

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Điếc ĐỘT NGỘT

LƯƠNG HỒNG CHÂU
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

TÓM TẮT

Điếc đột ngột (ĐĐN) là một điếc thần kinh xảy ra một cách đột ngột trên những bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý về tai. Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra điếc đột ngột. Chẩn đoán thường dựa trên tiền sử và hỏi bệnh. Với các bệnh nhân ĐĐN không có nguyên nhân rõ ràng thì các thuốc điều trị thông thường là corticoid, thuốc giãn mạch, chống kết dính... Nhưng điều quan trọng nhất là bệnh nhân được điều trị càng sớm càng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 158 bệnh nhân, thì 85,19% tăng được thính lực so với lúc đầu, đây là những bệnh nhân được điều trị sớm trong vòng 7 ngày từ khi bị bệnh.

Từ khóa: Điếc đột ngột, điều trị.

SUMMARY

Sudden Sensorineural Hearing loss, or sudden deafness, is a rapid loss of hearing. There are many possible causes of sudden deafness. Normally, diagnosis is based on the patient's medical history. People who experience SSHL should see a physical immediately. Several treatments are used for SSHL. The most common therapy for SSHL, especially in case with an unknown cause, is treatment with steroids, vasodilation, anticoagulation ...medicines. The most important thing is treated the sooner the better. In our research with 158 SSHL patients, the patients who were treated seven days after onset have better hearing (85.19 %).

Keywords: Sudden Sensorineural Hearing loss, sudden deafness, treatment.

ĐẶT VẤN ĐỀ.

Điếc đột ngột thường được hiểu là một điếc thần kinh giác quan xảy ra một cách đột ngột trên những bệnh nhân không có tiền sử suy giảm sức nghe.

Điếc đột ngột là một cấp cứu tai mũi họng, nhưng còn ít được quan tâm vì bệnh thường không gây nên suy yếu thể lực hoặc đe dọa tính mạng người bệnh. Mức độ điếc và tính chất rất khác nhau, điếc có thể xảy ra một bên tai hoặc cả hai tai, tiến triển đôi khi có thể trở lại bình thường hoặc gần bình thường, nhưng hầu hết là điếc không hồi phục nếu không được điều

trị kịp thời.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là điếc đột ngột điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ tháng 9/ 2004 đến tháng 8 /2006.

- Cỡ mẫu: 158 bệnh nhân.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Cơ năng: điếc một bên hoặc hai bên tai xuất hiện đột ngột, thời điểm được xác định rõ ràng, kèm theo có hoặc không có ù tai, có hoặc không có chóng mặt, có sốt hoặc không...

Thực thể: không có biểu hiện viêm tai ngoài, không có nút ráy tai, không bị viêm tai giữa. Bệnh nhân đã được đo thính lực và nhĩ lượng trước và sau khi điều trị. Bệnh nhân có thể được đo thêm ABR nếu còn trong giới hạn cho phép. X quang: tư thế schuller, Stenvers, hoặc CT scanner, MRI nếu nghi ngờ u dây thần kinh thính giác.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử viêm tai giữa từ trước, bệnh nhân bị viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, bệnh nhân bị điếc thần kinh do các nguyên nhân đã được xác định rõ như sau viêm màng não, điếc do ngộ độc thuốc như sau tiêm streptomycin, gentamycine..., điếc sau chấn thương xương đá, sau chấn thương khí áp, áp lực nói chung.

2. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp thống kê mô tả.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN:

1 Tuổi:

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 15	4	2,53
16- 30	65	41,14
31- 55	69	43,67
> 55	20	12,66

Như vậy trong thống kê của chúng tôi đến trên 98% là bệnh nhân lớn, trên 16 tuổi, tuy nhiên điều này chưa có ý nghĩa về dịch tễ học vì thống kê của chúng tôi được tiến hành tại khoa Tai dành cho người lớn.

2. Giới:

Nam: 89 ca, chiếm tỷ lệ là 56,33%

Nữ: 69 ca, chiếm tỷ lệ 43,67%.

Như vậy tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau, không có sự khác biệt lớn.

3. Nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	Số ca	Tỷ lệ %
Công chức	79	50,00
Nhân dân	66	41,77
Học sinh	13	8,23

Chúng tôi thấy không có mối liên quan đặc biệt giữa nghề nghiệp và điếc đột ngột.

4. Địa dư

Nông thôn: 73 ca, chiếm 46,20%

Thành thị: 84 ca, chiếm 53,16%

Tỷ lệ không có sự phân biệt giữa nông thôn và thành thị.

5. Yếu tố thuận lợi và nguyên nhân

Yếu tố thuận lợi & NN	Số ca	Tỷ lệ %
Sau cảm cúm, lạnh	29	18,35
Sau quai bị	2	1,26
Tiền sử đái tháo đường	7	4,43
Tiền sử cao huyết áp	11	6,96
Do tiếng ồn	1	0,63
Do thay đổi áp lực đột ngột	1	0,63
Điếc thần kinh đột ngột tự phát	107	67,72

Như vậy số bệnh nhân điếc thần kinh đột ngột tự phát chiếm tỷ lệ rất cao 107/158 ca, tỷ lệ 67,72%, đây là những người bệnh không hề có bệnh mạn tính gì. Trong thống kê của chúng tôi có 1 bệnh nhân bị điếc đột ngột sau khi sửa máy nổ để bơm nước trong khoảng vài tiếng đồng hồ, sau đó điếc nặng cả hai tai, hoàn toàn không nghe thấy gì, 1 bệnh nhân bị điếc đột ngột cả hai tai sau khi thau xong một bể nước của gia đình. Năm 1968 Simons đã mô tả 15 bệnh nhân bị điếc đột ngột, theo ông là do rách màng Reissner, những bệnh nhân này xuất hiện điếc đột ngột sau khi làm những động tác làm thay đổi áp lực nội dịch như là cúi gập người, vùng dậy khỏi giường đột ngột.... Năm 1981- 1983 Gussen đã nghiên cứu giải phẫu bệnh trên xương thái dương của 3 bệnh nhân bị điếc đột ngột đều thấy có rách màng Reissner, trong đó một bệnh nhân bị điếc đột ngột cả hai tai thì cả hai tai đều có rách màng Reissner.

6. Các triệu chứng lâm sàng;

- Nghe kém: nghe kém có thể xảy ra đột ngột, tức thì, hoặc diễn biến trong vòng một giờ, một ngày hoặc vài ngày. Nghe kém cả hai tai thường được phát hiện ngay vì giao tiếp bị trở ngại, nhưng điếc một bên tai thường gặp hơn, những bệnh nhân này thường đến khá muộn, chỉ được phát hiện tình cờ khi nghe điện thoại, nghe đồng hồ ... , trong thống kê của chúng tôi số bệnh nhân điếc đột ngột một bên tai là 148/158.

- ù tai: 152 ca, tỷ lệ 96,20%. Bệnh nhân thường ù tai như ve kêu, như tiếng xay lúa hoặc như còi tàu,

nhiều khi ù tai là triệu chứng đầu tiên làm bệnh nhân khó chịu và phát hiện ra điếc. ù tai có thể kéo dài trong vòng một tháng, tuy nhiên ở một vài bệnh nhân ù tai tồn tại lâu dài kể cả khi sức nghe đã được hồi phục.

- Chóng mặt: 19 ca, chiếm tỷ lệ 12,02 %, thường gặp ở những bệnh nhân bị cảm cúm, cao huyết áp và đây là một triệu chứng báo hiệu tiên lượng khó hồi phục. Sau điều trị bệnh nhân sẽ hết chóng mặt, sức nghe có thể hồi phục nhưng thường là không hoàn toàn.

- Các triệu chứng khác: bệnh nhân thường cảm giác nặng đầu, không phải là cơn đau rõ rệt. Sốt thường gặp ở bệnh nhân bị cảm cúm, viêm đường thở trên cấp tính...

7. Thính lực đồ: các tác giả thường phân làm bốn loại như sau:

- Nghe kém tần số thấp là chính: thính lực đồ có dạng đi lên, tiến triển và tiên lượng thường tốt, tỷ lệ của chúng tôi là 36/158 ca (22,72%), tỷ lệ của Sheehy là 17%.

- Nghe kém cả tần số thấp và cao, thính lực đồ có dạng phẳng, tiến triển và tiên lượng không tốt bằng typ 1, tỷ lệ của chúng tôi là 64/158 ca (40,51%), tỷ lệ của Sheehy là 41%.

- Nghe kém tần số cao là chính: thính lực đồ có dạng đi xuống, tiến triển và tiên lượng không tốt lắm, tỷ lệ của chúng tôi là 44/158 (27,85%) ca, tỷ lệ của Sheehy là 29%.

- Điếc hoàn toàn hay điếc sâu: thường tiên lượng xấu, loại này nếu không điều trị kịp thời thì không có xu hướng tự khỏi. Nếu điều trị kịp thời có một vài trường hợp khỏi hoàn toàn. Tỷ lệ loại này là 14/158 (8,90%), tỷ lệ của Sheehy là 13%.

8. Phác đồ điều trị

- Nhóm thuốc giãn mạch, thuốc tăng cường tuần hoàn não, nhóm corticoid, nhóm kháng histamine, vitamin nhóm B, kháng sinh và thuốc chống viêm nếu cần.

Một số thuốc chúng tôi đã dùng như: Nootropyl, Fonzylane, Divascol, Solumedrol, Nevramin tiêm, Tanakan hoặc Giloba, Serc hoặc Betaserc, Cavinton, Clarityne hoặc Rinconad....

9. Thính lực đồ sau điều trị:

Thay đổi thính lực	Nhóm đến trước 7 ngày		8 - 20 ngày		> 20 ngày	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Không thay đổi	8	10,12	14	23,33	15	78,94
≤ 30 dB	4	5,06	32	53,30	3	15,79
> 30 dB	67	84,81	14	23,30	1	5,26
Tổng số	79		60		19	

Như vậy ở nhóm đến Viện trước 7 ngày thì điều trị có kết quả tốt là: 46/54 ca (85,19 %).

Nhóm được đến Viện sau 20 ngày thì điều trị có kết quả tốt là: 1/ 23 ca (7,14 %).

Như vậy kết quả điều trị có sự khác biệt rất lớn giữa nhóm bệnh nhân được điều trị sớm và bệnh nhân điều trị muộn, điều này đã chỉ ra rằng việc chẩn

đoán và điều trị kịp thời có một ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với kết quả điều trị.

KẾT LUẬN

Điếc đột ngột thực sự là một cấp cứu Tai Mũi Họng, việc chẩn đoán và điều trị sớm có một tầm quan trọng đặc biệt, sức nghe có thể hồi phục hoàn toàn nếu được điều trị kịp thời, nếu để muộn thì để lại di chứng diếc vĩnh viễn.

Cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền tác hại của diếc đột ngột để mọi người nhận thức tự phát hiện bệnh và sớm đến các cơ sở y tế.

Cán bộ y tế tuyến cơ sở cũng được phổ biến và nhận thức đầy đủ đây là một cấp cứu chuyên khoa tai mũi họng, cần có thái độ xử trí đúng đắn khi điều trị người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexiou C and others. (2001). *Sudden sensorineural hearing loss. Does application of glucocorticoids make sense?* Arch OHNS, 127:253-258
2. Daniels and others.(2000). *Causes of unilateral sensorineural hearing loss screened by high-resolution fast spin echo magnetic resonance imaging: review of 1070 consecutive cases.* Am. J. otol 21:173-180.
3. Eisenman DJ, Arts HH.(2000). *Effectiveness of*

treatment for sudden sensorineural hearing loss. Arch Otol HNS 126, 1161-1166.

4. Fish, U. (1983). Management of sudden deafness. *Otolaryngol, Head Neck Surg.* 91: 3-8.

5. Gussen R (1983). Sudden deafness associated with bilateral Reissner's membrane ruptures. *Am. J. Otolaryngol*, 4: 27-32.

6. Haberkamp TJ, Tanyeri HM. (1999). *Management of sudden sensorineural hearing loss.* AM J. Otol 20:587-595.

7. Pensak M. L. (1985).Glasscock. Sudden Hearing losse and cerebellopontine angle tumors. *Laryngoscope* 95: 1188- 1193.

8. S. B. (1986). Acoustic neuroma presenting as sudden hearing losse with recovery. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 94: 15-22.

9. Stokroos RJ, Albers FWJ, Schirm J. (1999). *Therapy of idiopathic sudden sensorineural hearing loss; antiviral treatment of experimental herpes simplex virus infection of the inner ear.* Ann ORL 108:423-428.

10. Schiff, M., and Yoo, T. J. (1985). Immunologic aspects of otologic disease: An overview, *Laryngoscope* 95:259- 269.