

at concentrations down to 1 microgram/kg. Food Addit Contam, vol. 6, pp. 341-9.

5. **Đặng Hoàng Giang San (2015)**, Đánh giá hiện trạng và đề xuất giải pháp kiểm soát kim loại nặng trong môi trường và nguyên liệu tôm thẻ chân trắng (*Litopenaeus vannamei*) nuôi tại Khánh Hòa, Đại học Nha Trang Khánh Hòa.
6. **Trần Cao Sơn (2010)**, Thăm định phương pháp trong phân tích hóa học và vi sinh vật, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật Hà Nội.

7. **Phạm Xuân Dục (2019)**, Nghiên cứu xác định hàm lượng cadimi và chì trong một số loại rau xanh tại huyện Lâm Thao-tỉnh Phú Thọ bằng phương pháp phổ hấp thụ nguyên tử ngọn lửa (F-AAS). Trường Đại học Bách Khoa Hà Nội.

8. **Đỗ Quỳnh Hương (2019)**, Nghiên cứu xác định tồn dư kim loại nặng trong tôm nguyên liệu, Đại Học Công Nghiệp Thực Phẩm Thành Phố Hồ Chí Minh.

## TỔNG QUAN CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU TRONG BỆNH LÝ MÉNIÈRE

**Đặng Xuân Vinh<sup>1</sup>, Chu Thị Hồng<sup>1</sup>,  
Khiếu Hữu Thanh<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thị Tố Uyên<sup>2</sup>**

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tổng quan các phương pháp điều trị ban đầu trong bệnh lý Ménière.

**Phương pháp:** Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, thư viện đại học y Hà Nội và tìm kiếm thủ công (từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2021). Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về phương pháp điều trị ban đầu trong điều trị bệnh Ménière.

**Kết quả:** Có 255 bài báo từ các từ khóa tìm kiếm mang lại 6 bài báo phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn. 6 bài báo liên quan 215 bệnh nhân với 7 phương pháp điều trị ban đầu khác nhau bao gồm: hạn chế sử dụng muối hàng ngày, sử dụng thuốc betahistine, thuốc lợi niệu, truyền glycerol, tăng yếu tố kháng tiết (AF), giảm hormon căng thẳng vasopressin và phản hồi sinh học Tetrax. Chúng tôi đã tiến hành phân tích về đặc điểm của các phương pháp và hiệu quả điều trị của các phương pháp trên.

**Kết luận:** Các phương pháp: uống betahistin, uống thuốc lợi niệu, truyền glycerol, tăng yếu tố kháng tiết (AF), giảm hormon căng thẳng vasopressin và phản hồi sinh học Tetrax đều mang

lại hiệu quả trong kiểm soát tình trạng chóng mặt ngoại trừ biện pháp giảm lượng muối ăn hàng ngày là không ghi nhận sự cải thiện trong điều trị bệnh lý Ménière. Thính lực sau điều trị không có sự thay đổi đáng kể ở các phương pháp. Tình trạng ù tai và điểm chất lượng cuộc sống có ghi nhận sự cải thiện ở các phương pháp uống thuốc lợi niệu, truyền glycerol và tăng yếu tố kháng tiết (AF).

**Từ khóa:** Bệnh Ménière, Betahistine, Diuretic, Dietary Restriction, Glycerol, vasopressin. Antisecretory Factor (AF).

### ABSTRACT

### OVERVIEW OF FIRST LINE TREATMENT FOR MÉNIÈRE DISEASE

**Objectives:** Overview of first line treatment for Ménière disease.

**Methods:** A scoping review for Ménière disease using databases from Pubmed website, Hanoi Medical University Library and manual search (January 2016 to December 2021).

**Result:** we found 255 articles in the search terms, which adds up to 6 articles that met the selection criteria. Six articles were published on 215 patients with seven different initial treatments including: salt restriction, use of betahistine, diuretics, glycerol injection, antisecretory factor, reduction of the stress hormone vasopressin, and Tetrax biofeedback. We have analyzed the characteristics of the methods and the effectiveness of the above methods.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trường Đại học Y Hà Nội

\* Chịu trách nhiệm chính: Đặng Xuân Vinh

Email: vinhk37d@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/10/2022

Ngày phản biện: 19/10/2022

Ngày duyệt bài: 23/10/2022

**Conclusion:** Methods oral betahistine, oral diuretic, glycerol infusion, antisecretory factor (AF) increase, vasopressin stress hormone reduction, and Tetrax biofeedback are all effective in controlling vertigo except can. The intervention to reduce daily salt intake did not record any improvement. Hearing after treatment did not change significantly in the methods. Tinnitus condition and quality of life improved markedly with oral diuretics, glycerol infusion and increased antisecretory factor (AF).

**Keywords:** *Ménière disease (MD), Betahistine, Diuretic, Dietary Restriction, Glycerol, vasopressin, Antisecretory Factor (AF).*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Ménière là một bệnh mạn tính gây ra những rối loạn tai trong được đặc trưng bởi những cơn chóng mặt ngất quặng, thính lực dao động, kèm theo ù tai và đầy nặng trong tai. Căn nguyên của bệnh cho đến nay được giải thích là do tình trạng sưng nước trong mê nhĩ.<sup>1</sup>during, or after one of the episodes of vertigo. It also presents with fluctuating aural symptoms (hearing loss, tinnitus, or ear fullness Bệnh Ménière không nguy hiểm tới tính mạng nhưng gây ra nhiều vấn đề ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Việc kiểm soát được tình trạng chóng mặt đồng thời vẫn đảm bảo phục hồi thính giác, cải thiện tình trạng ù tai và đầy tai cho bệnh nhân thực sự vẫn còn là một thách thức. Điều trị bệnh Ménière hiện nay có nhiều phương pháp khác nhau và mục đích chính là giảm được tình trạng phù nội dịch của bệnh nhân từ đó các triệu chứng của bệnh sẽ được kiểm soát. Các phương pháp điều trị ban đầu không chỉ được coi là bước can thiệp đầu tiên trong việc kiểm soát, cải thiện triệu chứng bệnh mà nó còn được sử dụng duy trì làm chậm sự tiến triển của bệnh và còn hỗ trợ cho các phương pháp điều trị khác. Những nghiên cứu lâm sàng về điều trị và quản lý

bệnh Ménière ở nước ta hiện chưa có nhiều. Để có một góc nhìn rõ hơn về đặc điểm và hiệu quả điều trị của các phương pháp điều trị ban đầu chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tổng quan các phương pháp điều trị ban đầu trong bệnh Ménière.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Các nghiên cứu thuần tập hồi cứu hoặc tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng về phương pháp điều trị ban đầu trong điều trị bệnh Ménière. Các nghiên cứu có bản toàn văn bằng tiếng việt hoặc tiếng anh xuất bản từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2021. Tiêu chí loại trừ là nghiên cứu không đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn, các báo cáo ca bệnh, các bài báo, báo cáo thử nghiệm lâm sàng trên động vật.

### 2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu

Tìm kiếm có hệ thống được thực hiện bởi 2 tác giả, dữ liệu được thu thập từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2021. Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến: Pudmed với từ khóa "(Ménière's disease OR Ménière) AND (Betahistine OR Diuretic OR Dietary Restriction OR Glycerol)". Ở trang Thư viện Đại học Y Hà Nội với từ khóa "Điều trị bệnh Ménière". Bài báo được chọn lọc, quản lý tài liệu và trích xuất dữ liệu.

Các nghiên cứu được đọc cẩn thận tiêu đề và tóm tắt theo tiêu chí lựa chọn. Các nghiên cứu toàn văn được đọc chi tiết, đối chiếu với tiêu chí lựa chọn và loại trừ để chọn ra các nghiên cứu phù hợp và trích xuất dữ liệu bao gồm: mô tả phương pháp điều trị ban đầu về loại thuốc, số lần tiêm, liều lượng thuốc và hiệu quả về kiểm soát chóng mặt, tình trạng thính lực, ù tai và đầy tai.

Các nghiên cứu lựa chọn được quản lý bằng phần mềm zotero 5.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Kết quả tìm kiếm

Trong quá trình tìm kiếm bằng từ khóa chúng tôi tìm thấy 255 bài báo từ nguồn dữ liệu Pubmed, không có bài từ thư viện đại học Y Hà Nội. Sau khi đọc tiêu đề và tóm tắt thì có 65 bài báo đáp ứng đủ tiêu chí để tiến hành đọc toàn văn bài báo. Cuối cùng dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thì chúng tôi chọn được 6 bài báo đưa vào phân tích. Trong 6 bài báo chúng tôi tìm thấy 7 phương pháp: giảm lượng muối hàng ngày, uống betahistin, thuốc lợi niệu, truyền glycerol, tăng yếu tố kháng tiết, giảm hocmon căng thẳng, phục hồi chức năng tiền đình.

### 3.2. Mô tả các phương pháp và hiệu quả điều trị

**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong các nghiên cứu**

| Nghiên cứu            | Tiêu chuẩn lựa chọn           | Tuổi<br>Trung bình<br>Khoảng tuổi | Giới<br>(Nữ %) | PTA<br>(db) |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| Adrion <sup>2</sup>   | Theo AAO – HNS 1995 MD 1 bên  | 55.7 (21 – 80)                    | 52.3           | N/A         |
| Kitahara <sup>3</sup> | Theo AAO – HNS 1995. MD 1 bên | 50.2                              | 63             | 48.7        |
| Acharya <sup>4</sup>  | Theo AAO – HNS 1995 MD 1 bên  | 47,86                             | 52.6           | N/A         |
| J L Liu <sup>5</sup>  | Theo AAO – HNS 1995 MD 1 bên  | 52.8                              | 57.4           | N/A         |
| Scarpa <sup>6</sup>   | Theo Barany MD 1 bên xác định | 60 (38 – 78)                      | 57.5           | 47.7        |
| Viola <sup>7</sup>    | Theo Barany MD 1 bên xác định | 52.8                              | 73             | 49.1        |

**Nhận xét:** Các nghiên cứu lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chí của AAO-HNS. Trong đó 4 nghiên cứu chọn theo AAO-HNS 1995, 2 nghiên cứu theo hiệp hội Barany 1915. Bệnh nhân trong nghiên cứu đều là bệnh Ménière một bên... Tuổi trung bình hay gặp trong khoảng 50- 60 tuổi, với tỷ lệ nữ giới chiếm tỷ lệ cao, có nghiên cứu chiếm đến 73%. Mức PTA trung bình của bệnh nhân ở các nghiên cứu thường gặp ở mức 48 db.

**Bảng 2: Đặc điểm các phương pháp điều trị trong nghiên cứu**

| Phương pháp                   | Tác giả                | Cách thức tiến hành                                                                                                                     | Thời gian |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Giảm lượng muối               | Acharya <sup>4</sup>   | Lượng muối ăn vào hàng ngày < 1500 mg                                                                                                   | 6 tuần    |
| Betahistin                    | Adrion <sup>2</sup>    | 24mg X 2 lần/ngày = 48 mg/ngày<br>48mg X 3 lần/ngày = 144 mg/ ngày                                                                      | 9 tháng   |
|                               | Acharya <sup>4</sup>   | 24mg X 1 lần trước khi đi ngủ = 24 mg/ngày                                                                                              | 6 tuần    |
|                               | J L Liu <sup>5</sup>   | 12mg X 3 lần/ngày = 36 mg/ngày                                                                                                          | 4 tuần    |
| Thuốc lợi niệu                | Acharya <sup>4</sup>   | Uống 01V amiloride 5 mg + 1V furosemide 40 mg mỗi sáng                                                                                  | 6 tuần    |
| Truyền Glycerol               | Scarpa <sup>6</sup>    | Glycerol 10% với 0,9% NaCl, 0,5g /kg ml. Ngày 1 lần trong 2 ngày liên tiếp, sau 15 ngày trong vòng sáu tháng. Tốc độ truyền 200 ml / h. | 6 tháng   |
|                               | Viola <sup>7</sup>     | Glycerol 10% 250 ml/ngày, truyền 200 ml/h + dexamethasone 4mg/ml pha 100 ml NaCl 0,9% truyền 1 lần/ngày/3 ngày liên tục/ tháng.         | 12 tháng  |
| Tăng yếu tố kháng tiết        | Viola <sup>7</sup>     | Dùng loại ngũ cốc đặc biệt 2 lần/ngày, liều 1g/kg trọng lượng cơ thể/ngày.                                                              | 12 tháng  |
| Điều chỉnh hormon vasopressin | Kitahara <sup>3a</sup> | Uống lượng nước 35 ml/ kg/ ngày                                                                                                         | 24 tháng  |
|                               |                        | Chế độ ngủ trong bóng tối (phòng thiếu ánh sáng dưới 0,1 lux 6-7h/đêm)                                                                  | 24 tháng  |
|                               |                        | Đặt ống thông khí                                                                                                                       |           |
| Phản hồi sinh học Tetrax      | J L Liu <sup>5</sup>   | Phục hồi chức năng tiền đình trong 30 phút/ngày dưới sự giám sát của bác sỹ vật lý liệu                                                 | 1 tháng   |

**Nhận xét:** Nghiên cứu của Acharya, bệnh nhân được duy trì lượng muối (1500 mg /ngày) trong chế độ ăn. Betahistine hàng ngày được dùng thấp nhất là 24mg/ngày và nhiều nhất là 144mg/ngày

**Bảng 3: Kết quả của các phương pháp sau điều trị**

| Phương pháp                   | Tác giả               | Chóng mặt                                                                                                                          | Thính lực/ù tai/ đầy tai/khác                                                                                                                                             |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Giảm lượng muối               | Acharya <sup>4</sup>  | Không có thay đổi trước sau điều trị                                                                                               | Thính lực không đổi                                                                                                                                                       |
| Betahistin                    | Adrion <sup>2</sup>   | Có giảm chóng mặt ở 2 nhóm và không có sự khác biệt giữa chúng                                                                     | Thính lực không đổi                                                                                                                                                       |
|                               | Acharya <sup>4</sup>  | Có cải thiện                                                                                                                       | Thính lực không đổi                                                                                                                                                       |
|                               | J L Liu <sup>5</sup>  | Có cải thiện                                                                                                                       | N/A                                                                                                                                                                       |
| Thuốc lợi niệu                | Acharya <sup>4</sup>  | Cải thiện đáng kể                                                                                                                  | Tình trạng ù tai có cải thiện rõ rệt                                                                                                                                      |
| Truyền Glycerol               | Scarpa <sup>6</sup>   | Sau 6 tháng có cải thiện đáng kể                                                                                                   | Thính lực không đổi<br>Ù tai cải thiện nhẹ<br>Chất lượng cuộc sống cải thiện                                                                                              |
|                               | Viola <sup>7</sup>    | Có cải thiện                                                                                                                       | Thính lực không đổi<br>Ù tai cải thiện nhẹ<br>Chất lượng cuộc sống cải thiện                                                                                              |
| Tăng yếu tố kháng tiết        | Viola <sup>7</sup>    | Cải thiện rõ rệt sau 24 tháng                                                                                                      | Thính lực không đổi<br>Ù tai cải thiện rõ rệt<br>Chất lượng cuộc sống cải thiện rõ                                                                                        |
| Điều chỉnh hormon vasopressin | Kitahara <sup>3</sup> | Sau 2 năm: BN giảm cơn 54,3%, 81,4%, 84,1%, 80,0% tương ứng GI <G-II=G-III = G-IV (p <0,05)                                        | Sau 2 năm thính lực: cải thiện 7,1% BN ở nhóm I, 35,7% nhóm II, 34,9% nhóm III và 31,7% ở nhóm IV. (p <0,05).<br>Nồng độ Vasopressin trong máu giảm ở nhóm II, III và IV. |
|                               |                       | GI: Chỉ dùng thuốc<br>GII: thuốc + lượng nước 35 ml/ kg/ ngày<br>G III: thuốc + đặt ÔTK<br>G IV: thuốc + Chế độ ngủ trong bóng tối |                                                                                                                                                                           |
| Phản hồi sinh học Tetrax      | J L Liu <sup>5</sup>  | Cải thiện đáng kể                                                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                       |

**Nhận xét:** Đa phần các phương pháp điều trị được sử dụng đều mang lại hiệu quả trong việc kiểm soát tình trạng chóng mặt trừ biện pháp điều chỉnh giảm lượng muối ăn vào hàng ngày. Tình trạng thính lực sau điều trị không có sự thay đổi đáng kể ở các nghiên cứu..

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh Ménière có ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày do các triệu chứng mà nó gây ra, vì vậy mục tiêu chính của điều trị là giảm số cơn, mức độ nghiêm trọng của chóng mặt và cải thiện các triệu chứng về thính giác. Có nhiều phương pháp điều trị trong đó hạn chế muối được đề cập là một trong những điều trị y tế đầu tiên. Nghiên cứu Luxford đã tìm thấy sự cải thiện về số lượng và mức độ nghiêm trọng của chóng mặt khi thay đổi chế độ ăn uống. Kết quả có lợi của việc hạn chế natri trong chế độ ăn cũng đã được Sheahan ghi nhận. tuy nhiên trong nghiên cứu

của Acharya không tìm thấy lợi ích của việc hạn chế muối về cải thiện thính giác, tình trạng chóng mặt và ù tai. Việc hạn chế muối trong chế độ ăn uống rất thay đổi và còn phụ thuộc vào sự tuân thủ của bệnh nhân.

Betahistine trong nhiều năm đã được sử dụng rộng rãi trên khắp thế giới để điều trị chóng mặt, bao gồm cả bệnh Ménière. Betastine không có sự chấp thuận của Cục quản lý thực phẩm và Dược phẩm ở Mỹ, nhưng được sử dụng rộng rãi ở Châu Âu, Nhật Bản và Úc. Trong tổng quan của chúng tôi nghiên cứu của Adrion liều betahistine chia làm 2 nhóm,

liều thấp với 24mg X 2lần/ngày và liều cao với 48mg X 3 lần/ngày, thời gian dùng là 9 tháng. Nghiên cứu của Acharya được uống 01V 24mg trước ngủ trong 6 tuần. Nghiên cứu của Liu betahistine được dùng 12mg X 3 lần/ngày trong 1tháng. Trong nhiều thập kỷ có nhiều ý kiến khác nhau về tác dụng của betahistine đối với bệnh Ménière. Tổng quan của Cochrane từ năm 2001, dựa trên một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng không tìm thấy tác dụng của betahistine trong điều trị bệnh nhân mắc bệnh Ménière. Trong tổng quan của chúng tôi, chúng tôi cũng ghi nhận nghiên cứu của Arion không tìm thấy tác dụng điều trị của betahistine so với giả dược. Nghiên cứu này là một nghiên cứu đa trung tâm được thực hiện tốt về mặt phương pháp với nguy cơ sai lệch thấp. Tuy nhiên trong 2 nghiên cứu nhỏ của Liu và Acharya ghi nhận sự giảm đáng kể số lượng các cơn chóng mặt nhưng mức độ nghiêm trọng của các cơn không có sự thay đổi trước và sau điều trị. Mặc dù còn thiếu những bằng chứng tin cậy, betahistine vẫn thường được khuyến dùng như một điều trị ban đầu cho bệnh nhân mắc Ménière. Bài báo về đồng thuận quốc tế gần đây cũng như bài báo về lập trường của châu Âu đều khuyến nghị sử dụng betahistine như một cách thức tiến hành ban đầu. Rõ ràng trong tương lai vẫn cần những nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng chất lượng để làm rõ hơn hiệu quả của betahistine.

Thuốc lợi tiểu đã được nhiều nghiên cứu đề cập là có hiệu quả trong điều trị bệnh Ménière Qua nghiên cứu của Acharya thấy rằng thuốc lợi tiểu có hiệu quả trong việc giảm đáng kể số lượng và mức độ nghiêm trọng của chóng mặt và ù tai nhưng không có hiệu quả trong việc cải thiện kết quả thính giác. Do đó, thuốc lợi tiểu có thể có hiệu quả trong việc kiểm soát các triệu chứng của bệnh Ménière bởi cơ chế về việc giảm áp suất nội dịch.

Từ trước tới nay glycerol được sử dụng rộng rãi trong xét nghiệm góp phần chẩn đoán bệnh Ménière và có ít các nghiên cứu về tác dụng glycerol tiềm mạch trong điều trị bệnh Ménière. Trong nghiên cứu của Pasquale Viola, glycerol truyền tĩnh mạch được sử dụng có tác dụng kém hơn so với nhóm làm tăng yếu tố kháng tiết ngoại sinh (AF) trong khả năng kiểm soát chóng mặt và ù tai. Trong nghiên cứu Alfonso Scarpa với phác đồ một lần/ngày trong 2 ngày liên tiếp sau 15 ngày trong sáu tháng) so với nghiên cứu Pasquale Viola (3 ngày liên tục mỗi tháng trong 12 tháng) và điều chỉnh theo trọng lượng bệnh nhân. Nghiên cứu Alfonso Scarpa thấy sự cải thiện các đợt chóng mặt từ 3,2 còn 1,2/tháng sau điều trị và đạt 62,5% kiểm soát chóng mặt loại B. Điểm THI giảm đáng kể sau điều trị cho thấy sự cải thiện chủ quan của chứng ù tai cũng như sự cải

thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân MD. Tuy nhiên Glycerol truyền cũng có một số tác dụng phụ với chức năng thận, gan và cân bằng điện giải. Hơn nữa, sử dụng glycerol có thể làm tăng đường huyết và khi đường huyết tăng có thể làm tổn thương cơ quan tiền đình ngoại vi. Vì những lý do trên, chúng ta nên thực hiện xét nghiệm máu hàng tháng trong quá trình điều trị.

Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu tập trung vào khả năng cân bằng nội môi của chất lỏng và ion trong tai trong, điều này có thể đóng một vai trò trong cơ chế bệnh sinh của bệnh Ménière. Dựa trên cơ sở này, một số nghiên cứu đã đánh giá những tác động của việc tăng yếu tố chống bài tiết (AF) trong điều trị bệnh Ménière. Yếu tố chống bài tiết (AF) là một protein được sản xuất chủ yếu trong tuyến yên để phản ứng với nhiễm trùng. Ban đầu nó được phân lập vì khả năng ức chế trong điều trị tiêu chảy. Hoạt động của (AF) tự sinh tăng lên sau khi tiếp xúc với độc tố của vi khuẩn và kết hợp với hệ thống miễn dịch đóng một vai trò trong việc bảo vệ chống lại các thành phần viêm và bài tiết của bệnh. Các nghiên cứu đã đưa ra rằng yếu tố chống bài tiết (AF) có thể hoạt động như một hệ thống điều biến nước và ion bằng cách điều chỉnh cân bằng nội môi và hoạt động của (AF) cũng có thể được tăng lên bằng cách ăn ngũ cốc chế biến đặc biệt (SPC) được tối ưu hóa để tăng nồng độ (AF) nội sinh trong huyết tương. Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng việc sử dụng tăng yếu tố chống bài tiết (AF) trong điều trị bệnh Ménière làm giảm tình trạng chóng mặt, mức độ nghiêm trọng của bệnh, ổn định hoặc được cải thiện chất lượng cuộc sống, tuy nhiên không có tác động nào đến ngưỡng nghe. Nghiên cứu với số lượng bệnh nhân còn nhỏ và chỉ ở những bệnh nhân mắc Ménière một bên vì vậy cần có những nghiên cứu tiền cứu lớn hơn với các nhánh kiểm soát tốt hơn để xác nhận các kết quả sơ bộ này.

Phản hồi sinh học là một kỹ thuật mà các nhà trị liệu vật lý sử dụng để đánh giá và kiểm soát các chức năng khác nhau của cơ thể. Khi bệnh nhân tham gia vào điều trị phản hồi sinh học, họ được kết nối với các cảm biến điện thông qua một phần mềm. Các cảm biến này giúp cung cấp thông tin hữu ích về cơ thể. Thông tin nhận được từ các cảm biến, bác sĩ vật lý trị liệu có thể giúp bệnh nhân thực hiện những thay đổi tinh tế đối với cơ thể để giảm đau và cải thiện chức năng. Phục hồi chức năng tiền đình (phản hồi sinh học Tetrax) hoạt động bằng cách sử dụng hệ thống Tetrax (BeamMed Petach Tikva, Israel) dưới sự giám sát của nhà trị liệu vật lý. Thời gian điều trị với 30 phút mỗi ngày, trong thời gian kéo dài trong 1 tháng. Trong nghiên cứu của Liu tình

trạng chóng mặt được giảm đáng kể và còn giảm tốt hơn đáng kể so với nhóm đối chứng sử dụng betahistine trong nghiên cứu. Hạn chế của nghiên cứu là thời gian nghiên cứu ngắn chưa đánh giá được tác dụng lâu dài vì vậy cần những nghiên cứu lớn hơn. Kết quả của nghiên cứu này cũng gợi ý cho chúng ta thêm một biện pháp can thiệp khác giúp kiểm soát cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mắc bệnh Ménière.

Bệnh Ménière thường khởi phát bởi nhiều nguyên nhân khác nhau như di truyền, nhiễm trùng, mạch máu, chế độ ăn uống, dị ứng .... và một nguyên nhân đang được quan tâm nhiều trong những năm gần đây đó là vấn đề căng thẳng. Căn bệnh được cho là do căng thẳng về tinh thần và thể chất gây ra do những tác động của cuộc sống, công việc và xã hội phức tạp. Nhiều khuyến cáo dành cho bệnh nhân nên dành thời gian thích hợp để kiểm soát căng thẳng, tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân rất khó thực hiện điều trị tâm lý lâu dài hoặc có những thay đổi trong cuộc sống và công việc để giảm bớt căng thẳng trong cuộc sống hàng ngày. Các nghiên cứu gần đây cho thấy nồng độ trong huyết tương của hormone stress vasopressin cao hơn đáng kể ở bệnh nhân Ménière. Sự gia tăng gây ra bởi căng thẳng và sự kích hoạt sau đó có thể làm cơ sở cho cơ chế bệnh sinh phù nội dịch tai trong của bệnh Ménière. Kết quả của nghiên cứu Kitahara trên những thử nghiệm này cho thấy rằng các biện pháp can thiệp để giảm tiết vasopressin bằng cách uống nhiều nước, đặt ống thông khí màng nhĩ và ngủ trong bóng tối là khả thi trong điều trị, mặc dù những phương pháp này không làm thay đổi mức độ căng thẳng tinh thần đã được báo cáo. Nghiên cứu thử nghiệm này cung cấp một cơ sở khoa học cho việc đưa ra chiến lược điều trị mới trong quản lý sự bài tiết vasopressin đối với tình trạng ứ dịch tai trong liên quan đến căng thẳng.

## V. KẾT LUẬN

Các phương pháp uống betahistin, uống thuốc lợi niệu, truyền glycerol, tăng yếu tố kháng tiết (AF), giảm hormon căng thẳng vasopressin và phản hồi sinh học Tetrax đều mang lại hiệu quả trong kiểm soát tình trạng chóng mặt ngoại trừ can thiệp giảm

lượng muối ăn hàng ngày là không ghi nhận sự cải thiện trong điều trị bệnh Ménière. Thính lực sau điều trị không có sự thay đổi đáng kể, phương pháp giảm hormon vasopressin ghi nhận khoảng 33% bệnh nhân có cải thiện thính lực sau 2 năm điều trị. Tình trạng ù tai và điểm chất lượng cuộc sống có ghi nhận sự cải thiện ở các phương pháp uống thuốc lợi niệu, truyền glycerol và tăng yếu tố kháng tiết (AF).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, et al. Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020
2. Adrion C, Fischer CS, Wagner J, Gürkov R, Mansmann U, Strupp M. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Ménière's disease: primary results of a long term, multi-centre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial). BMJ. Published online January 21, 2016:h6816.
3. Kitahara T, Okamoto H, Fukushima M, et al. A Two-Year Randomized Trial of Interventions to Decrease Stress Hormone Vasopressin Production in Patients with Ménière's Disease-A Pilot Study. PLoS One. 2016;11(6):e0158309.
4. Acharya A, Singh MM, Shrestha A. First Line Treatment of Ménière's Disease: A Randomized Controlled Trial. Journal of Lumbini Medical College. 2016;4(2):68-71.
5. Liu JL, Liu JG, Chen XB, Liu YH. The benefits of betahistine or vestibular rehabilitation (Tetrax biofeedback) on the quality of life and fall risk in patients with Ménière's disease. J Laryngol Otol. 2020;134(12):1073-1076.
6. Scarpa A, Cassandro C, De Luca P, et al. Therapeutic role of intravenous glycerol for Meniere's disease. Preliminary results. Am J Otolaryngol. 2020;41(4):102498.
7. Viola P, Pisani D, Scarpa A, et al. The role of endogenous Antisecretory Factor (AF) in the treatment of Ménière's Disease: A two-year follow-up study. Preliminary results. Am J Otolaryngol. 2020;41(6):102673.