

BỆNH MÉNIÈRE

Sangili Chandran, MD • Jay B. Shah, DO

CƠ BẢN

- Một rối loạn ở tai trong (mê đạo) đặc trưng bởi các cơn tái phát gồm mất thính lực, ù tai, chóng mặt và cảm giác đầy tai.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế định nghĩa Bệnh Ménière là tình trạng có ít nhất hai cơn chóng mặt tự phát kéo dài trên 20 phút nhưng dưới 12 giờ, thính lực đồ cho thấy mất thính lực thần kinh giác quan ở tần số thấp đến trung bình ở một tai tại bất kỳ thời điểm nào, kèm theo các triệu chứng ở tai dao động như mất thính lực, ù tai hoặc đầy tai (1).
- Trên lâm sàng, bệnh gồm tam chứng:
 - Chóng mặt kéo dài từ 20 phút đến 12 giờ
 - Mất thính lực thần kinh giác quan được ghi nhận bằng thính lực đồ (chủ yếu ở tần số thấp)
 - Triệu chứng ở tai dao động (ù tai hoặc đầy tai)

MÔ TẢ

- Thường khởi phát một bên; gần một nửa số trường hợp trở thành hai bên theo thời gian.
- Mức độ nặng và tần suất chóng mặt có thể giảm dần theo thời gian, nhưng mất thính lực thường tiến triển và/hoặc dao động.
- Thường là vô căn (Bệnh Ménière) nhưng có thể thứ phát sau một bệnh lý khác gây ứ nước nội dịch (Hội chứng Ménière).
- Có 5 phân nhóm lâm sàng, bao gồm cả bệnh một bên và hai bên (1).
 - Type 1: Bệnh Ménière một bên điển hình và bệnh hai bên không đồng thời (khởi phát triệu chứng ở một tai, sau đó lan sang tai kia)
 - Type 2: Bệnh Ménière một bên khởi phát muộn (mất thính lực xuất hiện trước chóng mặt hàng tháng hoặc hàng năm) hoặc bệnh hai bên đồng thời (triệu chứng khởi phát cùng lúc ở cả hai tai)
 - Type 3: Bệnh Ménière có tính gia đình (hầu hết các gia đình có mất thính lực hai bên, nhưng bệnh nhân một bên có thể cùng tồn tại trong cùng gia đình)
 - Type 4: Bệnh Ménière lẻ tẻ kèm đau nửa đầu
 - Type 5: Bệnh Ménière lẻ tẻ kèm bệnh tự miễn
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: thần kinh
- Tên gọi khác: Hội chứng Ménière; ứ nước nội dịch

DỊCH TỄ HỌC

- Tuổi khởi phát thường gặp: 40 đến 60 tuổi
- Giới tính thường gặp: nữ > nam (tỷ lệ 2:1)
- Chủng tộc/dân tộc: người da trắng, Bắc Âu > người da đen

Tỷ lệ mắc mới

Ước tính 1 đến 150/100.000 người mỗi năm

Tỷ lệ hiện mắc

Dao động từ 7,5 đến >200/100.000

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Chưa được hiểu rõ hoàn toàn; các giả thuyết bao gồm tăng áp lực dịch nội dịch do tăng sản xuất dịch hoặc giảm hấp thu. Điều này có thể do bệnh lý túi nội dịch, phát triển bất thường của ống tiền đình, hoặc viêm do phức hợp miễn dịch lưu hành. Tăng áp lực nội dịch có thể gây vỡ màng và thay đổi gradient ion nội dịch.
- Các giả thuyết lớn khác bao gồm suy giảm tuần hoàn mạch máu, chấn thương ốc tai, và nhiễm virus hoặc tái hoạt virus.
- Hội chứng Ménière có thể thứ phát sau chấn thương hoặc các rối loạn khác (ví dụ: giảm áp lực tai giữa, dị ứng, bệnh nội tiết, rối loạn lipid, bệnh mạch máu, virus, giang mai, tự miễn). Bất kỳ rối loạn nào có thể gây ứ nước nội dịch đều có thể liên quan đến Hội chứng Ménière.

Di truyền học

Một số gia đình có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn, nhưng ảnh hưởng của yếu tố di truyền và môi trường vẫn chưa được hiểu đầy đủ.

YẾU TỐ NGUY CƠ

Có thể bao gồm

- Căng thẳng (stress)
- Dị ứng
- Ăn mặn (tăng lượng muối)
- Caffeine, rượu, hoặc nicotine
- Tiếp xúc mạn tính với tiếng ồn lớn
- Tiền sử gia đình và yếu tố di truyền được tìm thấy ở 10% số trường hợp, theo kiểu di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường (2).
- Một số bất thường mạch máu (bao gồm đau nửa đầu)
- Một số phơi nhiễm virus (đặc biệt là virus Herpes simplex [HSV])

PHÒNG NGỪA CHUNG

Giảm các yếu tố nguy cơ đã biết: căng thẳng; lượng muối, rượu, và caffeine tiêu thụ; hút thuốc; tiếp xúc tiếng ồn; các thuốc gây độc tai (ví dụ: aspirin, quinine, aminoglycoside).

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP KÈM THEO

- Lo âu (thứ phát sau các triệu chứng gây suy nhược)
- Đau nửa đầu
- Tăng prolactin máu
- Suy giáp

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

BỆNH SỬ

- Các cơn thường xuất hiện tự phát nhưng có thể có triệu chứng báo trước là cảm giác đầy tai tăng dần và ù tai. Các cơn có thể xảy ra thành từng đợt, xen kẽ với các giai đoạn thuyên giảm kéo dài không có triệu chứng.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán chính thức của Viện Hàn lâm Tai Mũi Họng – Phẫu thuật Đầu Cổ Hoa Kỳ:
 - Ít nhất hai cơn chóng mặt kéo dài >20 phút (thường được mô tả là cảm giác xoay tròn hoặc lắc lư)
 - ù tai hoặc đầy tai
 - Mất thính lực: mất thính lực thần kinh giác quan tần số thấp được xác nhận bằng thính lực đồ
 - Đã loại trừ các nguyên nhân khác (ví dụ: u dây thần kinh thính giác)

- Trong các cơn nặng: có thể xuất hiện xanh xao, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, té ngã, kiệt sức

KHÁM THỰC THỂ

- Khám thực thể nhằm loại trừ các bệnh lý khác; không có dấu hiệu nào đặc trưng riêng cho Bệnh Ménière.
- Có thể thấy rung giật nhãn cầu ngang trong cơn.
- Soi tai thường bình thường.
- Việc khởi phát cơn khi thăm khám bằng nghiệm pháp Dix-Hallpike gợi ý chẩn đoán chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV), không phải Bệnh Ménière, vì chóng mặt trong BPPV thường ngắn hơn và khởi phát khi thay đổi tư thế đầu.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- U dây thần kinh thính giác hoặc khối u hệ thần kinh trung ương khác
- Giang mai
- U túi nội dịch
- Viêm mê đạo do virus
- Cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA), đau nửa đầu
- Bệnh động mạch sống nền
- Các rối loạn mê đạo khác (ví dụ: hội chứng Cogan, chóng mặt tư thế lành tính, chấn thương xương thái dương)
- Đái tháo đường hoặc rối loạn chức năng tuyến giáp
- Viêm dây thần kinh tiền đình
- Tác dụng phụ của thuốc
- Viêm tai giữa

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH

Các xét nghiệm được thực hiện để loại trừ các bệnh lý khác chứ không nhất thiết xác nhận hay loại trừ Bệnh Ménière.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Cần nhắc xét nghiệm huyết thanh học đặc hiệu cho *Treponema pallidum* ở nhóm nguy cơ.
- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp, đường huyết đói, và mỡ máu
- Cần nhắc chụp MRI để loại trừ u dây thần kinh thính giác hoặc bệnh lý hệ thần kinh trung ương khác, bao gồm u, phình mạch, và xơ cứng rải rác (MS).

Các thủ thuật chẩn đoán khác

- Thính giác
 - Đo thính lực bằng âm đơn và lời nói cho thấy mất thính lực thần kinh giác quan tần số thấp và giảm khả năng phân biệt lời nói; thường cho thấy mất thính lực thần kinh giác quan tần số thấp
 - Nghiệm pháp âm thoa (Weber và Rinne), đo điện thế thính giác thân não (ABR), hoặc MRI để loại trừ u dây thần kinh thính giác
 - Điện ốc đồ có thể hữu ích để xác định nguyên nhân
- Tiền đình
 - Nghiệm pháp nhiệt lượng: giảm hoạt động ở một trong hai bên phù hợp với chẩn đoán Ménière nhưng bản thân nó không có giá trị chẩn đoán xác định
 - Nghiệm pháp xung đầu (head-impulse test) (3)[C]

Giải thích kết quả xét nghiệm

- Phân tích mô học xương thái dương (khi khám nghiệm tử thi): giãn hệ thống dịch tai trong, tổn thương biểu mô thần kinh với mất tế bào lông, dày màng đáy, và tổn thương vi mạch quanh mạch máu
- Phân tích hóa tế bào có thể cho thấy biểu hiện AQP4 và AQP6 bị thay đổi ở tế bào hỗ trợ, thay đổi cochlin, và biểu hiện protein ty thể (4)[B]
- Bệnh Ménière có tính gia đình đã được liên kết với các gen DTNA và FAM136A (5)[B]

ĐIỀU TRỊ

- Còn thiếu các hướng dẫn điều trị dựa trên bằng chứng.
- Thuốc chủ yếu nhằm giảm triệu chứng chóng mặt và buồn nôn.
- Trong cơn, nghỉ ngơi tại giường với mắt nhắm giúp phòng ngừa té ngã. Cơn hiếm khi kéo dài >4 giờ.

BIỆN PHÁP CHUNG

Kể từ các công bố của Dederding và Mygind năm 1929 và thử nghiệm của Furstenberg năm 1934, chế độ ăn hạn chế muối vẫn là phương pháp điều trị hàng đầu cho Bệnh Ménière. Kể từ những năm 1950, nhiều công bố đã vừa ủng hộ vừa phản bác phương pháp điều trị này, và bằng chứng về hiệu quả của nó vẫn chưa có kết luận rõ ràng (6).

THUỐC

Bậc một

- Con cấp: mục tiêu ban đầu là ổn định và giảm triệu chứng; dùng cho các cơn nặng
 - Nhóm benzodiazepine (như diazepam): giảm chóng mặt và lo âu
 - Nhóm kháng histamine (meclizine/dimenhydrinate): giảm chóng mặt và buồn nôn
 - Nhóm kháng cholinergic (scopolamine dán qua da): giảm buồn nôn và nôn liên quan đến say tàu xe
 - Nhóm kháng dopamine (metoclopramide, promethazine): giảm buồn nôn, lo âu
 - Liệu pháp bù dịch và điện giải
 - Giảm liều corticosteroid dần cho mất thính lực cấp tính
- Điều trị duy trì (mục tiêu là phòng ngừa/giảm số cơn)
 - Cần thay đổi lối sống (ví dụ: chế độ ăn ít muối)
 - Thuốc lợi tiểu có thể giúp giảm số cơn bằng cách giảm áp lực và thể tích nội dịch; tuy nhiên bằng chứng chưa đủ để khuyến cáo sử dụng thường quy:
 - Hydrochlorothiazide; hydrochlorothiazide/triamterene (Dyazide, Maxzide)
 - Acetazolamide (Diamox)
 - Tại châu Âu, betahistine, một chất chủ vận yếu thụ thể H1 và đối kháng mạnh thụ thể H3 histamine, được sử dụng thường quy (không có sẵn tại Hoa Kỳ) (7). Các thuốc giãn mạch khác như isosorbide dinitrate, niacin, và histamine cũng đã được sử dụng; bằng chứng về hiệu quả của chúng còn chưa đầy đủ.
- Chống chỉ định/thận trọng:
 - Atropine: bệnh tim mạch, đặc biệt là nhịp nhanh trên thất và các rối loạn nhịp khác, phì đại tuyến tiền liệt
 - Scopolamine: trẻ em và người cao tuổi, phì đại tuyến tiền liệt
 - Thuốc lợi tiểu: rối loạn điện giải, bệnh thận
- Thận trọng:
 - Các thuốc gây an thần cần được sử dụng thận trọng, đặc biệt ở người cao tuổi. Cần dặn bệnh nhân không lái xe hoặc vận hành máy móc. Atropine và scopolamine cần được sử dụng đặc biệt thận trọng.
 - Thuốc lợi tiểu: theo dõi điện giải
- Các tương tác thuốc đáng lưu ý: scopolamine dán qua da: các thuốc kháng cholinergic, kháng histamine, thuốc chống trầm cảm ba vòng, và các thuốc khác

Bậc hai

- Corticosteroid, cả đường tiêm xuyên màng nhĩ và toàn thân (đường uống hoặc tĩnh mạch), đã được sử dụng để điều trị mất thính lực kéo dài:
 - Thêm prednisone 30 mg/ngày vào điều trị lợi tiểu đã làm giảm mức độ nặng và tần suất ù tai và chóng mặt trong một nghiên cứu thử nghiệm nhỏ.
 - Dexamethasone thực tế hơn khi sử dụng do bệnh nhân dung nạp tốt hơn, vì methylprednisolone gây cảm giác bỏng rát ở niêm mạc tai giữa.
- Còn thiếu bằng chứng cho việc sử dụng thường quy Famvir; có thể cải thiện thính lực nhiều hơn là cải thiện thăng bằng

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN

- Cần nhắc hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng/Thần kinh.
- Bệnh nhân nên được đo thính lực đồ chính thức để xác nhận mất thính lực.

LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Áp dụng áp lực ngắt quãng qua thiết bị Meniett đặt qua ống thông màng nhĩ đã được chứng minh giúp giảm chóng mặt (8)[B]:
 - An toàn; cần đặt ống thông màng nhĩ lâu dài
- Phục hồi chức năng tiền đình có thể có lợi cho bệnh nhân có triệu chứng tiền đình kéo dài
 - An toàn và hiệu quả đối với rối loạn chức năng tiền đình một bên
 - Đồng thuận quốc tế về điều trị Bệnh Ménière khuyến nghị nên cung cấp phục hồi chức năng tiền đình như một lựa chọn điều trị cho bệnh nhân giữa các cơn chóng mặt (9)

PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT KHÁC

- Các can thiệp bảo tồn thính lực:
 - Phẫu thuật túi nội dịch được chứng minh có hiệu quả trong việc kiểm soát chóng mặt ở 75% bệnh nhân Bệnh Ménière đã thất bại với điều trị nội khoa
 - Cắt dây thần kinh tiền đình (thủ thuật trong sọ)
 - Xâm lấn nhiều hơn
 - Giảm chóng mặt và bảo tồn thính lực
 - Ống thông màng nhĩ: có thể giảm triệu chứng bằng cách giảm áp lực tai giữa
- Các can thiệp cho bệnh nhân không còn thính lực hữu ích:
 - Phẫu thuật cắt bỏ mê đạo: rất hiệu quả trong kiểm soát chóng mặt nhưng gây điếc
 - Cắt dây thần kinh tiền đình
 - Cắt dây thần kinh tiền đình qua nội soi
 - Cấy ốc tai điện tử

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Chưa có đủ bằng chứng chứng minh hiệu quả, nhưng nhiều kỹ thuật y học tích hợp đã được thử nghiệm, bao gồm:

- Châm cứu, bấm huyệt, thái cực quyền
- Niacin, bioflavonoid, Lipo-flavonoid, gừng, bạch quả (Ginkgo biloba), và các thực phẩm bổ sung thảo dược khác

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

Do khả năng mất thính lực tiến triển dù các cơn chóng mặt giảm, việc theo dõi thay đổi thính lực và theo dõi các nguyên nhân tiềm ẩn nghiêm trọng hơn (ví dụ: u dây thần kinh thính giác) là rất quan trọng.

CHẾ ĐỘ ĂN

Chế độ ăn thường không phải là yếu tố ảnh hưởng, trừ khi các cơn được khởi phát bởi một số loại thực phẩm nhất định.

TIỀN LƯỢNG

- Cần thông báo cho bệnh nhân về bản chất xen kẽ giữa các cơn và giai đoạn thuyên giảm.
- Giữa các cơn, bệnh nhân có thể hoạt động hoàn toàn bình thường nhưng thường bị hạn chế do lo sợ hoặc các triệu chứng còn sót lại. Điều này có thể gây suy nhược nghiêm trọng.
- 50% trường hợp tự khỏi trong vòng 2 đến 3 năm.
- Một số trường hợp kéo dài >20 năm.
- Mức độ nặng và tần suất các cơn giảm dần, nhưng mất thính lực thường vẫn tiến triển.
- 90% có thể được điều trị thành công bằng thuốc; 5–10% bệnh nhân cần phẫu thuật do chóng mặt gây tàn phế.

BIẾN CHỨNG

Mất thính lực; chấn thương trong cơn; mất khả năng lao động

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Borowiec E, Crossley J, Hoa M. Understanding fluctuating hearing loss. *Hear J.* 2020;73(6):12–13.
2. Perez-Carpena P, Lopez-Escamez JA. Current understanding and clinical management of Ménière's disease: a systematic review. *Semin Neurol.* 2020;40(1):138–150.
3. Lee SU, Kim HJ, Koo JW, et al. Comparison of caloric and head-impulse tests during the attacks of Meniere's disease. *Laryngoscope.* 2017;127(3):702–708.
4. Ishiyama G, Lopez IA, Sepahdari AR, et al. Meniere's disease: histopathology, cytochemistry, and imaging. *Ann N Y Acad Sci.* 2015;1343:49–57.
5. Frejo L, Giegling I, Teggi R, et al. Genetics of vestibular disorders: pathophysiological insights. *J Neurol.* 2016;263(Suppl 1):S45–S53.
6. Shim T, Strum DP, Mudry A, et al. Hold the salt: history of salt restriction as a first-line therapy for Meniere's disease. *Otol Neurotol.* 2020;41(6):855–859.
7. Casani AP, Guidetti G, Schoenhuber R; for Consensus Conference Group. Report from a Consensus Conference on the treatment of Ménière's disease with betahistine: rationale, methodology and results. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2018;38(5):460–467.
8. Ahsan SF, Standring R, Wang Y. Systematic review and meta-analysis of Meniett therapy for Meniere's disease. *Laryngoscope.* 2015;125(1):203–208.
9. Dunlap PM, Holmberg JM, Whitney SL. Vestibular rehabilitation: advances in peripheral and central vestibular disorders. *Curr Opin Neurol.* 2019;32(1):137–144.

XEM THÊM

- Mất thính lực; Viêm mê đạo; Û tai
- Sơ đồ: Chóng mặt

MÃ

ICD10

- H81.03 Bệnh Ménière, hai bên
- H81.09 Bệnh Ménière, tai không xác định
- H81.0 Bệnh Ménière

ĐIỂM LÂM SÀNG CHÍNH

- Bệnh Ménière đặc trưng bởi chóng mặt (kéo dài 20 phút đến 12 giờ), kèm theo mất thính lực, ù tai +/- đầy tai.
- Bệnh Ménière có chẩn đoán phân biệt rộng; do đó cần phải điều tra kỹ lưỡng các triệu chứng.
- Có nhiều phương pháp điều trị nội khoa, phẫu thuật, và phục hồi chức năng nhằm giảm mức độ nặng và tần suất các cơn.