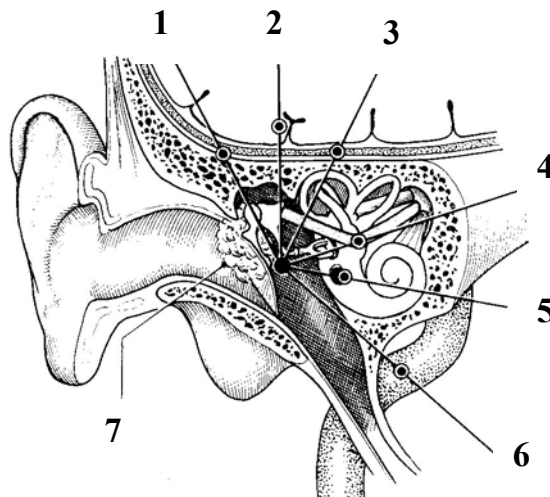


## Bài 13 BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI

### 1. Đại cương

- Biến chứng nội sọ do tai (BCNSDT) là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam. Gặp ở mọi lứa tuổi, cả trẻ em và người lớn.
- BCNSDT là một cấp cứu, thường gặp, tỷ lệ tử vong còn cao. Do vậy cần gọi đến chuyên khoa điều trị kịp thời.



**Hình 38: Các biến chứng nội sọ do tai (Legend)**

1. áp xe ngoài màng cứng; 2. áp xe não và tiểu não; 3. viêm màng não;  
4. liệt dây thần kinh VII; 5. viêm mê nhĩ; 6. viêm tắc tĩnh mạch bên; 7. cholesteatome.

- Các biến chứng chính gồm:

+ Biến chứng nội sọ như viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên, viêm não, áp xe đại và tiểu não

+ Biến chứng thần kinh: viêm mê nhĩ, liệt mặt ngoại biên (tổn thương dây VII)

Trong đó các biến chứng hay gặp là viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên, áp xe đại và tiểu não. ở Việt Nam, hơn 1/2 bệnh nhân thường có biến chứng phối hợp.

- Bệnh hay gặp ở thôn quê, nơi mức sống còn thấp, ý thức y tế kém, việc chăm sóc sức khỏe ban đầu chưa tốt.

- Thời gian hay gặp trong năm là lúc nóng bức, sức đề kháng của cơ thể kém.

- ở các nước phát triển và có trình độ y tế cao, biến chứng này rất hiếm, trên sách báo đôi lúc có nói qua còn trong lâm sàng thường không gặp.

### 2. Sơ lược giải phẫu và sinh lý tai

Xem bài viêm tai giữa cấp tính

### 3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

#### 3.1. Nguyên nhân

Biến chứng nội sọ do tai có thể gặp do viêm tai giữa cấp, viêm tai xương chũm cấp hoặc viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, đặc biệt là viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm có cholesteatome.

Vi khuẩn gây bệnh thường cùng loại với vi khuẩn gây chảy tai. nhưng cũng có khi có nhiều vi khuẩn bội nhiễm thêm vào. Vi khuẩn thường gặp là Pseudomonas, Staphylococcus, Protéus...

#### 3.2. Cơ chế bệnh sinh

Viêm nhiễm có thể xâm nhập vào nội sọ bằng nhiều cách:

- Qua ổ viêm xương ở trần thượng nhĩ bằng cách ăn mòn xương (đặc biệt trường hợp có cholesteatome)
- Qua ổ viêm mê nhĩ
- Qua ổ viêm ở tĩnh mạch bên
- Qua ổ viêm ở não
- Do chấn thương phẫu thuật

#### 4. Viêm màng não do tai (VMNDT)

Viêm màng não do tai là biến chứng thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ khoảng 40% các biến chứng nội sọ. Viêm màng não do tai có nhiều thể lâm sàng rất đa dạng, làm cho chẩn đoán gặp khó khăn và diễn biến phức tạp. Về giải phẫu bệnh lý: Khi viêm màng não khu trú thì từng lớp màng não bị viêm, khi viêm màng não toả lan thì toàn bộ khoảng dưới màng nhện bị viêm nhiễm xâm nhập gây sung huyết - phù nề hoặc thành mũ.

##### 4.1. Triệu chứng lâm sàng

##### 4.1.1. Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

##### 4.1.1.1. Toàn thân

Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng tương đối rõ: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co, giật, rối loạn tiêu hóa.

##### 4.1.1.2. Cơ năng

- Nghe kém tăng lên rõ rệt vì tổn thương cả đường khí và đường xương
- Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu
- Û tai và chóng mặt

##### 4.1.1.3. Thực thể

- Chảy mũ tai: thường xuyên hơn, thối hơn, có thể lẫn máu hoặc cholesteatome. Có khi chảy mũ ít, nhưng đau tai lại tăng lên và mùi thối bao giờ cũng tăng lên rõ rệt.
- Vùng chũm sau tai thường nề, đỏ, ấn có phản ứng đau rõ rệt
- Khám tai: Lỗ thủng sát khung xương, bờ nham nhỡ, có dấu sập góc sau trên rõ.

##### 4.1.2. Có hội chứng viêm màng não

##### 4.1.2.1. Cơ năng

Tam chứng màng não

- Nhức đầu: Có thể nhức khu trú vùng thái dương hoặc nửa đầu bên bệnh, cũng có thể nhức đầu dữ dội, liên tục và toả lan.
- Nôn mửa: Có thể chỉ nôn khan hoặc nôn ra cả thức ăn, nôn nhiều lần, nôn khi thay đổi tư thế
- Táo bón hoặc ở trẻ nhỏ là rối loạn tiêu hóa

##### 4.1.2.2. Thực thể

- Cổ cứng: Không cúi được đầu xuống thấp
- Kernig(+): BN nằm ngửa không đưa được hai chân lên thẳng góc với mặt giường
- Vạch màng não(+): Khi vạch nhẹ trên da bụng để lại các vết đỏ, tồn tại lâu
- Chọc dò nước não tủy (NNT): áp lực tăng, chảy nhanh và thành tia, khi xét nghiệm thấy có thay đổi về sinh hóa và tế bào. Khi soi và nuôi cấy, có thể thấy có vi khuẩn hoặc không có.
- Khám về thần kinh: Rối loạn cảm giác, rối loạn phản xạ, rối loạn tinh thần.

##### 4.2. Cần chú ý khi chẩn đoán

- Bệnh nhân thường đến với chúng ta vì hội chứng viêm màng não, nhưng cần phải khai thác và khám cẩn thận để chẩn đoán viêm màng não do tai.
- Cần khai thác: Có tiền sử chảy mủ tai không và xem có dấu hiệu hội viêm không (dấu hiệu có giá trị là ấn vùng chũm đau và sập góc sau trên)
- Cần chẩn đoán phân biệt với viêm màng não do lao, VMN do não mô cầu.

#### 4.3. Đặc điểm của viêm màng não do tai

- Có nguyên nhân ở tai
- Thường viêm theo đường tiếp cận nên có thể khu trú hay tỏa lan (nếu khu trú thì triệu chứng ở tai che lấp triệu chứng viêm màng não, nếu tỏa lan thì triệu chứng viêm màng não che lấp triệu chứng ở tai)
- Khi viêm màng não có triệu chứng rõ ràng và rầm rộ trên lâm sàng thì thường không phải là viêm màng não đơn thuần mà có thể che lấp một áp xe não ở đằng sau (Định luật Boriès: Lâm sàng thì xấu đi mà nước não tủy lại tốt lên)
- Viêm màng não do tai thường có nhiều thể : hữu trùng, vô trùng, sùng nước,...
- Là loại viêm màng não duy nhất phải điều trị ngoại khoa.

#### 5. Viêm tĩnh mạch bên do tai

Viêm tĩnh mạch bên do tai cũng là một biến chứng hay gặp trong các biến chứng nội sọ do tai, với tỷ lệ khoảng 35%. Viêm tĩnh mạch bên thường phối hợp với viêm màng não và dễ đưa đến áp xe tiểu não, áp xe phổi.

Về giải phẫu bệnh lý, Trong viêm tĩnh mạch bên do tai có thể gặp: viêm quanh tĩnh mạch, viêm thành tĩnh mạch, viêm trong tĩnh mạch hoặc viêm tắc tĩnh mạch.

##### 5.1. Triệu chứng lâm sàng

###### 5.1.1. Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hội viêm

###### 5.1.2. Có hội chứng nhiễm trùng huyết

- Sốt cao, rét run: số lần không cố định, đôi khi chỉ ớn lạnh và rùng mình.
- Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc: vẻ mặt bơ phờ, môi khô, lưỡi bẩn, nhịp thở nhanh và nông, mạch thường nhẹ và không đều.
- Thường kèm theo các triệu chứng của viêm màng não hoặc áp xe não.

##### 5.2. Cần chú ý khi chẩn đoán

- Bệnh nhân thường nhập viện với tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt cao, rét run, suy kiệt cơ thể.
- Xét nghiệm máu : Bạch cầu tăng cao, đa nhân trung tính cao
- Cần khai thác tiền sử chảy mủ tai.
- Xem có triệu chứng hội viêm không (chú ý phản ứng vùng chũm và tiếng kêu Lawrance: ấn vào bờ sau xương chũm, tương ứng với bờ trước tĩnh mạch bên: khi ấn bệnh nhân van đau)
- Khi viêm tắc TM bên cần làm nghiệm pháp Queckenstedt Stookey để chẩn đoán
- Ở Việt Nam, cần chẩn đoán phân biệt với sốt rét (không có triệu chứng hội viêm ở tai, xét nghiệm máu bạch cầu không tăng cao)
- Cần cảnh giác với các biến chứng phối hợp như viêm màng não, áp xe tiểu não.

#### 6. Áp xe não do tai

Áp xe não do tai chiếm gần 25% các biến chứng nội sọ do tai và chiếm tỷ lệ cao trong các áp xe não nói chung (>50%). Đây là một biến chứng nặng, dễ đưa đến tử vong, có thể gặp ở cả người lớn và trẻ em với tỷ lệ áp xe tiểu não gần bằng với áp xe đại não.

Quá trình hình thành áp xe thường gồm 3 giai đoạn: giai đoạn viêm não, giai đoạn hình thành áp xe và giai đoạn nang hoá quanh đám mũ hình thành vỏ bọc của áp xe.

### 6.1. Triệu chứng lâm sàng

6.1.1. Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

6.1.2. Có tam chứng Bergmann, biểu hiện bằng 3 hội chứng

6.1.2.1. Hội chứng nhiễm trùng

Sốt vừa hoặc cao, gầy sút

Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng và Neutrophile chiếm đa số.

6.1.2.2. Hội chứng tăng áp lực nội sọ

Tinh thần trì trệ, nhứt đầu, nôn mửa, mạch chậm

Soi đáy mắt thấy có phù gai thị, chọc dò nước não tủy thấy áp lực tăng.

6.1.2.3. Hội chứng thần kinh khu trú

- Với áp xe đại não: Liệt mặt, xuất hiện đối bên, sau đó là liệt nửa người đối bên. Đây là liệt kiểu trung ương hay bó tháp: có tăng phản xạ gân xương, Babinski (+). Mất ngôn ngữ kiểu Vernicke (aphasie de Vernicke): (bệnh nhân nói được nhưng quên tên của những vật dụng quen thuộc, mặc dù vẫn biết rõ vật đó dùng để làm gì và biết cách sử dụng). Con động kinh Bravais-Jackson (động kinh cơn nhỏ). Bán manh cùng bên do phù nề thùy chẩm (hemianopsie homonyme)

- Với áp xe tiểu não: Chóng mặt (vertige), động mắt tự phát (nystagmus spontané). giảm trương lực (hypotonie), quá tâm (hypermetrie), mất liên động (adiadococinésie), mất đồng vận (asynergie). Hiện tượng giữ nguyên tư thế (catalepsie cérébelleuse).

### 6.2. Chẩn đoán

6.2.1. Tiền sử chảy mũ tai kéo dài, có triệu chứng hồi viêm, phim Schuller

6.2.2. Tam chứng Bergmann: đối với thể điển hình

6.2.3. Cần chú ý

- >50% các loại áp xe não là do tai. Vì vậy trước một bệnh nhân nghi ngờ áp xe não phải hỏi tiền sử chảy mũ tai và khám TMH.

- Các triệu chứng của áp xe não do tai thường không điển hình hoặc không rõ rệt hoặc thoáng qua. Vì vậy cần phải theo dõi lâm sàng cẩn thận và chu đáo, phải khám đi khám lại nhiều lần mới bắt gặp được các triệu chứng.

6.2.4. Các xét nghiệm cận lâm sàng giúp cho chẩn đoán

- Chụp động mạch não (AG: arteriographie)

- Điện não đồ (EEG:électroencéphalographie)

- Siêu âm não (Echo-encéphalographie)

- Chụp não thất có cản quang

- Chụp động mạch đốt sống thân nền (arteriovetebrographie)

- CT Scanner (tomodensitométrie assistée par ordinateur, computerised tomography)

- Hình ảnh trở kháng từ (IRM: image résonance magnétique)

6.2.5. Cần chẩn đoán phân biệt: viêm màng não lao (củ lao), viêm não-màng não, u não...

### 6.3. Đặc điểm của áp xe não do tai

- Có bệnh tích ở tai

- Tuân theo định luật Korner: bệnh tích đi theo đường tiếp cận, thường có một ổ áp xe và thường ở nông.

- Triệu chứng thường bị che lấp vì kèm theo viêm màng não.

- Điều trị chủ yếu là dẫn lưu, hay để lại di chứng xơ

### 7. Tiến triển và biến chứng

Các biến chứng nội sọ do tai nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị tốt, bệnh sẽ tiến triển đến giai đoạn cuối cùng và gây tử vong vì nhiễm độc, nhiễm trùng, suy kiệt, hôn mê rồi chết vì tụt kẹt hạnh nhân tiểu não, vỡ áp xe vào não thất, vì các biến chứng ở xa như áp xe phổi, áp xe dưới cơ hoành...

### 8. Hướng điều trị

- Phẫu thuật tiết căn, bộc lộ rộng vùng có bệnh tích đến chỗ lạnh, giải quyết các bệnh tích cụ thể cho triệt để, dẫn lưu áp xe.

- Chống viêm nhiễm bằng kháng sinh liều cao và phối hợp, tiêm và truyền tĩnh mạch. Trong quá trình điều trị, tùy diễn tiến bệnh để dùng kháng sinh đủ mạnh và đủ liều.

- Chống phù não: tiêm tĩnh mạch các loại chống phù não và truyền tĩnh mạch các dung dịch ưu trương như glucose và manitol.

- Nâng cao thể trạng qua sonde dạ dày và đường tĩnh mạch.

### 9. Phòng bệnh

- Không nên nhét gì vào tai làm tắc dẫn lưu (viên thuốc nén, sáp, phèn chua,...)

- Khi chảy tai kéo dài và hôi, có cholesteatom nên đi mổ sớm.

- Khi có các triệu chứng nguy hiểm: chảy tai, hôi, sốt, nôn mửa, cứng gáy, mệt mỏi bơ phờ, suy kiệt, co giật,...nên đến ngay cơ sở chuyên khoa khám để được điều trị sớm.

- Điều trị đúng và kịp thời viêm tai giữa là biện pháp phòng bệnh tốt nhất.

- Giải thích, tuyên truyền vấn đề phòng bệnh trong cộng đồng. Phát hiện bệnh sớm, khuyến khích bệnh nhân điều trị đúng chuyên khoa, quản lý và theo dõi tốt.

### 10. Kết luận

Ở các nước phát triển đây là loại bệnh lý hiếm gặp, trái lại ở nước ta biến chứng nội sọ do tai còn phổ biến. Mặc dù trong những năm gần đây, dân trí và mức sống đã tăng lên nhiều nhưng biến chứng nội sọ do tai vẫn còn nhiều. Đây là một biến chứng nặng, hay gặp ở tuổi trẻ, dù có nhiều tiến bộ về kỹ thuật chẩn đoán và thuốc kháng sinh mới, mạnh... vẫn còn rất khó khăn, tỷ lệ tử vong còn cao. Đây là điều còn đặt ra cho thầy thuốc và ngành TMH nhiều suy nghĩ, nhất là trong vấn đề phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu.