

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM VỀ TIÊM CORTICOID VÀO HÒM TAI TRONG ĐIỀU TRỊ ĐIẾC ĐỘT NGỘT

Nguyễn Thị Ngọc Mai¹, Đào Trung Dũng²

1. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

2. Khoa Tai mũi họng – Bệnh viện Bạch Mai, Bộ môn Tai mũi họng - Trường Đại Học Y Hà Nội.

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i66.158>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điếc đột ngột là nghe kém thần kinh giác quan cần được điều trị nội khoa cấp cứu. Mục tiêu của nghiên cứu này là tổng quan luận điểm về phương pháp tiêm corticoid vào hòm tai để điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Tìm kiếm các bài báo trên cơ sở dữ liệu điện tử Pubmed bằng từ khoá thích hợp trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** 119 bài báo được tìm thấy, 20 bài đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được lựa chọn. Ba loại corticoid được sử dụng là dexamethasone (4 mg/ml, 5 mg/ml, 10 mg/ml), methylprednisolone (40 mg/ml) và triamcinolone acetonide (40 mg/ml). Phương pháp gồm có tiêm ngay từ đầu (đơn độc hoặc phối hợp corticoid toàn thân) và cứu cánh. Trừ góc sau trên màng nhĩ, các vị trí khác đều có thể tiêm được thuốc vào hòm tai. Tần suất tiêm thường được áp dụng là 1 lần/ngày và 1 lần/2-4 ngày; 77,1% có thời gian tiêm trong vòng 2 tuần. Tiêm corticoid vào hòm tai từ đầu đơn độc, từ đầu phối hợp corticoid toàn thân và cứu cánh đều có kết quả khôi phục thính giác với tỷ lệ tương đương. Các khó chịu thường gặp nhất là đau tai, chóng mặt/choáng váng. **Kết luận:** Corticoid tiêm vào hòm tai vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả và áp dụng tốt trong cả phác đồ khởi đầu và cứu cánh.

Từ khoá: điếc đột ngột, tiêm corticoid vào hòm tai

INTRATYMPANIC CORTICOID INJECTION FOR SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS: A SCOPING REVIEW

SUMMARY

Background: Sudden sensorineural hearing loss (SSNHL) requires emergency medical treatment. This study aimed to review the use of intratympanic corticoid injection in the treatment of SSNHL. **Subjects and methods:** A literature search was conducted using Pubmed database from January 2018 to December 2023, using the appropriate keywords. **Results:** 119 articles were found, in which 20 articles met the inclusion and exclusion criteria were selected. Three types of corticoids used are dexamethasone (4 mg/ml, 5 mg/ml, 10

¹ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Ngọc Mai ; ĐT: 0398999655;

Email: nguyenthingocmai94ent@gmail.com

Nhận bài: 16/10/2024

Ngày nhận phản biện: 29/10 /2024

Ngày nhận phản hồi: 7/11/24

Ngày duyệt đăng: 15 /11/2024

mg/ml), methylprednisolone (40 mg/ml) and triamcinolone acetonide (40 mg/ml). Treatments included initial therapy (alone, or combined with systemic corticosteroids) and salvage. Except for the posterosuperior angle, other locations on the tympanic membrane can be used for injection. The commonly applied injection frequency was once a day, and once every 2-4 days; 77.1% had injection duration within 2 weeks. Initial intratympanic injection, alone or combined with systemic corticosteroids and salvage, all resulted in hearing improvement with similar rates. The most common discomforts were otalgia and dizziness/lightheadedness. **Conclusion:** Intratympanic corticoid injection is an effective treatment method, and is well applied in both initial and salvage regimens.

Keywords: sudden sensorineural hearing loss, intratympanic corticosteroid injection

1. Đặt vấn đề

Điếc đột ngột là tình trạng nghe kém thần kinh giác quan (nghe kém tiếp nhận) xảy ra đột ngột trong vòng 72h, biểu hiện bằng mất thính lực ít nhất 30dB trở lên ở 3 tần số liên tiếp.¹ Đa số diếc đột ngột không tìm thấy nguyên nhân nên những trường hợp này được gọi là diếc đột ngột vô căn.

Mặc dù khoảng 32 – 65% bệnh nhân bị diếc đột ngột có thể tự hồi phục, cho đến nay khuyến cáo thái độ xử trí với diếc đột ngột là điều trị cấp cứu nội khoa, trong đó corticoid là thuốc cơ bản nhất.¹ Liệu pháp corticoid toàn thân (tiêm, truyền tĩnh mạch hoặc uống) bắt đầu được sử dụng rộng rãi kể từ năm 1980 sau nghiên cứu của Wilson và cộng sự.² Tuy nhiên, trong gần 2 thập kỉ sau đó, nếu bệnh nhân không đạt được cải thiện với phác đồ corticoid toàn thân thì cũng không còn điều trị gì khác.

Vào năm 1996, Silvestein và cộng sự đã đề xuất tiêm corticoid vào hòm tai để điều trị diếc đột ngột sau khi nhận thấy có sự cải thiện thính lực ở một số bệnh nhân trong nhóm được thử nghiệm phương pháp này.³

Từ đó đến nay, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhằm tìm hiểu vai trò của phương pháp tiêm corticoid vào hòm tai để điều trị diếc đột ngột. Tuy nhiên hiện nay loại thuốc corticoid nào được sử dụng, thời điểm áp dụng phương pháp, đơn độc hay phối hợp với corticoid toàn thân, tần suất và thời gian tiêm, kết quả đạt được như thế nào vẫn là chủ đề được tranh luận. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu về phương pháp tiêm corticoid vào hòm tai để điều trị diếc đột ngột trong những năm gần đây để ứng dụng vào thực hành lâm sàng.

2. Đối tượng và phương pháp

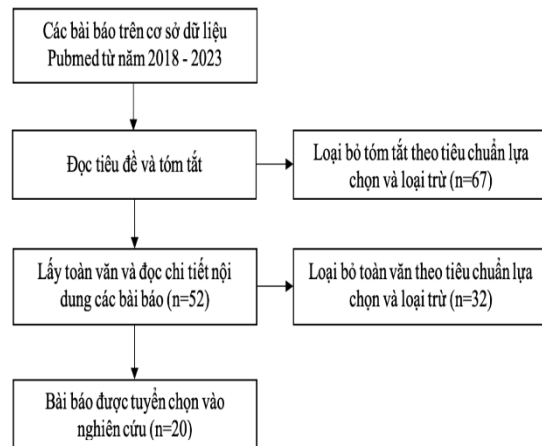
Đối tượng là các bài báo nghiên cứu về diếc đột ngột trong đó tiêm corticoid vào hòm tai là một trong những nội dung chính, đăng trên tạp chí có bình duyệt bằng tiếng Anh được công bố trong cơ sở dữ liệu điện tử Pubmed trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023. Tiêu chuẩn loại trừ là báo cáo ca lâm sàng, nghiên cứu trên động vật và không lấy được bài toàn văn. Từ khoá được sử dụng để tìm kiếm là ("idiopathic sudden sensorineural hearing loss" OR "sudden sensorineural hearing

loss") AND ("corticoid" OR "corticosteroid" OR "steroid" OR "dexamethasone") AND "intratympanic" AND "injection".

Các bài báo tìm thấy sẽ được hai nghiên cứu viên đọc kỹ về tiêu đề, tóm tắt và loại bỏ trùng lặp. Những bài báo đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sẽ được đọc toàn văn, phân tích theo bảng kiểm cho nghiên cứu tổng quan luận điểm (PRISMA-ScR Checklist), nếu phù hợp với mục tiêu sẽ được tuyển chọn vào nghiên cứu và quản lý bằng phần mềm mã nguồn mở Zotero 5.0. Thông tin được thu thập để đánh giá gồm có tác giả, năm công bố, quốc gia, thiết kế nghiên cứu, loại corticoid, liều dùng, cách thức tiêm, thời gian, tỷ lệ hồi phục thính lực sau khi điều trị, biến chứng và các khó chịu có thể gặp phải.

3. Kết quả

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023, có 119 bài báo được tìm thấy. Sau khi đọc tiêu đề và tóm tắt, 67 bài báo được loại bỏ do không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. 52 bài báo còn lại được đọc toàn văn, sau khi được đọc kỹ đã tiếp tục loại bỏ 32 nghiên cứu. Cuối cùng, tổng số 20 bài báo đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu (lưu đồ 1).



Lưu đồ 1. Sơ đồ tuyển chọn bài báo vào nghiên cứu.

Nghiên cứu của các tác giả đến từ Trung Quốc chiếm nhiều nhất (9 bài), sau đó là Áo (3 bài); Hàn Quốc, Ấn Độ (mỗi quốc gia 2 bài); Mỹ, Đài Loan, Đức, Ý (mỗi quốc gia 1 bài). Năm có nhiều công bố nhất là 2020 (7 bài); tiếp theo là năm 2018 (4 bài), năm 2021 (4 bài), 2019 và 2023 (mỗi năm 2 bài), năm 2022 (1 bài) (Bảng 1).

Thiết kế nghiên cứu chủ yếu là hồi cứu (13 bài, 65%), sau đó là thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (4 bài, 20%), tiến cứu (3 bài (15%). Trong các nghiên cứu, cỡ mẫu ít nhất là 6, nhiều nhất là 1055 bệnh nhân (Bảng 1).

Cỡ mẫu lớn nhất là 1055 bệnh nhân, nhỏ nhất là 6 bệnh nhân. Số nghiên cứu có cỡ mẫu từ 100 bệnh nhân trở lên có 7/20 (35%), từ 50-100 bệnh nhân có 8/20 (40%), dưới 50 bệnh nhân có 5/20 (25%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm các bài báo

| STT | Tác giả | Quốc gia | Năm công bố | Thiết kế nghiên cứu | Cỡ mẫu |
|-----|----------------|------------|-------------|------------------------------------|--------|
| 1 | Covelli E. | Ý | 2018 | Hồi cứu | 339 |
| 2 | Sugihara E.M. | Mỹ | 2018 | Hồi cứu | 70 |
| 3 | Fu Y. | Trung Quốc | 2018 | Tiến cứu | 6 |
| 4 | Jiang K.L | Trung Quốc | 2018 | Hồi cứu | 313 |
| 5 | Dahm V. | Áo | 2019 | Hồi cứu | 187 |
| 6 | Jia H.G. | Trung Quốc | 2019 | Hồi cứu | 212 |
| 7 | Lyu Y. | Trung Quốc | 2020 | Hồi cứu | 61 |
| 8 | Huang J. | Trung Quốc | 2020 | Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng | 98 |
| 9 | Tong B. | Trung Quốc | 2020 | Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng | 90 |
| 10 | Lyu Y.L. | Trung Quốc | 2020 | Hồi cứu | 11 |
| 11 | Sung H.K. | Hàn Quốc | 2020 | Hồi cứu | 51 |
| 12 | Kwak M.Y. | Hàn Quốc | 2020 | Hồi cứu | 75 |
| 13 | Roßberg W. | Đức | 2020 | Hồi cứu | 31 |
| 14 | Andrianakis A. | Áo | 2021 | Hồi cứu | 64 |
| 15 | Andrianakis A. | Áo | 2021 | Hồi cứu | 152 |
| 16 | Wang Y. | Trung Quốc | 2021 | Hồi cứu | 233 |
| 17 | Kanotra S. | Ấn Độ | 2021 | Tiến cứu | 52 |
| 18 | Khadav S. | Ấn Độ | 2022 | Tiến cứu | 45 |
| 19 | Lan W.C. | Đài Loan | 2023 | Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng | 44 |
| 20 | Xie W. | Trung Quốc | 2023 | Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng | 1055 |

20 nghiên cứu gồm 35 nhóm bệnh nhân, điều trị bằng tiêm corticoid vào hòm tai với 15/35 (42,8%) tiêm từ đầu và đơn độc, 12/35 (34,3%) tiêm từ đầu và phối hợp corticoid toàn thân; 8/35 (22,9%) cứu cánh. Loại thuốc được sử dụng nhiều nhất là Dexamethasone (24/35; 68,6%) với 3 loại nồng độ là 4 mg/ml (5/35; 14,3%), 5 mg/ml (15/35; 42,8%) và 10 mg/ml (4/35; 11,4%), tiếp theo là Triamcinolone (6/35; 17,1%) và Methylprednisolone 40 mg/ml (5/35; 14,3%). Vị trí tiêm góc trước trên là 6/35 (17,1%), trước dưới là 5/35 (14,3%), sau dưới là 10/35 (28,6%), không nêu rõ vị trí

chính xác là 14/35 (40%) (Bảng 2).

Thời gian tiêm trong vòng 2 tuần có 27/35 (77,1%) nhóm, từ > 14 ngày đến 60 ngày có 8/35 (22,9%) nhóm. Tần suất tiêm 1 lần/ngày chiếm tỷ lệ là 13/35 (37,1%), 1 lần mỗi 2-4 ngày là 11/35 (31,4%), còn lại là các tần suất dài hơn, trong đó dài nhất là 1 lần/30 ngày (Bảng 2).

Báo cáo kết quả với cải thiện hoàn toàn và một phần thính lực ở nhóm tiêm từ đầu đơn độc là 33,3-100%; nhóm tiêm từ đầu phối hợp corticoid toàn thân là 29,2-93,5% và nhóm cứu cánh là 21-86% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm phương pháp tiêm và kết quả điều trị

| STT | Tác giả | Cách áp dụng | Loại corticoid | Vị trí tiêm | Số lần | Hồi phục |
|-----|----------------|------------------|------------------|-----------------|---------------------------|----------|
| 1 | Covelli E. | Cứu cánh | Dex 4 mg/ml | Sau dưới | 3 lần trong 10 ngày | 58,6% |
| | | Từ đầu, đơn độc | Dex 10 mg/ml | N/A | 1 lần/1-4 ngày, ≥ 2 lần | 61,9% |
| 2 | Sugihara E.M. | Từ đầu, đơn độc | Dex 10 mg/ml | N/A | 1 lần/5-10 ngày, ≥ 2 lần | 58,6% |
| | | Từ đầu, đơn độc | Dex 10 mg/ml | N/A | 1 lần/11-30 ngày, ≥ 2 lần | 75% |
| 3 | Fu Y. | Từ đầu, đơn độc | Dex 5 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/ngày x 7 ngày | 100% |
| | | Từ đầu, đơn độc | Dex 5 mg/ml | Trước trên/dưới | 1 lần/ngày x 3 ngày | 50,6% |
| 4 | Jiang K.L. | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên/dưới | 1 lần/ngày x 3 ngày | 43,2% |
| | | Từ đầu, đơn độc | MP 40 mg/ml | Trước trên/dưới | 1 lần/ngày x 3 ngày | 70,4% |
| 5 | Dahm V. | Từ đầu, đơn độc | TA 40 mg/ml | N/A | 4 lần/7 ngày | 62,5% |
| | | Từ đầu, phối hợp | TA 40 mg/ml | N/A | 4 lần/7 ngày | 67% |
| 6 | Jia H.G. | Từ đầu, đơn độc | MP 40 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/ngày x 5 ngày | 64,4% |
| 7 | Lyu Y. | Từ đầu, đơn độc | MP 40 mg/ml | Trước/sau dưới | 1 lần/ngày x 4 ngày | 80% |
| | | Từ đầu, phối hợp | MP 40 mg/ml | Trước/sau dưới | 1 lần/ngày x 4 ngày | 93,5% |
| 8 | Huang J. | Từ đầu, đơn độc | Dex 5 mg/ml | N/A | 1 lần/ngày x 24 ngày | 88% |
| | | Cứu cánh | Dex 5 mg/ml | N/A | 1 lần/ngày x 12 ngày | 86% |
| 9 | Tong B. | Từ đầu, đơn độc | MP 40 mg/ml | Trước dưới | 1 lần/2 ngày x 5 lần | 70% |
| 10 | Lyu Y.L. | Từ đầu, đơn độc | Dex 2,5 mg/0,5ml | Trước/sau dưới | 1 lần/ngày x 4 ngày | 57,1% |
| 11 | Sung H.K. | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên | 1 lần/ngày x 4 ngày | 66,7% |
| | | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên | 1 lần/2-3 ngày x 4 lần | 66,7% |
| | | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên | 1 lần/ngày x 4 ngày | 60,9% |
| 12 | Kwak M.Y. | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên | 1 lần/2 ngày x 4 lần | 40,0% |
| | | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên | 1 lần/3 ngày x 4 lần | 53,9% |
| | | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước trên | 1 lần/4 ngày x 4 lần | 29,2% |
| 13 | Roßberg W. | Cứu cánh | TA 40 mg/ml | Trước dưới | 1 lần/tuần x 3 tuần | 21-33% |
| 14 | Andrianakis A. | Cứu cánh | TA 40 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/tuần x 3 tuần | 57,9% |
| 15 | Andrianakis A. | Cứu cánh | TA 40 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/tuần x 3 tuần | 58,1% |
| | | Cứu cánh | TA 40 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/2-4 ngày x 4 lần | 41,9% |
| 16 | Wang Y. | Từ đầu, đơn độc | Dex 10 mg/ml | N/A | 1 lần/ngày trong 6 ngày | 79,1% |
| 17 | Kanotra S. | Từ đầu, đơn độc | Dex 4 mg/ml | Sau dưới | 2 lần/tuần x 2 tuần | 62,5% |
| | | Cứu cánh | Dex 4 mg/ml | Sau dưới | 2 lần/tuần x 2 tuần | 80% |
| 18 | Khadav S. | Từ đầu, phối hợp | Dex 4 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/tuần x 4 tuần | 67,7% |
| | | Từ đầu, đơn độc | Dex 4 mg/ml | Sau dưới | 1 lần/tuần x 4 tuần | 33,3% |
| 19 | Lan W.C. | Từ đầu, phối hợp | Dex 5 mg/ml | Trước dưới | 3 lần/14 ngày | 67,7% |
| | | Cứu cánh | Dex 5 mg/ml | Trước dưới | 3 lần/14 ngày | 73,3% |
| 20 | Xie W. | Từ đầu, phối hợp | Dex 5mg/0,5ml | Trước dưới | 1 lần/2 ngày trong 8 ngày | 52,7% |

(Dex: Dexamethasone, MP: Methylprednisolone, TA: Triamcinolone, N/A: không có thông tin cụ thể)

Biến chứng và khó chịu được đề cập đến nhiều nhất là đau tai, chóng mặt/choáng váng (55% mỗi loại), tiếp đến là thủng màng nhĩ (35%), viêm tai giữa (20%), ù tai (10%). Các biến chứng và khó chịu khác có thể gặp phải là chảy máu tai, chấn thương ống tai ngoài, tê lưỡi hay nghe kém hơn trước khi điều trị (Bảng 3).

Bảng 3. Biến chứng và các khó chịu khác (N =20)

| STT | Biến chứng và các khó chịu khác | Số bài báo | % |
|-----|---------------------------------|------------|----|
| 1 | Đau tai | 11 | 55 |
| 2 | Chóng mặt/choáng váng | 11 | 55 |
| 3 | Thủng màng nhĩ | 7 | 35 |
| 4 | Viêm tai giữa | 4 | 20 |
| 5 | Ù tai | 2 | 10 |
| 6 | Chảy máu tai | 1 | 5 |
| 7 | Chấn thương ống tai ngoài | 1 | 5 |
| 8 | Nghe kém hơn | 1 | 5 |
| 9 | Tê lưỡi | 1 | 5 |

4. Bàn luận

Tất cả 20 bài báo đều đến từ các quốc gia có nền y học phát triển, trong đó 70% đến từ châu Á (Trung Quốc, Hàn Quốc, Ấn Độ, Đài Loan), 25% từ châu Âu (Ý, Đức, Áo), chỉ có 5% từ Mỹ. Thiết kế nghiên cứu gồm có ba loại là hồi cứu (65%), thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (20%) và tiền cứu (15%). Năm có nhiều công bố nhất là 2020, tương đương với số lượng bài trong giai đoạn 2018-2019 (6 bài) và 2021-2023 (7 bài) với cỡ mẫu rất khác nhau từ nhiều nhất là 1055 bệnh nhân đến ít nhất là 6 bệnh nhân, trong đó 40% là các nghiên cứu có cỡ mẫu từ 50-100 bệnh nhân.

Có 3 loại corticoid được sử dụng, trong đó nhiều nhất là dexamethasone, sau đó là triamcinolone acetonide và methylprednisolone. Lựa chọn loại corticoid nào để đưa vào hòm tai để điều trị vẫn còn là một chủ đề nhiều bàn luận. Hiệp hội Tai Mũi Họng và Phẫu thuật đầu cổ Hoa Kỳ khuyến cáo hai loại thuốc là dexamethasone và methylprednisolone.¹ Theo nghiên cứu của Parnes, hai thuốc nói trên đều có khả năng

khúc xạ tốt từ tai giữa vào tai trong, tuy nhiên methylprednisolone 40 mg/ml có khả năng thấm qua màng cửa sổ tròn tốt hơn, đạt nồng độ cao hơn, trong thời gian dài hơn ở ngoại dịch.⁶ Nghiên cứu của Si Y cho thấy methylprednisolone thấm qua cửa sổ tròn với tốc độ $0,784 \times 10^{-9} \text{ m}^2/\text{s}$, thời gian bán thải ở ngoại dịch trung bình là 27 phút, tốt hơn so với dexamethasone với các chỉ số tương ứng là $0,77 \times 10^{-9} \text{ m}^2/\text{s}$ và 22 phút, bên cạnh đó methylprednisolone còn có tham gia điều hoà vận chuyển và/hoặc tái hấp thu Na^+ là ion có vai trò quan trọng đối với hoạt động của ốc tai.⁷ Trái lại, nghiên cứu phân tích gộp của Jia Hui Ng và cộng sự cho thấy dexamethasone cho kết quả khôi phục thính lực tốt hơn methylprednisolone,⁹ do dexamethasone có nhiều lợi điểm như di chuyển nhanh từ tai giữa vào tai trong, chuyển thành dạng hoạt động và tồn tại ở các thụ thể glucocorticoid ở các vị trí như dây chằng xoắn, cơ quan Corti, hạch xoắn lên đến 24 giờ.¹⁰ Mặt khác, dexamethasone có sẵn dưới dạng dung dịch vô trùng, ổn định về mặt dược lý hơn methylprednisolone cần được pha chế từ bột vô trùng trước khi tiêm

cho bệnh nhân, đồng thời một số bệnh nhân có cảm giác khó chịu nóng rát ở tai hoặc cổ họng sau khi tiêm methylprednisolone. Nồng độ dexamethasone được sử dụng nhiều nhất là 5mg/ml sau đó là 4mg/ml và 10mg/ml. Trong những năm gần đây, triamcinolone acetonide 40 mg/ml cũng bắt đầu được sử dụng nhiều hơn vì có những đặc tính dược động học tốt như dễ dàng hấp thu vào tai trong, thời gian bán hủy kéo dài hơn dexamethasone trong ốc tai. Như vậy, trên lâm sàng có thể lựa chọn một trong ba loại corticoid nói trên để tiêm vào hòm nhĩ.

Thời điểm tiêm corticoid vào hòm tai gồm ngay từ đầu (đơn thuần và phối hợp corticoid toàn thân) và điều trị cứu cánh. Nghiên cứu cho thấy tiêm corticoid vào hòm tai đơn thuần hay phối hợp corticoid toàn thân từ đầu đều mang lại kết quả hồi phục thính lực tốt.¹ Đặc biệt, nếu bệnh nhân có bệnh nền như tăng huyết áp, tiểu đường chưa kiểm soát, glaucome, loét dạ dày, thần kinh dễ bị kích thích, lao ... không thể dùng được đường toàn thân thì tiêm corticoid đơn độc vào hòm tai là lựa chọn thay thế hiệu quả.⁶ Bên cạnh đó, ngay cả khi thất bại với phác đồ corticoid toàn thân khởi đầu, tiêm corticoid vào hòm tai cứu cánh cũng được áp dụng vì khả năng thuốc ngấm vào dịch tai trong cao hơn nhiều so với đường uống và tiêm truyền nên vẫn có thể giúp cải thiện thính lực.¹

Liệu trình tiêm trong vòng 2 tuần chiếm tỷ lệ 77,1%, tiêm từ > 14 ngày đến tối đa 60 ngày chiếm 22,9%. Như vậy, khoảng thời gian có thể áp dụng phương pháp này là

tương đối rộng. Tần suất tiêm dao động từ 1 lần/ngày đến 1 lần/30 ngày, trong đó được áp dụng nhiều nhất là 1 lần/ngày với tỷ lệ 37,1%. Việc quyết định tần suất tiêm cần căn cứ vào dược động học của thuốc ở tai trong và cân nhắc các biến chứng có thể xảy ra. Theo Yang, duy trì nồng độ thuốc cao ở tai trong sẽ đem lại hiệu quả điều trị lớn hơn, và cho đến nay không có bằng chứng về tổn thương do corticoid ở nồng độ cao ở tai trong, vì thế nồng độ dexamethasone và methylprednisolone trong ngoại dịch được duy trì trong tối đa 6 giờ gợi ý lịch dùng thuốc tiêm có thể lên đến 2 lần/ngày.⁸ Mặt khác, tần suất tiêm càng cao thì nguy cơ gây biến chứng và những khó chịu khác như đau tai, thủng màng nhĩ ... cũng như chi phí điều trị càng tăng. Để cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ, có khuyến cáo nên tiêm tối thiểu 4 lần trong vòng 2 tuần và số lần tiêm có thể điều chỉnh tăng lên hoặc giảm đi phụ thuộc vào đáp ứng của người bệnh.¹ Vấn đề này theo chúng tôi vẫn cần tiếp tục nghiên cứu để tìm ra tần suất tiêm tối ưu. Bên cạnh đó, vị trí tiêm để đưa thuốc vào hòm tai rất đa dạng như góc trước trên, trước dưới, sau dưới, thậm chí 40% các nghiên cứu không nêu cụ thể. Như vậy, có thể tiêm xuyên màng nhĩ ở vị trí nào thuận lợi cho thao tác và ít gây khó chịu nhất cho người bệnh, việc cần lưu ý là tư thế người bệnh sao cho cửa sổ tròn được hướng lên trên trong mặt phẳng nằm ngang, hạn chế nuốt và duy trì trong thời gian phù hợp (10-45 phút) nhằm tạo điều kiện thuận lợi nhất để thuốc có thể ngấm vào tai trong.⁸

Kết quả cải thiện thính lực (hoàn toàn

và một phần) ở nhóm tiêm vào hòm tai từ đầu phối hợp corticoid toàn thân là 29,2-93,5%, nhóm tiêm từ đầu đơn độc là 33,3-100%, nhóm tiêm cứu cánh là 21-86%. Mặc dù không có sự chênh lệch rõ rệt về hiệu quả điều trị giữa các nhóm, tuy nhiên nhóm điều trị corticoid ngay từ đầu có xu hướng hiệu quả phục hồi cao hơn so với điều trị cứu cánh, phù hợp với một trong những yếu tố tiên lượng trong điều trị điếc đột ngột là bệnh nhân đến sớm. Mặt khác, điều trị cứu cánh vẫn là phương pháp điều trị mang lại kết quả tốt, nhưng cần sự trao đổi kỹ lưỡng giữa bác sĩ và bệnh nhân về tiên lượng, lợi ích và nguy cơ để xác định tần suất và thời gian tiêm phù hợp.¹

Biến chứng và những khó chịu gặp phải trong và sau thủ thuật được ghi nhận nhiều nhất là đau tai, chóng mặt/ choáng váng, tiếp đến là thủng màng nhĩ và viêm tai giữa cấp/ mạn, ít gặp ù tai, chảy máu tai, chấn thương ống tai ngoài, nghe kém hơn và tê lưỡi. Hầu hết các biến chứng và khó chịu nói trên nhẹ và tự hết, một số trường hợp lỗ thủng màng nhĩ không liền phải can thiệp phẫu thuật.

5. Kết luận

Ba loại corticoid được sử dụng tiêm vào hòm tai là dexamethasone (4 mg/ml, 5 mg/ml, 10 mg/ml), methylprednisolone (40 mg/ml) và triamcinolone acetonide (40 mg/ml). Phương pháp gồm có tiêm ngay từ đầu (đơn độc hoặc phối hợp corticoid toàn thân) và cứu cánh. Trừ góc sau trên màng nhĩ, các vị trí khác đều có thể tiêm được thuốc vào hòm tai. Tần suất tiêm thường

được áp dụng là 1 lần/ngày và 1 lần/2-4 ngày, thời gian tiêm phần lớn là trong vòng 2 tuần. Cả ba cách áp dụng là tiêm từ đầu đơn độc, từ đầu phối hợp corticoid toàn thân và cứu cánh đều có kết quả khôi phục thính giác với tỷ lệ tương đương. Các khó chịu thường gặp nhất là đau tai, chóng mặt/choáng váng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). *Otolaryngol Neck Surg.* 2019; 161(1_suppl): S1-S45.
2. Spear SA, Schwartz SR. Intratympanic steroids for sudden sensorineural hearing loss: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145(4): 534-543.
3. Silverstein H, Choo D, Rosenberg SI, et al. Intratympanic steroid treatment of inner ear disease and tinnitus (preliminary report). *Ear Nose Throat J.* 1996;75(8): 468-471.
4. Wilson WR, Byl FM, Laird N. The Efficacy of Steroids in the Treatment of Idiopathic Sudden Hearing Loss: A Double-blind Clinical Study. *Arch Otolaryngol - Head Neck Surg.* 1980;106(12): 772-776.
5. Haynes D.S, Malley M.O, Cohen S, et al. "Intratympanic dexamethasone for Sudden Sensorineural Hearing Loss after Failure Systemic Therapy", *Laryngoscope*, 2007; (117), pp. 3-5.

6. Parnes LS et al. "Corticoid pharmacokinetics in the inner ear: an animal study followed by clinical application". *Laryngoscope*; 1999; 109: 1-17.
7. Si Y, Jiang HL, Chen YB, et al. Round Window Niche Drilling with Intratympanic Steroid Is a Salvage Therapy of Sudden Hearing Loss. *Audiol Neurootol*. 2018; 23(6):309-315.
8. Yang J, Wu H, Zhang P, et al. The pharmacokinetic profiles of dexamethasone and methylprednisolone concentration in perilymph and plasma following systemic and local administration. *Acta Otolaryngol*. 2008;128(5): 496-504.
9. Ng JH, Ho RC, Cheong CS, Ng A, Yuen HW, Ngo RY. Intratympanic steroids as a salvage treatment for sudden sensorineural hearing loss? A meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272:2777-2782
10. Koltsidopoulos P, et al. Intratympanic and systemic steroids for sudden hearing loss. *Otology & Neurotology*. 2013; 34: 771-776.