

chung. Theo Cribier và cộng sự [3] cho rằng HBN chủ yếu ảnh hưởng đến phụ nữ ở độ tuổi trẻ, vì 84% bệnh nhân trong nghiên cứu này là phụ nữ và phần lớn đều dưới 30 tuổi. Nghiên cứu của tác giả Gracia và cộng sự [2] cho biết tiền sử điều trị ở bệnh nhân HBN có bệnh tiêu chảy gợi ý sự hiện diện của HBN thứ phát. Ngoài ra, nghiên cứu 10 năm cho thấy những bệnh nhân HBN không tái phát là yếu tố dự báo cho HBN thứ phát [8]. Có thể coi sự khác biệt này là một điểm đáng chú ý và cần thực hiện thêm nghiên cứu với quy mô lớn khảo sát các yếu tố liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và căn nguyên của bệnh nhân HBN.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù HBN nói chung là một tình trạng lành tính và tự giới hạn, nhưng nó có thể liên quan đến những bệnh căn khác nhau. Việc xác định và khoanh vùng các bệnh căn nguyên ở bệnh nhân HBN tại Việt Nam là rất quan trọng, nhằm giải quyết vấn đề nguồn gốc, đem lại hiệu quả chữa trị và nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mert, A., et al.,** Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. *Clinical and experimental rheumatology*, 2007. 25(4): p. 563.
2. **García-Porrúa, C., et al.,** Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 2000. 43(3): p. 584-592.
3. **Cribier, B., et al.,** Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *International journal of dermatology*, 1998. 37(9): p. 667-672.
4. **Jones, M. and P. de Keyser,** Rash on the arms and legs. *BMJ*, 2015. 351.
5. **Laborada, J. and P.R. Cohen,** Tuberculosis-Associated Erythema Nodosum. *Cureus*, 2021. 13(12): p. e20184.
6. **Rizvi, Z., et al.,** Erythema nodosum: a consequence of tuberculosis. *Cureus*, 2019. 11(5).
7. **Limtong, P., et al.,** Clinicopathological Characteristics Related to Etiologies of Erythema Nodosum: A 10-Year Retrospective Study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2021: p. 1819-1829.
8. **Mert, A., et al.,** Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 2004. 36(6-7): p. 424-427.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM CORTICOID XUYÊN MÀNG NHỈ Ở BỆNH NHÂN ĐİẾC ĐỘT NGỘT TYPE E

Nguyễn Thị Hồng¹, Nguyễn Thị Tố Uyên¹

IDIOPATHIC SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS TYPE E

Idopathic sudden sensorineural hearing loss type E has a poor prognosis for recovery, and there is still controversy in treatment. Intratympanic corticosteroid is considered as an initial or combined treatment for SSNHL. We conducted a study on 62 patients diagnosed idopathic sudden sensorineural hearing loss type E and received intratympanic corticosteroid in treatment. Evaluate clinical characteristics, pure-tone audiometry and treatment outcomes. The mean post-treatment pure-tone average (PTA) threshold was 93.73 ± 23.6 dB. The rate of no improvement after treatment is the highest (82.3%), followed by slight improvement at 11.3%, partial recovery at 4.8%, and complete recovery at 1.6%. After intratympanic, patients usually have no complications (83.9%).

Keywords: Sudden sensorineural hearing loss, SSNHL, profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss, intratympanic corticosteroid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém đột ngột là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai mũi họng. Về định nghĩa, phần lớn các tác giả thống nhất: Nghe kém đột ngột là một nghe kém tiếp nhận vô căn trên 30 dB ở ít nhất 3 tần số liên tiếp, xảy ra một

TÓM TẮT

Điếc đột ngột type E có tiên lượng phục hồi kém. Phác đồ điều trị của bệnh còn nhiều tranh cãi. Phương pháp tiêm corticoid xuyên màng nhĩ được xem là điều trị ban đầu hoặc kết hợp trong điều trị. Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán ĐİẾC ĐỘT NGỘT type E trong phác đồ có sử dụng corticoid tiêm xuyên màng nhĩ. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, thính lực đồ, kết quả điều trị. Ngưỡng PTA trung bình sau điều trị là 93.73 ± 23.6 dB. Tỷ lệ không cải thiện sức nghe sau điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (82.3%), cải thiện nhẹ chiếm 11.3%, cải thiện một phần chiếm 4.8% và cải thiện hoàn toàn chiếm 1.6%. Bệnh nhân sau tiêm thường không có biến chứng gì (83.9%).

Từ khóa: Nghe kém đột ngột, SSNHL, đİẾC ĐỘT NGỘT, tiêm corticoid xuyên màng nhĩ.

SUMMARY

EVALUATION OF INTRATYMPANIC CORTICOSTEROID FOR TREATMENT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: nthk113@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

cách đột ngột trong vòng 72 giờ, ở những bệnh nhân không có tiền sử bệnh về tai^{1,2}. Khi thính lực giảm ≥ 90 dB được coi là điếc. Mất sức nghe cấp tính gây tổn thất nặng nề, ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động, học tập, giao tiếp, gánh nặng cho gia đình và tăng chi phí điều trị xã hội.

Hiện nay việc điều trị nghe kém đột ngột vẫn là điều trị bao vây bằng cách phối hợp nhiều loại thuốc như corticoid, thuốc giãn mạch, tăng tuần hoàn ốc tai, oxy cao áp, nghỉ ngơi³,... trong đó quan trọng nhất là corticoid. Corticoid có thể sử dụng bằng đường tiêm tĩnh mạch, đường uống hoặc đường tiêm hòm nhĩ.

Có nhiều phân chia hình dạng thính lực đồ được công bố, trong đó có phân loại của tác giả Trần Bá Huy, gồm có 5 dạng thính lực đồ khác nhau, trong đó thính lực đồ type E (dạng điếc) có tiên lượng phục hồi kém⁴. Vì vậy, các bác sĩ lâm sàng thường kết hợp giữa phương pháp điều trị toàn thân kết hợp với việc tiêm corticoid hòm nhĩ. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả cũng như thống nhất về cách đánh giá kết quả phục hồi sức nghe sau điều trị của phương pháp này, bởi vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị điếc đột ngột type E có sử dụng tiêm corticoid tiêm hòm nhĩ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán Điếc đột ngột type E điều trị khoa Tai – Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2023 có sử dụng phương pháp tiêm corticoid xuyên màng nhĩ trong phác đồ điều trị.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán Điếc đột ngột type E: nghe kém tiếp nhận vô căn xảy ra trong vòng 72 giờ, biểu đồ thính lực dạng điếc (PTA ≥ 90 dB), bệnh nhân từ 18 tuổi, điếc đột ngột xuất hiện ở một hoặc 2 bên tai, thời gian từ khi bị bệnh đến khi điều trị ≤ 4 tuần. Bệnh nhân được sử dụng tiêm corticoid xuyên màng nhĩ trong phác đồ điều trị. Bệnh nhân được đo thính lực trước điều trị và khi kết thúc điều trị ra viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: không phải Điếc đột ngột type E, không đáp ứng các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai – Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2023

Mức độ phục hồi thính lực sau điều trị được đánh giá theo thang điểm Siegel⁵:

- Độ I: Cải thiện hoàn toàn (PTA cuối cùng ≤ 25 dB)

- Độ II: Cải thiện một phần (Thính lực tăng > 15 dB và PTA cuối cùng 25 – 45 dB)

- Độ III: Cải thiện nhẹ (Thính lực tăng > 15 dB và PTA cuối cùng từ 45 - 75 dB)

- Độ IV: Không cải thiện (Thính lực tăng < 15 dB và PTA cuối cùng ≥ 75 dB)

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân và gia đình. Bệnh nhân và gia đình được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu. Mọi thông tin được giữ bí mật, chỉ sử dụng trong nghiên cứu cho mục đích khoa học. Số liệu thu thập được đồng ý bởi khoa phòng và Bệnh viện Tai mũi họng Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân điếc đột ngột type E trước điều trị

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN điếc đột ngột type E trước điều trị

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân	
Tuổi	47.4 ± 16.22 (35 – 60 tuổi)
Giới	Nam : nữ = 3:2
Thời gian đến viện	1 – 7 ngày (83.2%)
Tiền sử bệnh lý nội khoa	Khỏe mạnh (67.7%)
Nghe kém	100%
Ù tai	98.4%, ù tai tiếng cao (90.3%)
Chóng mặt	22.6%
Buồn nôn, nôn	4.8%
Ngưỡng nghe trung bình đơn âm trước điều trị	107.1 ± 10.85 dB
Số ngày điều trị trung bình	8.21 ± 1.81 ngày

3.2. Số lần tiêm hòm nhĩ trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số mũi tiêm trung bình là 3.26 ± 0.48, ít nhất là 3 mũi, nhiều nhất là 5 mũi.

3.3. Kết quả hồi phục triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân sau điều trị

Bảng 2: Kết quả hồi phục triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Kết quả	Khỏi		Giảm		Không thay đổi		Tổng
	N	%	N	%	N	%	
TCLS							
Nghe kém	0	0%	19	30.6%	43	69.4%	62
Ù tai	2	3.2%	44	71.0%	16	25.8%	62

Chóng mặt	10	71.4%	4	28.6%		14
Khác	4	100%				4

Triệu chứng nghe kém có xu hướng ít cải thiện, 43/62 BN cảm thấy sức nghe sau điều trị không thay đổi (69.4%), nghe tốt lên chiếm 30.6%. Triệu chứng ù tai có xu hướng được cải thiện sau điều trị, tiếng ù giảm đi gặp ở 44 bệnh nhân chiếm 71.0%. Triệu chứng chóng mặt sau điều trị khỏi (71.4%). Triệu chứng nôn, buồn nôn hết sau điều trị ở tất cả bệnh nhân.

3.4. Kết quả PTA sau điều trị

Bảng 3: Kết quả PTA sau điều trị

	Trung bình (dB)	Min (dB)	Max (dB)
PTA sau điều trị	93.73 ± 23.6 dB	18	120
PTA phục hồi sau điều trị	13.37 ± 18.76 dB	- 16	84

Có sự thay đổi thính lực trước và sau điều trị, PTA hồi phục trung bình là 13.37 ± 18.76 dB, sau điều trị có 1 số bệnh nhân thính lực tốt lên (nhiều nhất là 84 dB) hoặc không đổi hoặc giảm đi.

3.5. Mức độ phục hồi thính lực theo thang điểm Siegel

Bảng 4: Mức độ phục hồi thính lực sau điều trị

Mức độ hồi phục thính lực	Nhóm điều trị	
	N	%
Hoàn toàn	1	1.6%
Một phần	3	4.8%
Nhẹ	7	11.3%
Không cải thiện	51	82.3%
Tổng	62	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Mức độ hồi phục thính lực sau điều trị còn thấp, tỉ lệ không cải thiện sau điều trị chiếm tỉ lệ cao nhất (82.3%), có 1 trường hợp chiếm 1.6% cải thiện hoàn toàn.

Bảng 5: Mức độ phục hồi PTA sau điều trị phân theo loại corticoid tiêm hòm nhĩ

PTA phục hồi sau điều trị	Nhóm điều trị Tiêm Solu - Medrol hòm nhĩ		Nhóm điều trị Tiêm Dexamethasone hòm nhĩ	
	N	%	N	%
Hoàn toàn	1	1.9%	0	0%
Một phần	2	3.7%	1	12.5%
Nhẹ	5	9.3%	2	25%
Không cải thiện	47	85.2%	5	62.5%
Tổng	54	100	8	100

Tỉ lệ phục hồi thính lực sau tiêm của 2 nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0.246 (>0.05).

3.6. Sự liên quan giữa thời gian đến viện và kết quả hồi phục thính lực

Bảng 6: Liên quan giữa thời gian đến

viện và kết quả hồi phục thính lực

Thời gian đến viện	≤ 7 ngày		7 – 14 ngày		> 14 ngày	
	N	%	N	%	N	%
PTA phục hồi sau điều trị						
Hoàn toàn	1	2.0%	0	0	0	0
Một phần	3	5.9%	0	0	0	0
Nhẹ	6	11.8%	1	11.1%	0	0
Không cải thiện	42	80.4%	8	88.9%	2	100%
Tổng	51	100%	9	100%	2	100%

Không có mối liên quan giữa thời gian đến viện và kết quả hồi phục thính lực với p=1 (>0.05). Có 01/51 và 03/51 bệnh nhân đến sớm trong vòng 7 ngày có kết quả cải thiện thính lực hoàn toàn hoặc một phần so với nhóm khác (0%).

3.7. Biến chứng sau tiêm hòm nhĩ

Bảng 7: Biến chứng sau tiêm hòm nhĩ

Biến chứng sau tiêm hòm nhĩ	N	Tỷ lệ (%)
Đau tai	10	16.1%
Chóng mặt	0	0
Buồn nôn, nôn	0	0
Chảy mủ tai	0	0
Lô thủng ở màng nhĩ	0	0
Không có biến chứng	52	83.9%
Tổng	62	100

Trong nghiên cứu, có 10 bệnh nhân (16.1%) có triệu chứng đau sau tiêm, phần lớn các bệnh nhân không xảy ra biến chứng gì.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh điếc đột ngột type E trước điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47.4 ± 16.22, cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi. Nhóm tuổi từ 35 – 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41.9%). Có lẽ đây là lứa tuổi lao động và chịu nhiều áp lực công việc, chế độ ăn uống sinh hoạt không điều độ, các bệnh lý nội khoa thường xuất hiện ở lứa tuổi này. Ngoài ra, việc mất thính lực không những ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp mà còn cả khả năng lao động. Tỉ lệ nam/ nữ xấp xỉ 3/2. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p >0.05. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới. Theo tác giả Y Dai (2017), độ tuổi trung bình là 44.4 ± 13.51, tỉ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1/1⁶.

Bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh trước đó chiếm tỉ lệ cao nhất 67.7%, một số bệnh nhân có tiền sử bệnh THA hoặc ĐTĐ, đây có thể được coi là yếu tố nguy cơ khởi phát bệnh và có liên quan đến việc sử dụng các thuốc điều trị bệnh.

Triệu chứng lâm sàng đi kèm nhiều nhất là ù tai (98.4%), chủ yếu là ù tai tiếng cao (90.3%),

tiếp theo là chóng mặt (22.6%). Kết quả này phù hợp với các tác giả như Y Dai (2017)⁶, Ali Efteharian (2015)⁷.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 62 bệnh nhân được chẩn đoán điếc đột ngột type E được điều trị với phác đồ có sử dụng corticoid tiêm hòm nhĩ. Loại corticoid sử dụng là Dexamethasone 4mg/ml hoặc Methylprednisolone (Solu – Medrol 40mg), mỗi lần tiêm cách nhau 1-2 ngày.

Số lần tiêm trung bình là 3.26 ± 0.48 , nhỏ nhất là tiêm hòm nhĩ 3 lần/ đợt điều trị, nhiều nhất là tiêm 5 lần/ đợt điều trị. Số ngày điều trị trung bình là 8.21 ± 1.81 ngày. Phác đồ này phù hợp với Hướng dẫn điều trị Nghe kém đột ngột của Hiệp hội Tai mũi họng và Phẫu thuật đầu cổ Hoa Kỳ 2012 và 2019. Biến chứng sau tiêm hòm nhĩ ít xảy ra, 83.9% bệnh nhân không xuất hiện tai biến trong và sau tiêm. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Theo tác giả Yu – Chuan Liu (2016) và Chi – Yu Hu (2022), phần lớn các bệnh nhân không có biến chứng hoặc xảy ra triệu chứng đau tai, thường là đau nhẹ, một số bệnh nhân của các tác giả gặp triệu chứng ù tai, chóng mặt sau tiêm và có trường hợp để lại lỗ thủng màng nhĩ nhỏ^{8, 9}.

Phần lớn triệu chứng nghe kém sau điều trị không cải thiện chiếm 69.4%. Triệu chứng ù tai thường giảm sau điều trị (71.0%).

Kết quả PTA trung bình sau điều trị là 93.73 ± 23.6 dB, Mức độ hồi phục thính lực trung bình sau điều trị là 13.37 ± 18.76 dB, kết quả sau điều trị có 3 xu hướng: cải thiện (cải thiện nhiều nhất 84dB), không thay đổi và điếc sâu hơn (giảm 16dB). Theo phân loại hồi phục thính lực của Siegel, tỉ lệ không cải thiện chiếm 82.3%, kết quả nghiên cứu phù hợp với nhiều tác giả trên thế giới. Theo D.T. Edizer (2015), Không cải thiện thính lực chiếm tỉ lệ cao nhất (45.9%), tác giả Yun Lee (2016), 60% bệnh nhân không cải thiện thính lực sau điều trị¹⁰. Trong nghiên cứu cũng chưa tìm ra được mối liên quan giữa thời gian đến viện và khả năng phục hồi thính lực của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu, có sự khác biệt giữa các bệnh nhân dùng Dexamethasone và Methylprednisolone không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả sau điều trị bệnh nhân thường không có sự cải thiện thính lực. Trong nhóm sử dụng Methylprednisolone có 1 bệnh nhân cải thiện thính lực hoàn toàn (1.9%).

Trong nước và trên thế giới cũng có nhiều tranh cãi về phương pháp điều trị Điếc đột ngột, nên sử dụng liệu pháp tiêm hòm nhĩ hay không

và sử dụng loại corticoid nào để tiêm. Theo một nghiên cứu, không có sự khác biệt giữa việc phối hợp tiêm corticoid hòm nhĩ và việc sử dụng steroid đường toàn thân. Theo Qiang et al (2016), có sự cải thiện tốt hơn ở nhóm có sử dụng corticoid tiêm hòm nhĩ. Bản cập nhật của AAO – HNS 2019 đã đề cập đến chỉ định của việc tiêm corticoid hòm nhĩ như một liệu pháp chính hoặc phối hợp. Theo một số nghiên cứu của tác giả Parnes (1999), Trune (2001), Y Dai (2017), Methylprednisolone có nồng độ cao và giữ lại lâu hơn trong nội và ngoại dịch tai trong, ngoài ra nó còn có tác dụng trong quá trình vận chuyển và tái hấp thu ion Na, có vai trò quan trọng đối với chức năng tai trong nên thường được sử dụng⁶. Tuy nhiên, cũng có nhiều nghiên cứu chứng minh được hiệu quả của việc sử dụng Dexamethasone.

V. KẾT LUẬN

Điếc đột ngột type E có tiên lượng phục hồi kém. Phác đồ điều trị của bệnh còn nhiều tranh cãi. Phương pháp tiêm corticoid xuyên màng nhĩ được xem là điều trị ban đầu hoặc kết hợp trong điều trị. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, khả năng hồi phục thính lực sau điều trị còn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Danino J, Joachims, H.Z, Eliachar I, Dodoshin L, Ben – David, Y and Fradis. M** (1984), "Tinnitus as a presenting factor in sudden deafness", American Journal of Otolaryngology, 5, pp 394-396.
2. **Martin H. et Martin Ch.** (1982), "Les surdités brusques", Encycl Med. Chir. Paris., Oto Rhino – Laryngologie, 20183, A10.
3. **Sujana S. Chandrasekhar, MD et al.,** "Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update)", Otolaryngology– Head and Neck Surgery 2019, Vol. 161(1S) S1–S45
4. **J.-B. Charrier and P. Tran Ba Huy** (2005), "Surdités brusques idiopathiques," Ann. d'Otolaryngologie Chir. Cervico-faciale, vol. 122, no. 1, pp. 3–17.
5. **Siegel LG.** The treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Otolaryngol Clin North Am 1975;8:467–73.
6. **Dai, Y., Lu, L., Hou, J., Yang, X., Li, H., Yang, Y., & She, W.** (2017). Intratympanic methylprednisolone perfusion as a salvage treatment for profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss. The Journal of Laryngology & Otology, 131(05), 404–410.
7. **Eftekharian, A., & Amizadeh, M.** (2015). Pulse steroid therapy in idiopathic sudden sensorineural hearing loss: A randomized controlled clinical trial. The Laryngoscope. 126(1). 150–155.
8. **Liu. Y.-C., Chi. F.-H., Yan. T.-H., & Liu. T.-C.** (2016). Assessment of complications due to intratympanic injections. World Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, 2(1), 13–16.