VIÊM TAI TRONG (LABYRINTHITIS)

Joseph D. Hogue, MD, MBA • Esha Rajiv Sharma, MD, MPH

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Khởi phát chóng mặt (vertigo) đột ngột, kèm mất thính lực tiếp nhận thần kinh (sensorineural hearing loss) và ù tai (tinnitus), kéo dài từ vài giờ đến vài ngày, do viêm hoặc nhiễm trùng cấp tính ở tai trong (labyrinth).
- Có thể phân loại thành viêm tai trong sinh mủ (suppurative) hoặc viêm tai trong huyết thanh/độc tố (serous/toxic labyrinthitis) (1).
- Viêm tai trong là chẩn đoán lâm sàng khi không có dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Thường biểu hiện cảm giác chủ quan về chuyển động hoặc chóng mặt kiểu quay tròn kéo dài vài giờ đến vài ngày, và thường có mất thính lực tiếp nhận thần kinh một bên đột ngột.
- Thường kèm giảm chức năng tiền đình (vestibular hypofunction) ở tai bị ảnh hưởng. Chóng mặt ngoại biên cải thiện dần theo thời gian nhờ bù trừ trung ương (central compensation). Mất thính lực thường hồi phục trong viêm tai trong thể huyết thanh nhưng vĩnh viễn trong thể sinh mủ.
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: thần kinh, giác quan đặc biệt (thính giác và tiền đình).

CẢNH BÁO

- "Chóng mặt kiểu quay" (vertigo) và "choáng váng" (dizziness) là những thuật ngữ thường dùng lẫn lộn. Nên làm rõ triệu chứng bằng cách đưa ra các mô tả thay thế như cảm giác lơ mơ/muốn xỉu, mất thăng bằng, chóng mặt kiểu quay tròn, hoặc mất cân bằng.
- Mất thính lực và thời gian kéo dài triệu chứng giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt ở bệnh nhân chóng mặt.
- Viêm/dây thần kinh tiền đình (vestibular neuritis/neuronitis) xảy ra do viêm dây thần kinh tiền đình gây chóng mặt kéo dài vài giờ đến vài ngày nhưng không có triệu chứng thính giác như viêm tai trong (2).
- Chóng mặt tư thế lành tính kịch phát (BPPV) là nguyên nhân phổ biến nhất gây chóng mặt. Khác với viêm tai trong, BPPV có tính chất từng cơn, triệu chứng nặng kéo dài <1 phút. BPPV được chẩn đoán bằng nghiệm pháp Dix-Hallpike. Khác với viêm tai trong, BPPV không kèm mất thính lực.
- Bệnh Ménière có tính chu kỳ rõ hơn viêm tai trong; bệnh đến rồi đi thay vì kéo dài liên tục, và có tam chứng gồm chóng mặt từng cơn, ù tai và mất thính lực.
- Chóng mặt do migraine (vestibular migraine) là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây chóng mặt tái phát, kéo dài vài giờ và thường có tiền sử đau nửa đầu. Tới 10% trường hợp có thể không kèm đau đầu (2).

DỊCH TỄ HỌC

- Thiếu dữ liệu riêng cho viêm tai trong.
- Thường gặp nhất ở tuổi 30–50 (3).
- Chiếm 10% tất cả bệnh nhân đến khám vì choáng váng, nếu tính cả viêm dây thần kinh tiền đình (4).
- Giới tính chiếm ưu thế: nữ = nam.

Tỉ lệ mới mắc (Incidence)

- Tỉ lệ mới mắc ước tính 3,5/100.000, nếu tính cả viêm dây thần kinh tiền đình (3).
- Viêm tai trong do virus là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Viêm tai trong sinh mủ thứ phát sau viêm tai giữa hoặc viêm màng não ngày càng hiếm gặp.

Tỉ lệ hiện mắc (Prevalence)

20–30% người lớn từng đi khám vì chóng mặt trong đời (3). Viêm tai trong thực sự thì hiếm gặp.

NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

- Viêm cấp tính và tổn thương tai trong, liên quan đến cả bộ máy tiền đình và ốc tai.
- Độc tố virus hoặc vi khuẩn có thể đi trực tiếp từ tai giữa vào tai trong qua cửa sổ tròn hoặc cửa sổ bầu dục, trong trường hợp viêm tai trong thể huyết thanh.
- Vi khuẩn xâm nhập tai trong, từ nhiễm trùng tai giữa hoặc viêm màng não, xảy ra trong viêm tai trong thể sinh mủ (1).
- Nhiễm trùng:
  - Virus thường gặp: cytomegalovirus, quai bị, thủy đậu-zona, sởi, cúm, cúm phụ, herpes simplex, adenovirus, coxsackievirus, virus hô hấp hợp bào (RSV), HIV.
  - Vi khuẩn thường gặp: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Neisseria meningitidis, Streptococcus spp., Staphylococcus spp., Borrelia burgdorferi.
  - Xoắn khuẩn: Treponema pallidum.

Di truyền

Không có liên hệ di truyền được biết đến.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Nhiễm trùng hô hấp trên do virus
- Viêm tai giữa
- Cholesteatoma (u cholesterol tai giữa)
- Chấn thương đầu
- Viêm màng não

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Điều trị sớm viêm tai giữa cấp để ngăn ngừa biến chứng.
- Tiêm chủng đầy đủ theo lịch (để phòng các tác nhân virus thường gặp).
- Ngăn ngừa lây truyền tác nhân gây bệnh từ mẹ sang con, bao gồm giang mai và HIV.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Nhiễm trùng hô hấp trên do virus
- Viêm tai giữa
- Cholesteatoma
- Chấn thương đầu

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Chóng mặt VÀ mất thính lực tiếp nhận thần kinh ở một bên tai.
- Chóng mặt khởi phát cấp tính, kéo dài vài giờ đến vài ngày.
- Buồn nôn và nôn thường gặp.
- Cảm giác đầy tai bên bị ảnh hưởng.
- Ù tai bên bị ảnh hưởng (ù tiếng gầm, tiếng chuông).
- Triệu chứng nhiễm trùng hô hấp trên.
- Chảy dịch tai hoặc đau tai (ít gặp trong nguyên nhân do virus).
- Đau đầu dữ dội, sốt, cứng gáy trong bối cảnh viêm màng não.

- Triệu chứng tái phát nên nghi ngờ nguyên nhân tự miễn.
- Mất thăng bằng nặng hoặc kèm dấu thần kinh khu trú không điển hình và cần chỉ định chẩn đoán hình ảnh.

KHÁM THỰC THỂ

- Rung giật nhãn cầu (nystagmus):
  - Rung giật nhãn cầu nhịp nhanh hướng về tai bị ảnh hưởng trong giai đoạn cấp.
  - Rung giật nhãn cầu nhịp nhanh hướng ra xa tai bị ảnh hưởng trong giai đoạn hồi phục, 48–72 giờ sau.
- Triệu chứng giảm khi mở mắt và cố định thị giác.
- Khám tai có thể không phát hiện bất thường trong viêm tai trong do virus.
- Có thể có dịch tiết huyết thanh/mủ ở tai giữa.
- Có thể thấy màng nhĩ co lõm và mảnh vụn dạng sừng (keratin) trong trường hợp cholesteatoma.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm/dây thần kinh tiền đình (chóng mặt không kèm mất thính lực)
- BPPV: từng cơn, chóng mặt kéo dài vài giây/phút, nặng hơn khi nằm hoặc nhìn lên
- Bệnh Ménière: kèm tam chứng chóng mặt từng cơn, ù tai và mất thính lực
- Chóng mặt do migraine
- Bệnh tai trong tự miễn
- Hội chứng sau chấn động não
- Viêm tai giữa cấp
- Độc tính tai (ototoxicity)
- Đột quỵ (CVA)/nhồi máu thân não
- U vùng góc cầu-tiểu não (ví dụ: u dây thần kinh số VIII/vestibular schwannoma)
- Nguyên nhân ít gặp hơn: viêm não tủy sau nhiễm trùng hoặc viêm đa dây thần kinh sọ, hội chứng Ramsay Hunt, nhiễm HIV, giang mai, động kinh thùy thái dương, rò ngoại dịch (perilymphatic fistula), hở ống bán khuyên trên (superior canal dehiscence), điếc một bên đột ngột không rõ nguyên nhân, đa xơ cứng, viêm mạch máu (não hoặc toàn thân)

XÉT NGHIỆM & GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

- Xét nghiệm máu thường quy không có nhiều giá trị trừ khi nghi ngờ nguyên nhân tự miễn.
- Xem xét cấy dịch chảy tai hoặc dịch tai giữa để định hướng chọn kháng sinh.
- CT xương thái dương có thể chỉ định trong trường hợp viêm tai giữa biến chứng hoặc cholesteatoma.
- Chỉ chọc dò dịch não tủy khi nghi ngờ viêm màng não.
- Xem xét sàng lọc giang mai hoặc HIV khi có chỉ định lâm sàng dựa trên yếu tố nguy cơ hoặc tiền sử.
- Không cần chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán viêm tai trong cấp.
- Khi có mất thính lực tiếp nhận thần kinh cấp tính hoặc các triệu chứng thần kinh kèm theo, nên chỉ định MRI ống tai trong và/hoặc MRA não và thân não.

Xét nghiệm theo dõi & Lưu ý đặc biệt

Xơ hóa tai trong (labyrinthitis ossificans) là hiện tượng xơ hóa ống tai trong sau viêm màng não do vi khuẩn, được cho là xảy ra do viêm tai trong thể sinh mủ. Tình trạng này có thể xảy ra nhanh, đặc biệt sau viêm màng não do S. pneumoniae.

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

- Nên thực hiện đo thính lực đồ (audiogram).
- Các nghiệm pháp tiền đình thường không cần thiết ở giai đoạn cấp. Nếu chóng mặt và choáng váng kéo dài quá thời gian dự kiến hồi phục, nên thực hiện video-nystagmography.

Giải thích kết quả xét nghiệm

- Thính lực đồ có thể cho thấy các mức độ khác nhau của mất thính lực tiếp nhận thần kinh và giảm khả năng phân biệt âm.
- Nghiệm pháp nhiệt (caloric testing) có thể cho thấy yếu tương đối của ống bán khuyên ngang bên bị ảnh hưởng. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm này thay đổi tùy theo tài liệu.

ĐIỀU TRỊ

- Kiểm soát triệu chứng và trấn an bệnh nhân trong giai đoạn cấp.
- Thuốc ức chế tiền đình khi cần (xem "Thuốc điều trị") chỉ dùng cho các cơn chóng mặt cấp nặng. Bệnh nhân nên được khuyến cáo KHÔNG sử dụng các thuốc này theo lịch cố định hoặc để dự phòng khi không có triệu chứng, vì điều này có thể làm chậm quá trình bù trừ trung ương (2)[B].
- Điếc tiếp nhận thần kinh một bên đột ngột nên được điều trị bằng corticosteroid liều cao (đường uống và/hoặc tiêm trong màng nhĩ) càng sớm càng tốt, lý tưởng trong vòng 2 tuần. Corticosteroid chưa được chứng minh rõ ràng cải thiện triệu chứng tiền đình (5)[B].
- Phục hồi chức năng tiền đình (vestibular rehabilitation) là phương pháp điều trị chính cho chóng mặt và choáng váng kéo dài, đã được chứng minh an toàn và hiệu quả trong rối loạn chức năng tiền đình ngoại biên một bên (6)[A].
- Bệnh nhân nên bắt đầu các bài tập ngay khi giai đoạn cấp thuyên giảm và có thể vận động được, thường trong khoảng 2–3 ngày sau khởi phát (4).
- Đối với viêm tai trong thể sinh mủ, cần dùng kháng sinh thích hợp để loại trừ nhiễm trùng. Có thể cần can thiệp phẫu thuật như đặt ống thông khí màng nhĩ hoặc phẫu thuật xương chũm, tùy theo mức độ tổn thương tai giữa.

BIỆN PHÁP CHUNG

Các bài tập tiền đình cho triệu chứng kéo dài và mất chức năng tiền đình một bên đã được chứng minh giúp cải thiện kiểm soát thăng bằng khi đứng.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Các thuốc dưới đây nên dùng theo nhu cầu (PRN). Benzodiazepine cũng có thể giúp giảm lo âu liên quan đến chóng mặt. Không bệnh nhân nào nên dùng thuốc ức chế tiền đình như thuốc điều trị mạn tính vì có thể cản trở quá trình bù trừ trung ương.

Thuốc ức chế tiền đình

- Lorazepam (Ativan) 0,5–2,0 mg ngậm dưới lưỡi/uống, 2 lần/ngày khi cần, hoặc diazepam (Valium) 2–5 mg uống 4 lần/ngày khi cần.
- Meclizine (Antivert, Bonine, Zentrip [viên tan]) 12,5–25,0 mg uống 2–3 lần/ngày khi cần.
- Dimenhydrinate (Dramamine) 25–50 mg uống mỗi 4–6 giờ khi cần.

Thuốc chống nôn

- Ondansetron (Zofran) 4–8 mg uống 3 lần/ngày khi cần, hoặc granisetron (Kytril) 1 mg uống 3 lần/ngày khi cần.
- Meclizine (Antivert, Bonine) 12,5–25,0 mg uống mỗi 4 giờ khi cần.
- Promethazine (Phenergan) 12,5–25,0 mg uống/đặt hậu môn 4 lần/ngày khi cần, hoặc prochlorperazine (Compazine) 25 mg đặt hậu môn 2 lần/ngày khi cần.
- Metoclopramide (Reglan) 10 mg uống 3 lần/ngày khi cần.

Thuốc kháng virus

- Acyclovir 800 mg uống 5 lần/ngày trong 7 ngày, có thể dùng trong các trường hợp liên quan đến herpes.

Corticosteroid

- Prednisone 1 mg/kg/ngày, tối đa 60 mg/ngày, dùng trong 1 tuần, sau đó giảm liều dần trong 1 tuần.
- Methylprednisolone khởi đầu 100 mg uống/ngày, sau đó giảm liều dần xuống 10 mg/ngày trong 3 tuần.
- Dexamethasone 0,4–0,8 mL dung dịch 24 mg/mL, tiêm qua màng nhĩ, 3–4 lần; có thể dùng như điều trị cứu vãn (salvage therapy).

- Dùng sớm trong bối cảnh viêm màng não do vi khuẩn có thể giảm di chứng tai, đặc biệt là xơ hóa tai trong.
- Dùng trong điều trị viêm tai trong khi có mất thính lực tiếp nhận thần kinh đột ngột kèm theo, lý tưởng trong 2 tuần đầu.

Lưu ý ở người cao tuổi

- Tránh sử dụng quá mức scopolamine, meclizine và các thuốc ức chế tiền đình khác sau sự kiện cấp tính ban đầu vì sẽ làm chậm quá trình bù trừ trung ương.
- Benzodiazepine là thuốc ức chế tiền đình được ưu tiên nhưng làm tăng nguy cơ té ngã ở người cao tuổi.

Lưu ý ở phụ nữ mang thai

Dimenhydrinate, diphenhydramine, ondansetron, granisetron và metoclopramide thuộc nhóm B về nguy cơ thai kỳ.

Lựa chọn hàng đầu

- Benzodiazepine là thuốc ức chế tiền đình tốt hơn và được ưu tiên hơn thuốc kháng histamine/kháng cholinergic như meclizine. Benzodiazepine ngậm dưới lưỡi rất hiệu quả cho chóng mặt và nên được coi là điều trị hàng đầu.
- Điều trị corticosteroid cấp cứu trong giai đoạn cấp.

VẤN ĐỀ CHUYỂN TUYẾN

- Xem xét chuyển khám chuyên khoa thần kinh khi nghi ngờ nguyên nhân trung ương gây chóng mặt hoặc choáng váng.
- Xem xét chuyển khám chuyên khoa tai mũi họng/thần kinh học tai khi mất thính lực và chóng mặt tiến triển, hoặc trong các trường hợp viêm tai trong sinh mủ cần can thiệp phẫu thuật.

NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

Bệnh nhân có nhiễm trùng toàn thân hoặc buồn nôn/nôn không kiểm soát được có thể cần nhập viện để truyền dịch và dùng thuốc qua đường tĩnh mạch.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

Theo dõi mất thính lực hằng tuần bằng thính lực đồ cho đến khi thính lực ổn định. Triệu chứng chóng mặt cấp có thể kéo dài đến 6 tuần. Triệu chứng tồn dư đã được ghi nhận kéo dài đến nhiều năm.

CHẾ ĐỘ ĂN

Tránh rượu vì có thể làm nặng thêm triệu chứng.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Mở mắt và cố định thị giác giúp cải thiện triệu chứng, trong khi nhắm mắt có thể làm triệu chứng nặng hơn. Hạn chế cử động đầu nhanh cho đến khi triệu chứng thuyên giảm. Tránh dùng thuốc ức chế tiền đình kéo dài vì có thể cản trở quá trình bù trừ trung ương.

BIẾN CHỨNG

Mất thính lực vĩnh viễn, thường gặp hơn với nguyên nhân do vi khuẩn, và suy giảm thăng bằng mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaya S, Schachern PA, Tsuprun V, et al. Deterioration of vestibular cells in labyrinthitis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2017;126(2):89–95.

2. Sandhu JS, Rea PA. Clinical examination and management of the dizzy patient. Br J Hosp Med (Lond). 2016;77(12):692–698.

3. Neuhauser HK, Lempert T. Vertigo: epidemiologic aspects. Semin Neurol. 2009;29(5):473–481.

4. Wipperman J. Dizziness and vertigo. Prim Care. 2014;41(1):115–131.

5. Yoo MH, Yang CJ, Kim SA, et al. Efficacy of steroid therapy based on symptomatic and functional improvement in patients with vestibular neuritis: a prospective randomized controlled trial. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2017;274(6):2443–2451.

6. McDonnell M, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(1):CD005397.

XEM THÊM

Bệnh Ménière; Hội chứng sau chấn động não (Chấn thương sọ não nhẹ); Ù tai

MÃ BỆNH

ICD10

- H83.02 Viêm tai trong, tai trái
- H83.01 Viêm tai trong, tai phải
- H83.09 Viêm tai trong, không xác định tai

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Yêu cầu bệnh nhân mô tả triệu chứng bằng lời của họ; các mô tả thay thế bao gồm lơ mơ/muốn xỉu, chóng mặt kiểu quay, mất thăng bằng, hoặc mất cân bằng.
- Benzodiazepine là thuốc ức chế tiền đình hiệu quả hơn và được ưu tiên hơn thuốc kháng histamine/kháng cholinergic như meclizine. Thuốc ức chế tiền đình chỉ nên dùng trong thời gian ngắn vì sẽ làm chậm quá trình bù trừ trung ương.
- Chóng mặt từng cơn thường do BPPV hoặc bệnh Ménière, trong khi chóng mặt kéo dài kèm mất thính lực tiếp nhận thần kinh và ù tai thường phù hợp hơn với viêm tai trong.
- Viêm dây thần kinh tiền đình nên được nghĩ đến nếu không có triệu chứng thính giác kèm theo.