

10.L. Rudmik, T. L. Smith (2014), “Economic Evaluation of a Steroid-Eluting Sinus Implant following Endoscopic Sinus Surgery for Chronic Rhinosinusitis”, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 151(2), pp.359-66.

(Ngày nhận bài: 02/6/2022 – Ngày duyệt đăng: 21/7/2022)

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VIÊM TAI GIỮA CẤP TRẺ EM VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ
TẠI CẦN THƠ NĂM 2020-2022**

Trương Lê Anh Kiệt^{1}, Phạm Thanh Thế¹, Nguyễn Kỳ Duy Tâm²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

**Email: truongleanhkiet0306@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hình thái lâm sàng viêm tai giữa cấp ngày nay đã biến đổi rất nhiều nên người thầy thuốc rất dễ bỏ sót các triệu chứng kín đáo, âm thầm ở trẻ em. Nhĩ lượng đồ là một phương pháp khách quan giúp ta đánh giá những tổn thương tai giữa trong viêm tai giữa cấp. Phẫu thuật đặt ống thông khí nhằm dẫn lưu dịch mủ, khôi phục lại sự thông khí của hòm nhĩ, giảm bớt các đợt viêm tai giữa cấp tái diễn và đưa kháng sinh tại chỗ giúp điều trị viêm tai giữa cấp hiệu quả hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa cấp trẻ em, đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 99 tai bị viêm tai giữa cấp được điều trị phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ, nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: đau tai chiếm 87,7%, sốt 21,1%, triệu chứng thực thể: màng nhĩ phồng: 66,7%. Nhĩ lượng đồ: nhĩ đồ phẳng 81,8%. Thời gian khô tai: 2,1 tuần. Biến chứng sau đặt OTK: chảy tai (10.1%), tắc OTK (1%). **Kết luận:** Phẫu thuật đặt ống thông khí qua màng nhĩ là phẫu thuật rất hiệu quả trong điều trị viêm tai giữa cấp.

Từ khóa: Viêm tai giữa cấp, phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ, nhĩ lượng đồ.

ABSTRACT

**STUDY ON THE CLINICAL, LABORATORY FEATURES
OF ACUTE OTITIS MEDIA AND EVALUATING THE RESULTS OF
TYMPANOSTOMY TUBE INSERTION IN CAN THO CITY IN 2020-2022**

Truong Le Anh Kiet^{1}, Pham Thanh The¹, Nguyen Ky Duy Tam²*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Children Hospital

Background: Today, clinical form of acute otitis media changes; therefore clinicians omit hidden symptom of children. Tympanometry is an objective test to assess damage to middle ear in acute otitis media. Tympanostomy tube insertion to drain pus, restore ventilation of the tympanic cavity, reduce recurrent episodes of acute otitis media, and give local antibiotics to help treat acute otitis media more effectively. **Objectives:** To describe the clinical, laboratory characteristics and

*evaluate the results of treatment with tympanostomy tube insertion for acute otitis media. **Material and methods:** A prospective descriptive study with tympanostomy tube insertion on 99 ears with acute otitis media, sampling convenient. **Results:** Clinical features: earache (87.7%), fever (21.1%), bulging of the tympanic membrane (66.7%). Flat tympanogram (81.8%). Average time of postoperative dry ear: 2.1 weeks. Complication: otorrhea (10.1%), tube obstruction (1%). **Conclusions:** Treatment acute otitis media with tympanostomy tube insertion is efficacious.*

***Keywords:** Acute otitis media, tympanostomy tube, tympanogram.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái lâm sàng viêm tai giữa cấp ngày nay đã biến đổi rất nhiều nên người thầy thuốc rất dễ bỏ sót các triệu chứng kín đáo, âm thầm ở trẻ em biểu hiện đôi khi chỉ là bỏ bú, gãi tai, lắc đầu, khóc vì đau tai. Chính vì những triệu chứng khá mơ hồ đã làm cho việc chẩn đoán viêm tai giữa cấp bị chậm trễ dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như viêm xương chũm, biến chứng nội sọ, liệt mặt. Với sự hỗ trợ của nội soi phát hiện, chẩn đoán sớm hơn những biến đổi trên màng nhĩ. Tuy nhiên có một số trường hợp viêm tai giữa cấp tái diễn, màng nhĩ trở nên dày đục. Lúc này nội soi không thể nhìn xuyên qua màng nhĩ để đánh giá tình trạng của hòm tai, mà cần kết hợp với nhĩ lượng đồ là một phương pháp khách quan giúp ta đánh giá những tổn thương tai giữa khi không nhìn thấy trực tiếp [6]. Trong thời đại kỹ nguyên của kháng sinh như hiện nay, việc sử dụng kháng sinh toàn thân trong điều trị viêm tai giữa cấp đã làm thay đổi các hình thái lâm sàng viêm tai giữa cấp cũng như điều trị viêm tai giữa không hiệu quả. Cùng với sự ra đời của ống thông khí, phẫu thuật đặt ống thông khí nhằm dẫn lưu dịch mủ, khôi phục lại sự thông khí của hòm nhĩ, giảm bớt các đợt viêm tai giữa cấp tái diễn và đưa kháng sinh tại chỗ giúp điều trị viêm tai giữa cấp hiệu quả hơn. Với những lý do đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai giữa cấp trẻ em và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ tại Cần Thơ năm 2020-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân dưới 15 tuổi đến khám tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, thời gian từ tháng 5/2020 đến tháng 3/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa cấp tính có phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Khởi phát đột ngột dấu hiệu và triệu chứng của viêm tai giữa.

Có sự hiện diện dịch trong hòm nhĩ được xác định bởi các yếu tố sau:

- + Màng nhĩ phồng.
- + Di động hạn chế hoặc mất di động màng nhĩ.
- + Mức khí dịch phía sau màng nhĩ.
- + Chảy tai.

Dấu hiệu hoặc triệu chứng của viêm tai giữa được xác định bởi:

- + Màng nhĩ xung huyết.
- + Đau tai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền sử phẫu thuật tai, chấn thương tai, bệnh lý ảnh hưởng đến chức năng nghe như xẹp xơ tai, xơ nhĩ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

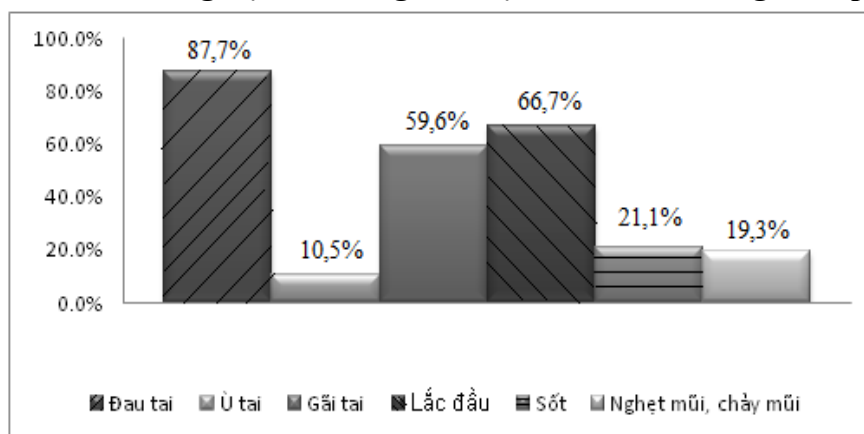
- **Thiết kế nghiên cứu:** Theo phương pháp nghiên cứu mô tả có can thiệp lâm sàng.

- **Cỡ mẫu:** 99 mẫu tai bệnh, chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Ghi nhận đặc điểm lâm sàng, hình thái màng nhĩ, cận lâm sàng viêm tai giữa cấp (nhĩ lượng đồ). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ: hẹn tái khám sau 2 tuần, 3 tháng, 6 tháng. Ghi nhận trong phẫu thuật: tính chất dịch hòm nhĩ. Đánh giá triệu chứng cơ năng, nội soi sau phẫu thuật: Tình trạng ống thông khí (khô thông đúng vị trí, rớt ống thông khí, chảy tai) theo dõi sau 2 tuần, 3 tháng, 6 tháng, ghi nhận thời gian khô tai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân viêm tai giữa cấp



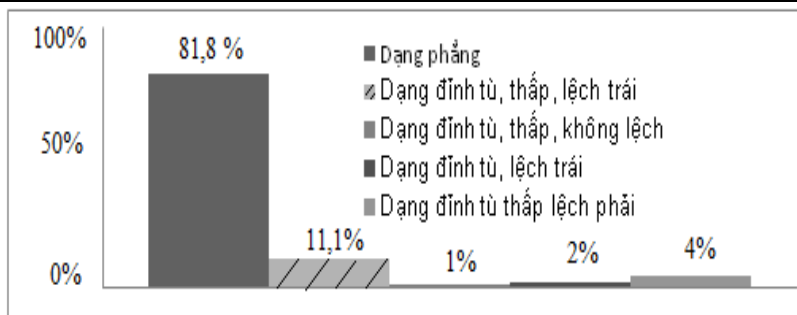
Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Nhóm triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở trẻ là đau tai chiếm tỉ lệ 87,7%, đứng tiếp theo là lắc đầu, gãi tai lần lượt 66,7% và 59,6%.

Bảng 1. Các hình thái màng nhĩ

Hình thái màng nhĩ	n	Tỷ lệ (%)
Sung huyết	33	33,3
Phòng	66	66,7
Tổng	99	100

Nhận xét: Hình thái màng nhĩ phòng trong viêm tai giữa cấp chiếm tỷ lệ (66,7%) cao hơn màng nhĩ xung huyết (33,3%).



Biểu đồ 2. Các dạng hình thái vận động phối hợp của nhĩ đồ

Nhận xét: 3 dạng nhĩ đồ chiếm tỉ lệ cao lần lượt là nhĩ đồ dạng phẳng (81,8%), dạng đỉnh tù thấp lệch trái (11,1%) và dạng đỉnh tù thấp lệch phải (4%).

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ

Bảng 2. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng sau đặt ống thông khí

Triệu chứng	Sau 2 tuần		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Đau tai	13	22,8	0	0	0	0
Ù tai	5	8,8	0	0	0	0
Sốt	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Sau đặt ống thông khí, các triệu chứng cơ năng đau tai và sốt cải thiện rất nhanh trong thời gian ngắn, triệu chứng ù tai cải thiện chậm hơn.

Bảng 3. Đánh giá tình trạng của ống thông khí

Tình trạng ống thông khí	Sau 2 tuần		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%	N	%
Khô thông, đúng vị trí	88	88,9	94	96	79	82,3
Rớt ống thông khí	1	1	2	2	17	17,7
Chảy tai	10	10,1	2	2	0	0
Tổng	99	100	98	100	96	100

Nhận xét: Theo dõi sau đặt OTK màng nhĩ, tình trạng ống thông khí khô thông, đúng vị trí gặp nhiều nhất 88,9% sau 2 tuần, 94% sau 3 tháng và 82,3% sau 6 tháng. Các biến chứng: Chảy tai và rớt OTK ra khỏi màng nhĩ có thể gặp sau phẫu thuật.

Thời gian khô tai: Thời gian khô tai trung bình: 2,1 tuần. Thời gian khô tai nhanh nhất là 1 tuần và chậm nhất là 16 tuần, thời gian khô tai ≤ 2 tuần (89,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân viêm tai giữa cấp

Khi khảo sát các triệu chứng dễ bị bỏ sót ở trẻ nhỏ có đến 66,7% trường hợp trẻ có dấu hiệu lắc đầu, 59,6% trẻ đưa tay lên gãi tai, đây là các triệu chứng gợi ý viêm tai giữa trẻ nhỏ không nói được với ba mẹ [1].

Qua thăm khám nhĩ lượng đồ trước đặt OTK, 3 dạng nhĩ đồ chiếm tỉ lệ cao lần lượt là nhĩ đồ dạng phẳng (81,8%), dạng đỉnh tù thấp lệch trái (11,1%) và dạng đỉnh tù thấp lệch

phải (4%). Kết quả này phù hợp với tác giả Mai Ý Thơ, La Thị Kim Liên [3], [7]. Chứng tỏ trong giai đoạn sung huyết ở viêm tai giữa cấp: Dịch thiết lập từ rất sớm, còn ở giai đoạn ứ mủ hòm nhĩ chứa đầy dịch mủ thể hiện ra hình thái nhĩ đồ phẳng. Nhĩ đồ rất hiệu quả đánh giá những tổn thương ở tai giữa không thủng màng nhĩ. Tuy nhiên mỗi dạng nhĩ đồ chỉ cho phép đánh giá tổn thương tai giữa ở một thời điểm nhất định của bệnh mà không thể cho biết tiến triển bệnh. Cần theo dõi nhĩ đồ nhiều lần trong suốt thời gian điều trị mới có thể đánh giá đúng bản chất tổn thương trong hòm nhĩ.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ

Sau khi phẫu thuật, các triệu chứng như đau tai, gãi tai, lắc đầu cải thiện rất nhanh. Triệu chứng đau tai giảm dần theo thời gian từ 87,7% trước phẫu thuật xuống còn 22,8% sau 2 tuần, không còn đau tai sau 6 tháng. 2 triệu chứng dễ bỏ qua ở trẻ nhỏ gãi tai và lắc đầu cũng giảm rõ rệt cùng giảm xuống còn 19,3% và sau 6 tháng không còn triệu chứng này. Điều này cho thấy nhóm triệu chứng khởi phát cấp tính của viêm tai giữa cấp, sau khi đặt OTK nhằm dẫn lưu dịch mủ, hòm nhĩ được giải đáp, các mạch máu không còn co siết bởi áp lực, màng nhĩ không còn căng phồng nên sự cải thiện nhóm triệu chứng này diễn ra rõ rệt.

Triệu chứng ù tai cải thiện chậm hơn. ù tai trước mổ có thể lí giải do vòi nhĩ cần thời gian hồi phục trả lại sự thông khí cho niêm mạc tai giữa và quá trình viêm tái diễn trong các đợt VTG cấp làm mất cân bằng giữa tế bào lông và tế bào tiết nhầy dẫn tới niêm mạc tai giữa vẫn còn tiết dịch sau đặt ống thông khí. Viêm tai giữa cấp ở trẻ em rất dễ bỏ sót do các triệu chứng khá mơ hồ (gãi tai, lắc đầu) ở trẻ nhỏ. Nếu như can thiệp trễ sẽ dẫn tới tổn thương niêm mạc tai giữa và xương chũm, vì vậy đặt ống thông khí sớm trả lại sự lưu thông khí tai giữa giúp khôi phục niêm mạc hòm nhĩ tránh được các biến chứng viêm tai xương chũm cấp, liệt mặt về sau [6].

Trong suốt quá trình theo dõi ống thông khí chúng tôi ghi nhận các tình trạng của ống thông khí khác nhau qua 99 tai. Những ống thông khí còn nằm đúng vị trí trên màng nhĩ và khô thông là những tai đáp ứng tốt với điều trị phẫu thuật. Với 99 tai được đặt ống thông khí, chúng tôi ghi nhận ống thông khí khô thông, còn nằm đúng vị trí chiếm tỉ lệ 88,9% sau 2 tuần, 96% sau 3 tháng, 82,3% sau 6 tháng phẫu thuật. Kết quả này phù hợp với tác giả Phạm Hồng Nhung [5].

Theo dõi sau đặt OTK màng nhĩ, chúng tôi ghi nhận biến chứng: chảy tai 10/99 (10,1%) sau 2 tuần, giảm xuống còn 2% sau 3 tháng, và lần tái khám sau 6 tháng sau phẫu thuật ghi nhận không có trường hợp chảy tai. Các trường hợp chảy tai thường gặp trên những bệnh nhân viêm tai giữa cấp tái diễn nhiều lần làm niêm mạc hòm nhĩ bị biến đổi gây tiết dịch sau đặt ống thông khí. Mặc dù các triệu chứng cơ năng cấp tính cải thiện rõ rệt nhưng niêm mạc tai giữa vẫn còn tiếp tục tiết dịch. Như vậy, sau điều trị, bệnh nhi có thể hết hoàn toàn triệu chứng cơ năng song điều này không có nghĩa là niêm mạc tai giữa trở về bình thường, nói cách khác, hết triệu chứng cơ năng không có nghĩa là không có ứ dịch tai giữa. Với những trường hợp này chúng tôi tiến hành điều trị nội khoa tích cực bao gồm kháng sinh tại chỗ qua OTK, hút mủ tai qua OTK kết hợp với kháng viêm loãng nhầy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp rút ống khí sớm trước 3 tháng. Nguyên nhân rút ống thông khí sớm có thể lí giải do dịch mủ tai giữa nhiều và miễn dịch ống thông khí là vật lạ đối với một số trẻ làm đào thải ống thông khí sớm [8]. Trong đó,

chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp (1%) tắc, đẩy ống ra khỏi màng nhĩ sớm. Nguyên nhân tắc OTK do dịch đặc, vảy máu khô, niêm mạc viêm dày trong hòm nhĩ làm bít tắc OTK. Đây là trường hợp tắc đẩy ống thông khí sau 11 ngày đặt OTK trong quá trình thao tác dụng cụ chích rạch bị chạm vào da ống tai gây chảy máu da ống tai, các yếu tố bất lợi là ống tai hẹp gấp góc do tuổi nhỏ, do bẩm sinh [4]. Vì vậy nếu sau phẫu thuật không theo dõi, chăm sóc và làm thuốc qua ống thông khí sẽ gây các biến chứng này. Vì thế, để phẫu thuật đạt kết quả cao, chúng ta cần phải có qui trình chăm sóc và theo dõi sau đặt OTK.

Thời gian khô tai trung bình 2,1 tuần. Có 3/99 tai chảy tai kéo dài >4 tuần. Trong đó có 1 trường hợp chảy tai 16 tuần. Các trường hợp viêm tai giữa cấp được chẩn đoán và đặt OTK sớm nên thời gian khô tai trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn thường ≤ 2 tuần (89,9%). Vì thế, khi phát hiện VTG cấp tái diễn (3 đợt trong 6 tháng hoặc 4 đợt trong 1 năm) [2], [9], [10] thì chúng ta nên chỉ định đặt OTK sớm; khi thăm khám có biến đổi trên màng nhĩ (màng nhĩ dày đục, mất nón sáng, màng nhĩ phồng ú mũ).

V. KẾT LUẬN

Nhĩ lượng đồ là một thăm dò chức năng tai đánh giá khách quan và phát hiện sớm các tổn thương tai giữa trong bệnh lý viêm tai giữa cấp ở trẻ em. Phẫu thuật đặt ống thông khí trong viêm tai giữa cấp ở trẻ em nhằm dẫn lưu dịch mũ, khôi phục lại sự thông khí của hòm nhĩ, giảm bớt các đợt viêm tai giữa cấp tái diễn và đưa kháng sinh tại chỗ giúp điều trị viêm tai giữa cấp hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Như Đua (2021), “Đối chiếu đặc điểm lâm sàng với hình ảnh nội soi viêm tai giữa cấp ở trẻ em tại bệnh viện E trong giai đoạn năm 2019-2020”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tr.35-38.
2. Đặng Xuân Hùng, Huỳnh Khắc Cường (2019), “Viêm tai giữa cấp, Thính học lâm sàng bệnh tai giữa chẩn đoán và xử trí nâng cao”, Nhà xuất bản y học, tr.123-142.
3. La Thị Kim Liên, Phạm Ngọc Chất (2007), “Khảo sát vai trò của nhĩ lượng trong viêm tai giữa cấp ở trẻ em”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 11 số 1, tr.36-40.
4. Trần Việt Luân (2005), “Nghiên cứu tác dụng đặt ống thông nhĩ trong điều trị viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Phạm Hồng Nhung (2016), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín”, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
6. Nguyễn Tấn Phong (2009), Phân loại nhĩ đồ, Phẫu thuật nội soi chức năng tai, Nhà xuất bản Y học, tr.71-79.
7. Mai Ý Thơ (2013), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thính lực, nhĩ đồ và kết quả đặt ống thông khí trong viêm tai giữa tiết dịch trẻ em”, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, số 58-13, tr.62-67.
8. Nguyễn Lệ Thủy (2001), “Nghiên cứu chỉ định và kết quả đặt ống thông khí trong tắc vòi nhĩ tại viện Tai mũi họng”, Luận văn Thạc sĩ Y học chuyên ngành Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (2013), Clinical Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children, SAGE publications, New York.
10. Richard M. Rosenfeld, David E. Tunkel, Seth R. Schwartz, *et al.* (2022), Clinical Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children, SAGE journals, New York.

(Ngày nhận bài: 16/5/2022 – Ngày duyệt đăng: 18/7/2022)
