp cải thiện quá trình lành bệnh được xem là chìa khóa giải quyết rối loạn chức năng tai trong.

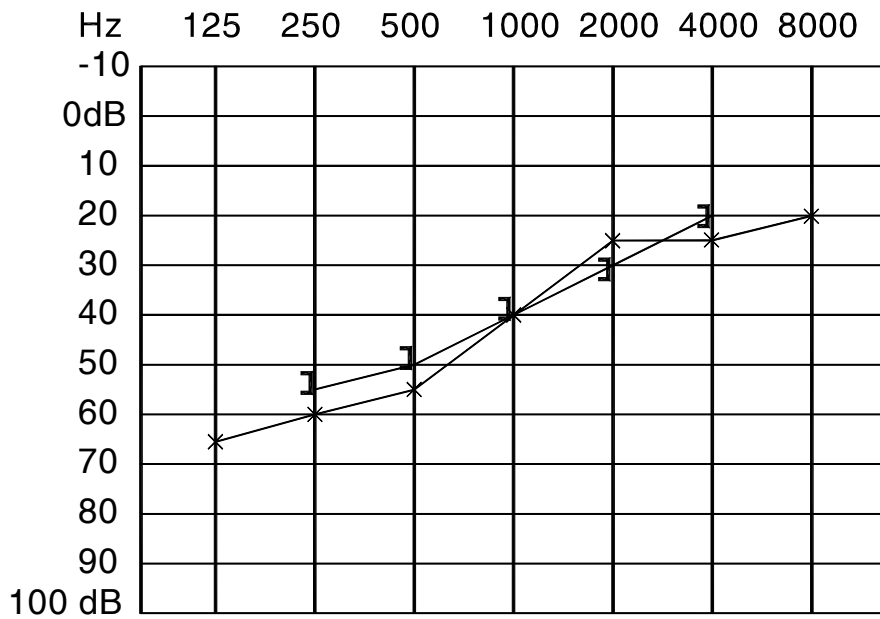
4. Phân loại điếc đột ngột:

- Tiêu chuẩn phân loại điếc của WHO

dB mắt	Mức độ nghe kém
< 26	Bình thường
26 – 40	Nhẹ
41 – 55	Trung bình
56 – 70	Trung bình nặng
71 – 90	Nặng

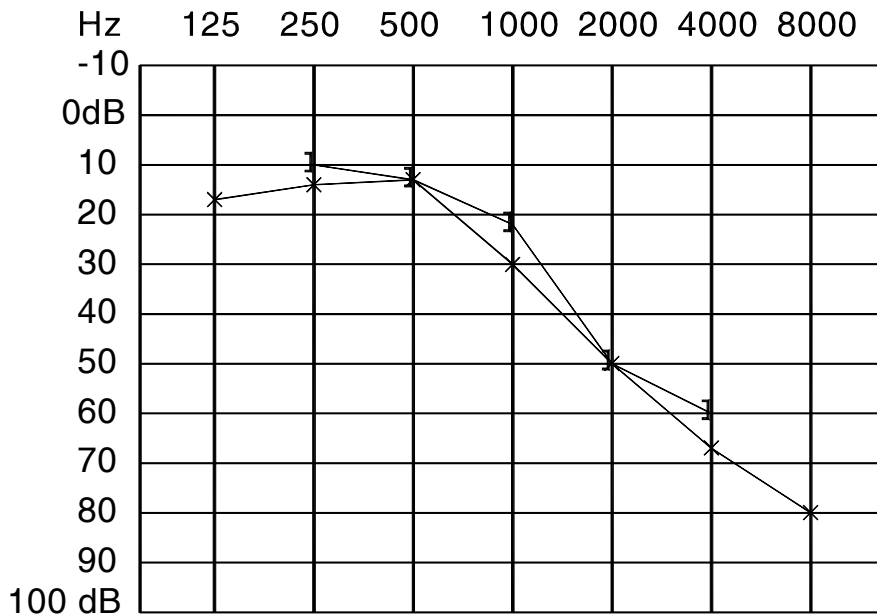
> 90	Đặc đặc
------	---------

- Phân loại theo hình dạng đường thính lực :
- + Dạng giảm ở tần số âm trầm (tổn thương ở vùng đỉnh của loa đạo):



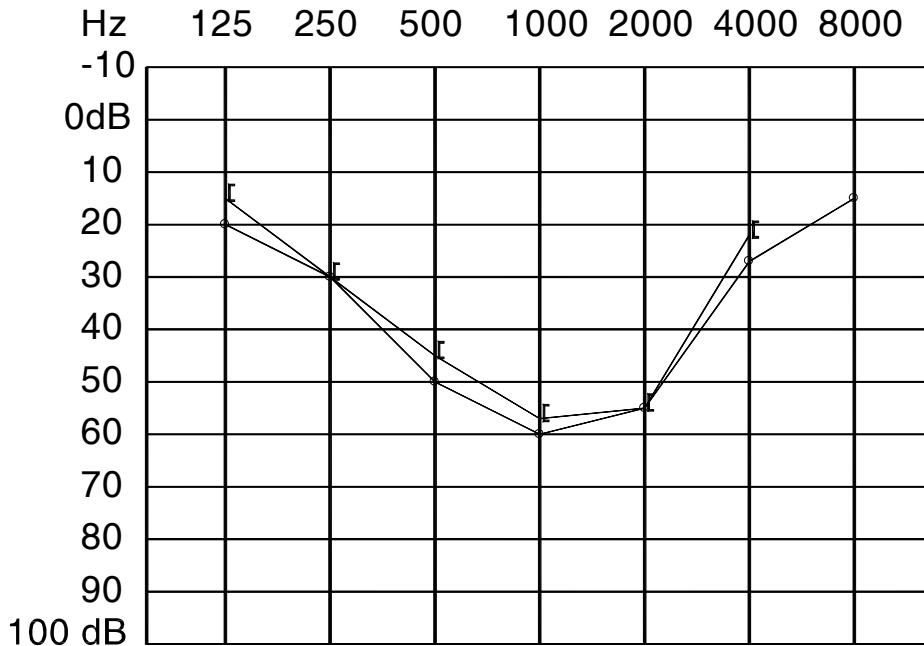
Biểu đồ 2.1: Biểu đồ nghe kém tiếp âm thể loa đạo đỉnh

- + Dạng giảm ở tần số âm cao (tổn thương ở vùng đáy của loa đạo):



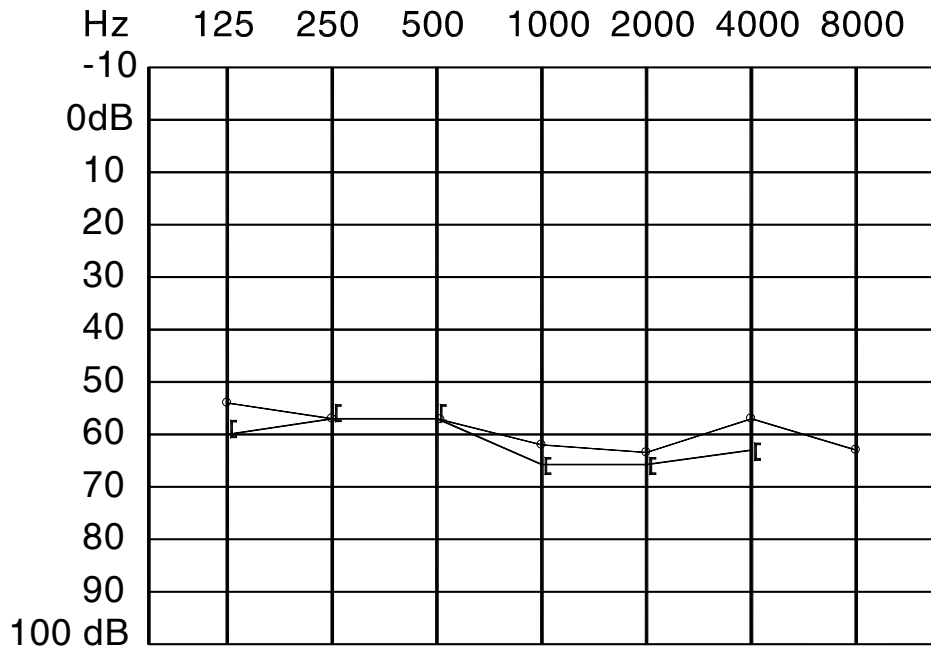
Biểu đồ 2.2: Biểu đồ nghe kém tiếp âm thể loa đạo đáy

+ Dạng giảm ở tần số âm trung bình (tổn thương ở đoạn giữa của loa đạo),:



Biểu đồ 2.3: Biểu đồ nghe kém thể giữa loa đạo

+ Dạng giảm ở các tần số (tổn thương toàn loa đạo):



Biểu đồ 2.4 : Biểu đồ nghe kém thể toàn loa đạo

5. Điều trị và diễn tiến của điếc đột ngột:

- **Điều trị điếc đột ngột**

Vì không biết rõ nguyên nhân trực tiếp nên việc điều trị thường dựa trên giả định hoặc kinh nghiệm. Xử trí chủ yếu dựa trên sự phối hợp giữa các thuốc giãn mạch, corticoid, vitamine, cho thở ôxy cao áp, phong bế hạch sao bằng xylocaine ...

– Diễn tiến của điếc đột ngột

Một số lớn trường hợp điếc đột ngột có thể chữa khỏi được và trong số này người ta nhận thấy điều trị có nhiều khả năng hữu hiệu nếu :

- + Điều trị sớm
- + Không chóng mặt
- + Điếc vừa phải và chủ yếu ở tần số thấp.

Tuy nhiên người ta cũng quan sát thấy có sự hồi phục của những trường hợp điếc rất nặng sau những điều trị muộn.

Các yếu tố tiên lượng xấu làm giảm khả năng phục hồi thính lực ở bệnh nhân điếc đột ngột là :

- Tuổi ≥ 30
- Điếc đột ngột cả hai tai.
- Thời gian đến khám và điều trị trễ sau 7 ngày
- Có triệu chứng chóng mặt đi kèm
- Thính lực đồ có dạng giảm ở tần số cao
- Có bệnh liên quan mạch máu nhỏ (cao huyết áp, tiểu đường, rối loạn chuyển hoá Lipid)

Những trường hợp điều trị không hiệu quả cần được theo dõi lâu dài để tìm nguyên nhân, đặc biệt cảnh giác với u dây thần kinh VIII

6. Sơ lược một vài khảo sát, nghiên cứu về điếc đột ngột ở đa trung tâm trên thế giới

– Tác giả Guyot - Jp và Thielen - K nghiên cứu về sự tiến triển của điếc đột ngột không điều trị, từ 1983 – 1997, trên 59 bệnh nhân điếc đột ngột từ chối điều trị. Tác giả nhận thấy sự hồi phục thính lực đều có thể xảy ra ở cả tần số thấp lẫn tần số cao, và chỉ có 40% trường hợp phục hồi thính lực ít hơn 20 dB.

– Trong báo cáo về điếc đột ngột của tác giả: Christopher Muller.

Bệnh thường gặp ở nhóm tuổi 50 – 60 và ít gặp ở nhóm tuổi 20 – 30.

Tỉ lệ giữa nam và nữ mắc bệnh như nhau.

Tỉ lệ điếc đột ngột ở hai tai là 1- 2%.

Tỉ lệ hồi phục thính lực là 47% đến 63%.

Trong báo cáo cũng nêu nghiên cứu hơn tám năm của tác giả Dyl 1984 trên 225 bệnh nhân, đi đến kết luận: Thời gian từ khi khởi phát đến lúc khám và điều trị càng sớm thì tỉ lệ hồi phục sẽ cao hơn: 56% trong nhóm bệnh nhân đến sớm trước 7 ngày, 27% trong nhóm đến trễ sau 1 tháng.

Tuổi < 15 và > 60 sự hồi phục sẽ kém hơn.

Có triệu chứng chóng mặt đi kèm thì hồi phục sẽ kém hơn: 29%, so với nhóm không chóng mặt là 55%.

Trên thính lực đồ mức độ nghe kém ban đầu là nhẹ thì khả năng hồi phục sẽ tốt hơn. Bệnh nhân điếc đặc chỉ có 22% là hồi phục.

– Các tác giả Linssen – O nghiên cứu về tiên lượng xấu trong điếc đột ngột từ 1991 đến 1993 trên 145 bệnh nhân, nhận thấy rằng:

Điếc đột ngột ở tần số thấp dễ hồi phục hơn (68% phục hồi hoàn toàn và 25% phục hồi không hoàn toàn) so với điếc đột ngột ở tần số trung bình và tần số cao.

Tuổi mắc bệnh dưới ba mươi dễ hồi phục hơn so với nhóm cao tuổi hơn.

Nếu có tổn thương trước đó của tai trong hoặc điếc đột ngột tái phát thì khả năng hồi phục sẽ kém đi. Tuy nhiên, các tác giả lại nhận thấy rằng những bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp, tiểu đường hay có triệu chứng chóng mặt đi kèm thì không ảnh hưởng đến tiên lượng của điếc đột ngột

– Nghiên cứu có đối chứng về yếu tố nguy cơ của điếc đột ngột, các tác giả Nakashima – T đã khảo sát trên 109 bệnh nhân điếc đột ngột và 109 người bình thường về thói quen sinh hoạt như hút thuốc, uống rượu, ăn kiêng, làm việc nơi ồn ào, giờ ngủ, sự thèm ăn, mệt mỏi,... và nhận thấy:

Mệt mỏi và chán ăn làm tăng nguy cơ của điếc đột ngột, chế độ ăn nhiều rau quả tươi làm giảm nguy cơ.

Tiền sử cá nhân về cao huyết áp, bệnh nội tiết góp phần vào nguy cơ

– Trong báo cáo về hiện tượng điếc đột ngột với sự khảo sát đặc biệt các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch máu nhỏ, các tác giả Hirano - K; đã nghiên cứu trên 132 bệnh nhân điếc đột ngột một bên, thấy có 38 bệnh nhân có bệnh liên quan đến bệnh mạch máu nhỏ: tiểu đường, tăng lipid máu, cao huyết áp. Mặc dù tình trạng ban đầu ở tất cả các bệnh nhân điếc đột ngột là như nhau, nhưng khả năng phục hồi ở những bệnh nhân có bệnh mạch máu nhỏ sẽ kém hơn.

– Các tác giả Ottaviani – F, nghiên cứu về kháng thể miễn dịch kháng tế bào nội mô ở bệnh nhân điếc đột ngột. Các tác giả đã khảo sát trên 15 bệnh nhân điếc đột ngột và 14 người bình thường, đã đưa ra kết luận: Ở bệnh nhân điếc đột ngột, tổn thương mạch máu qua trung gian miễn dịch có vai trò bệnh học và kháng thể kháng tế bào nội mô đại diện cho yếu tố miễn dịch hiện diện trong huyết thanh của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Lan Anh “Góp phần nghiên cứu điều trị Điếc đột ngột vô căn bằng oxy cao áp tại bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh”. Nội san Tai mũi họng Hội nghị Cần Thơ 2003.
2. Nguyễn Đình Bảng “Điếc đột ngột” tài liệu dịch cẩm nang thực hành Tai mũi họng 1992, trang 174 – 177 (Manuel pratique d’ ORL, F.Légeut; p.Fleury; p.Narcy; C.Beauvillan)
3. Huỳnh Khắc Cường “Sinh lý nghe của bộ máy thính giác”. Bài giảng chuyên khoa Tai mũi họng
4. Guyot–Jp; Thielen – K “*Evolution des Surdités brusques sans traitement*”.Schweiz–Med–Wochenschr–Suppl2000; 116 : 93S–96S
5. André leblanc “*Atlas of hearing and balance organs*” A practical guide for Otolaryngologists – 1998
6. Christopher Muller, Jeffrey Vrabc, Francis B. Quinn, “*Sudden Sensorineural hearing loss*”. Grand Rounds presentation, UTMB, Dept. of Otolaryngology; June 13, 2001

-
7. Hirano – K; IKeda – K; Kawase – T; Oshima – T; KeKehata – S; TakahaShi – S; Sato – T; KobayaShi – T; TaKaSaKa – T. “*Prognosis of Sudden deafness With Special reference to risk factors of microvascular pathology*” *Auris – Nasus – Larynx*. 1999 Apr; 26 (2); 111 – 115
 8. Linssen – O, Schultz – Coulon – HJ, “*Prognostic criteria in sudden deafness*”, *HNO*. 1997 Jan; 45(1), 22 – 29
 9. Nakashima – T; Tanabe – T; Yanagita – N; Wakai – K; Ohno – Y, “*Risk factors for sudden deafness: a case – control study*”, *Auris – Nasus – Larynx*. 1997 Jul; 24 (3), 265- 270