



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH TÁI DIỄN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Tiến Phú¹, Đinh Văn Huy¹

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương; 2. Xác định một số yếu tố nguy cơ của viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 45 trường hợp được chẩn đoán là viêm tai giữa ứ dịch tái diễn tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 7 năm 2023.

Kết quả và kết luận: Tuổi trung bình trung là $2,64 \pm 1,83$, nhỏ nhất là 12 tháng, lớn nhất là 9 tuổi, tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ (62,2% và 37,8%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là chảy dịch mũi 88,89%, chảy dịch tai 46,67%. Trẻ bị bệnh cả hai tai có tỷ lệ: 88,89%, viêm mũi xoang cấp 77,78%, VA quá phát: 44,44%, có Amydales quá phát độ 3: 42,23%. Thời gian bị bệnh trước khi nhập viện cao nhất là 1 tuần có tỷ lệ 60%, thời gian diễn biến của mỗi lần VTGUD nhiều nhất là 2 tuần chiếm tỷ lệ 62,22%. Số lần tái diễn VTGUD của trẻ nhiều nhất sau 2 tuần: 37,78%.

Các yếu tố nguy cơ: Có 3 nhóm nguy cơ chính là: Tình trạng dinh dưỡng của trẻ; điều kiện sinh hoạt, môi trường sống; các bệnh lý thuộc vùng TMH (viêm mũi xoang, viêm A - VA, cơ địa dị ứng).

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của viêm tai giữa ứ dịch tái diễn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa ứ dịch (VTGUD) là tình trạng ứ dịch trong hòm nhĩ với màng nhĩ không thủng và không có dấu hiệu viêm cấp tính¹. Dịch hòm nhĩ được tiết ra do quá trình viêm của niêm mạc tai giữa, có thể là thanh dịch, dịch nhày keo hoặc nhày mủ.

Viêm tai giữa ứ dịch là bệnh tai phổ biến nhất ở trẻ em trong độ tuổi trước khi đi học¹. Theo Casselbrant, khoảng trên 50% trẻ bị viêm tai giữa ứ dịch trong năm đầu tiên². Ở Việt Nam, theo một nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An năm 2006 có khoảng 8,9% trẻ em mắc viêm tai giữa ứ dịch³. Mặc dù có trường hợp khỏi tự nhiên nhưng khoảng 30 - 40% bệnh tồn tại dai dẳng, 5 - 10% bệnh kéo dài quá

1 năm⁴. Theo Tos và Poulsen, khoảng 34% trẻ em bị viêm tai giữa ứ dịch hình thành túi co kéo thượng nhĩ sau 3 - 8 năm⁵. Viêm tai ứ dịch có tỷ lệ mắc bệnh rất cao. Bệnh thường biểu hiện kín đáo nên dễ bị bỏ qua hậu quả là suy giảm chức năng nghe ảnh hưởng đến đời sống, sinh hoạt của bệnh nhân. Ở trẻ em ảnh hưởng đến sự phát triển tiếng nói, học tập ở trường và hành vi giao tiếp xã hội. Bệnh có thể gây nên các biến chứng như: Túi co kéo màng nhĩ xẹp nhĩ, xơ nhĩ, viêm tai giữa mạn tính thường, cholesteatoma làm phá hủy hoặc cố định hệ thống xương con. Hiện nay, bệnh khá phổ biến với nhiều nguyên nhân phức tạp khác nhau. Bệnh thường bị tái đi tái lại nhiều lần. Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh là rất cần thiết vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

2. Xác định một số yếu tố nguy cơ của viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em.

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Ngày nhận bài: 18/3/2024

Ngày phản biện xong: 29/3/2024

Ngày duyệt đăng: 25/5/2024

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Đinh Văn Huy, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0986441242. **Email:** drhuy.nhtd@gmail.com

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán là VTGUD ở độ tuổi từ 15 tuổi trở xuống đã được điều trị nhưng vẫn chảy dịch tai hoặc ứ dịch trong hòm nhĩ. Nghiên cứu tiến hành trong thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 7 năm 2023. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh Kim Chung, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh, không có nhóm chứng.

Cỡ mẫu: 45 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Bộ nội soi Tai Mũi Họng (Karl Stortz).

Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, tiền sử bị bệnh.

- Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng: Chảy mũi, ngạt mũi, chảy dịch tai, ngứa và ngứa tai. Triệu chứng thực thể: màng nhĩ phồng, sần và khe giữa có nhiều dịch mủ. Số lần tái diễn: Ít nhất tái

diễn 1 lần trong thời gian nghiên cứu.

- Các yếu tố nguy cơ: có 3 nhóm nguy cơ chính là:

+ Tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

+ Điều kiện sinh hoạt, môi trường sống.

+ Các bệnh lý thuộc vùng TMH (viêm mũi xoang, viêm A - VA, dị ứng.)

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học theo phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu chỉ phục vụ cho khoa học và không gây bất kỳ tác hại xấu nào ảnh hưởng đến bệnh nhân. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi đã được tư vấn, giải thích kỹ của nhóm nghiên cứu.

Mọi thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật. Các thông tin thu thập được chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu, không sử dụng vào mục đích nào khác.

KẾT QUẢ

Trong 45 đối tượng nghiên cứu, có 28/45 là trẻ em nam (62,2%), 17/45 là trẻ nữ (37,8%). Tuổi trung bình là $2,64 \pm 1,83$, nhỏ nhất là 12 tháng, lớn nhất là 9 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N = 45)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy dịch mũi		N = 45	100%
Triệu chứng cơ năng ở mũi họng	Chảy dịch mũi	40	88,89 (%)
	Ngạt mũi	35	77,78 (%)
	Hắt hơi	12	26,67 (%)
	Ho	20	44,44 (%)
	Ngủ ngáy	7	15,56 (%)
	Không triệu chứng	1	2,22 (%)
Chảy dịch tai		N = 45	100%
Triệu chứng cơ năng ở tai	Chảy dịch tai	21	46,67 (%)
	Ngoáy tai	17	37,78 (%)
	Ù tai	15	33,33 (%)
	Nghe kém	12	26,67 (%)
	Cảm giác nút tai	5	11,11 (%)
Số tai bị bệnh		N = 45	100%
Bảng phân bố tai bị bệnh	Tai phải	2	4,44
	Tai trái	3	6,67
	Hai tai	40	88,89



Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian bị bệnh trước khi đến viện		N = 45	100%
Thời gian	Vào viện ngay	7	15,55
	1 tuần	27	60
	> 1 tuần	11	24,45
Thời gian diễn biến của mỗi lần VTGUD		N = 45	100%
Thời gian tái diễn	1 tuần	7	15,56
	2 tuần	28	62,22
	3 tuần	8	17,78
	4 tuần	2	4,44
Số lần tái diễn VTGUD của trẻ		N = 45	100%
Số lần tái diễn	1 lần	6	13,33
	2 lần	13	28,89
	3 lần	17	37,78
	4 lần	9	20

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là chảy dịch mũi 88,89%, chảy dịch tai 46,67%. Trẻ thường bị cả hai tai (88,89%), có viêm mũi xoang cấp (77,78%), có VA quá phát (44,44%), có amydales quá phát độ 3 là 42,23%. Thời gian bị bệnh trước khi nhập viện cao nhất là 1 tuần với 60%, thời gian diễn biến của mỗi lần VTGUD nhiều nhất là 2 tuần 62,22%. Số lần tái diễn VTGUD của trẻ nhiều nhất là sau 2 tuần với 37,78%. Ngoài ra còn gặp một số triệu chứng lâm sàng khác.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ của VTGUD ở trẻ em

Các yếu tố nguy cơ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em		N = 45	100%
Cân nặng của trẻ lúc sinh	< 2,5 kg	15	33,33
	> 2,5 kg	30	66,67
Tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ	Không SDD	14	31,12
	Độ 1	29	64,44
	Độ 2	2	4,44
Điều kiện sinh hoạt, môi trường sống		N = 45	100%
Triệu chứng cơ năng ở tai	Có đi nhà trẻ	40	88,89
	Chăm sóc tại nhà	5	11,11
	Gia đình có người hút thuốc lá	30	66,67
	Gia đình không có người hút thuốc lá	15	33,33
Các bệnh lý thuộc vùng tai mũi họng		N = 45	100%
Vai trò của dị ứng	Có cơ địa dị ứng	29	64,44
	Không có cơ địa dị ứng	16	35,56
Vai trò của HA	Tình trạng VA	N = 22	Tỷ lệ (%)
	Có viêm VA	18	82
	Không viêm VA	4	18

Các yếu tố nguy cơ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vai trò của amydales (tình trạng của amydales)	Đã cắt	5	11,11
	Độ 1	6	13,33
	Độ 2	13	28,89
	Độ 3	19	42,23
	Độ 4	2	4,44

Nhận xét: Có suy dinh dưỡng độ 1: 64,44%, nhà có người hút thuốc lá (66,67%), có cơ địa dị ứng (64,44%), có viêm VA (82,00%), amydales quá phát độ 3 (42,23%).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 1 - 2 tuổi có 30/45 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 66,67%. Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 12 tháng, lớn nhất là bệnh nhân 9 tuổi. Chúng tôi thấy lý do gia đình cho các trẻ đến khám bệnh hay gặp nhất là chảy dịch mũi với 40/45 trường hợp, sau đó là chảy dịch mũi với 21/45 bệnh nhân. Nguyên nhân ù tai là 15/45 bệnh nhân, nghe kém là 12/45 bệnh nhân. Đây là bệnh lý về tai VTGTD nên triệu chứng chảy mủ tai là hay gặp nhất và cũng dễ phát hiện nên trẻ cũng thường được đi khám nhất là lý do này. Tuy nhiên, triệu chứng ù tai, nghe kém ít gặp hơn triệu chứng ở mũi họng là vì chúng tôi chủ yếu nghiên cứu ở trẻ nhỏ tuổi. Ở lứa tuổi này, trẻ chưa có khả năng nhận biết và diễn đạt các triệu chứng như nghe kém, ù tai, cảm giác đầy tai... Vì vậy, nếu bố mẹ không quan tâm và chú ý thì sẽ dễ bỏ qua làm cho bệnh diễn biến âm thầm và dẫn tới mạn tính. Ở trẻ nhỏ, viêm VA là bệnh lý thường gặp nhất với tần suất trung bình 3 lần/năm hoặc nhiều hơn ở những trẻ tiếp xúc nhiều với yếu tố nguy cơ (đi nhà trẻ, đi ứng...) với biểu hiện từng đợt chảy mũi tái đi tái lại nhiều lần trong năm. Một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều triệu chứng cơ năng về tai, tuy nhiên thường không biểu hiện đầy đủ. Bệnh nhân là trẻ nhỏ thường không tự phát hiện ra triệu chứng mà gián tiếp qua sự phát hiện của gia đình và thầy cô giáo triệu chứng hay gặp nhất là chảy dịch tai 40/50 bệnh nhân chiếm 80%, triệu chứng chảy dịch tai trong bệnh VTGTD ở trẻ em là thường gặp nhất và cũng dễ phát hiện.

Ù tai chúng tôi thường gặp ở một số trẻ lớn mô tả là ù tai tiếng trầm, liên tục và gặp ở cả hai tai, chiếm

tỷ lệ 15/50 bệnh nhân (33,33%). Triệu chứng về mũi họng hay gặp nhất là chảy dịch mũi 41/50 bệnh nhân, sau đó là ngạt mũi 30/50 bệnh nhân. Những trẻ bị VTGTD thường là những trẻ có cơ địa viêm mũi dị ứng, viêm VA... các bệnh lý này đều gây ứ đọng dịch ở mũi xoang gây ra bội nhiễm viêm mũi xoang cấp, nên triệu chứng ngạt mũi, chảy dịch mũi là hay gặp nhất là hay gặp chảy dịch mũi mủ. Nhiều khi, ở các trẻ nhỏ chưa có khả năng nhận biết và diễn đạt các dấu hiệu ở tai thì các biểu hiện ở vùng mũi họng là triệu chứng cơ năng chỉ điểm quan trọng để gia đình cho trẻ đi khám.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhi thuộc vùng nông thôn, xa các trung tâm y tế lớn, điều kiện đi lại khó khăn kết hợp với ý thức bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của con em mình chưa cao, nên thời gian tự điều trị tại nhà cao chỉ có 7/45 trẻ được đưa vào viện ngay, còn lại là trên một tuần tự dùng thuốc không khỏi rồi mới vào viện, điều này dẫn đến diễn biến của mỗi lần VTGUD kéo dài thêm, trung bình là $14,62 \pm 5,022$ ngày, sớm nhất là 1 tuần, có trẻ diễn biến bệnh một tháng.

Sau khi đã được chẩn đoán VTGUD, một số trẻ được phẫu thuật cắt amydan, nạo VA, kết hợp điều trị kháng sinh toàn thân, chống viêm, loãng nhầy, làm thuốc tai, nhỏ thuốc tai, xịt rửa mũi trẻ ổn định được một thời gian sau đó vẫn bị VTG lại, tần suất tái diễn 3 lần là hay gặp nhất có 22/45 bệnh nhân, chiếm 44%. Có 6 trẻ bị VTGUD một lần

Xác định một số yếu tố nguy cơ của VTGTD ở trẻ em

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng là 31/45 trường hợp (68,88%) cao hơn



hần nhóm trẻ không suy dinh dưỡng. tỷ lệ trẻ có cân nặng $\leq 2,5$ kg là 15/45 trường hợp chiếm 33,33%. Kết quả cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh cao hơn hẳn ở nhóm trẻ có trọng lượng nhỏ khi sinh. Trong những trẻ bị VTG tái diễn thì trẻ em thuộc vùng nông thôn là 35/45 tỷ lệ 77,78% là hay gặp nhất. Ở nước ta, vùng nông thôn đa số người dân có điều kiện sống và sinh hoạt khó khăn hơn ở thành thị, xa các bệnh viện và trung tâm y tế lớn, trình độ nhận thức của người dân vùng này về các bệnh tai mũi họng hạn chế hơn ở thành phố, nên khả năng phòng bệnh cho con em mình không tốt, dẫn đến bệnh có thể bị kéo dài dai dẳng hoặc tái diễn nhiều lần. Trình độ nhận thức của các bà mẹ là yếu tố ảnh hưởng rõ đến tỷ lệ mắc bệnh VTGUD và tỷ lệ tái phát VTGUD.

Khói thuốc và ô nhiễm môi trường là một trong các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn hô hấp trên và viêm tai giữa ứ dịch và VTG tái phát. Nó là nguyên nhân của những thay đổi cấu trúc và sinh lý của niêm mạc đường hô hấp, niêm mạc tai giữa.

Chúng tôi gặp cơ địa dị ứng ở 29/45 trường hợp (64,44%). Viêm mũi dị ứng được coi là một trong những nguyên nhân gây VTGUD. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối quan hệ giữa viêm mũi dị ứng và tình trạng tắc vòi dẫn đến VTGUD thông qua hai cơ chế. Thứ nhất, phù nề niêm mạc mũi họng và vòi nhĩ do phản ứng dị ứng gây tắc vòi. Thứ hai, dịch tiết ứ đọng ở mũi họng dẫn đến bội nhiễm, dịch này chứa vi khuẩn ở mũi họng đi lên tai giữa qua vòi nhĩ gây

nên tình trạng viêm tai giữa tái diễn. Chúng tôi cũng thường gặp trẻ bị bệnh vào khi thay đổi thời tiết, khi giao mùa nhiều hơn.

Trong số 45 bệnh nhân thì có 23 trường hợp đã được phẫu thuật nạo VA. Có 22 ca bệnh chưa nạo VA thì có tới 18/22 trường hợp (83,33%) có viêm VA. Theo tác giả Tos (1990), viêm VA là nguyên nhân gặp thường xuyên và quan trọng nhất của VTGUD.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng amyđan quá phát độ III là hay gặp nhất 20/45 trường hợp với tỷ lệ là 44%. Có 2/50 ca amyđan quá phát độ IV, chỉ có 5/45 đã cắt amyđan tỷ lệ là 11,11%. Những viêm nhiễm của amyđan có thể gây ra biến chứng viêm mũi xoang viêm VA, dịch viêm chứa vi khuẩn có thể qua lỗ vòi nhĩ gây ra viêm tai giữa.

KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng VTGUD thường gặp là: Chảy dịch mũi (88,89%), chảy dịch tai (46,67%). Trẻ thường bị cả hai tai (88,89%), có viêm mũi xoang cấp (77,78%), có VA quá phát là 44,44%, có amyđales quá phát độ 3 là 42,23%. Thời gian bị bệnh trước khi nhập viện cao nhất là 1 tuần với 60%, thời gian diễn biến của mỗi lần VTGUD nhiều nhất là 2 tuần 62,22%. Số lần tái diễn VTGUD của trẻ nhiều nhất là sau 2 tuần với 37,78%.

Các yếu tố nguy cơ: Suy dinh dưỡng độ 1 có tỷ lệ: 64,44%, nhà có người hút thuốc lá: 66,67%, cơ địa dị ứng: 64,44%, viêm VA: 82,00%, amyđales quá phát độ: 3 (42,23%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gerhard Grevers Rudolf Probst, Heinrich Iro (2006). "Otitis media with effusion", Basic Otorhinolaryngology, tr. 240-242.
2. Nguyễn Thị Hoài An (2006). "Viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 33-41.
3. Đỗ Thành Chung (1999). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm tai ứ dịch tại viện tai mũi họng, Luận văn Thạc sĩ y học.
4. CD Bluestone (1996). "Otitis media, atelectasis and eustachian tube dysfunction", Pediatrics otolaryngology, tr. 388 -563.
5. RM Rosenfeld, Culpepper, L, Doyle, KJ, Grundfast, KM, et al (2004). "Clinical practice guideline: Otitis media with effusion.", Otolaryngol Head and Neck Surg., 130(5), tr. 95-118.
6. I Williamson (2007). "Otitis media with effusion in children.", Clin Evid (Online), tr. pii: 0502.

7. Martin Sancho, Villafruela Sanz MA, Alvarez Vicent JJ (1997). "Incidence and treatment of otitis with effusion in patients with cleft palate", Acta Otolaryngol Esp, 48(6), tr. 441-445.
8. DJ Kay, Nelson M, Rosenfeld RM (2001). "Meta - analysis of tympanostomy tube sequelea", Otolaryngol Head Neck Surg, 124(4), tr.374-380.
9. Lại Thị Hoài Thu (2008). Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học trong viêm tai giữa ứ dịch, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. M.L Casselbrant, Mandel E.M. "Acute Otitis Media and Otitis Media with Effusion", Cummings - Otolaryngology - 5th, tr. 2761-2777.

CLINICAL FEATURES, CAUSES AND RISK FACTORS OF RECURRENT OTITIS MIDDLE WITH EFFUSION IN CHILDREN AT CENTRAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASE

Objectives: 1. Describe the clinical characteristics of recurrent otitis media in children at the National Hospital of Tropical Diseases. 2. Identify some risk factors for recurrent otitis media with effusion in children.

Subjects and methods: Prospective descriptive study on 45 cases diagnosed with recurrent otitis media with effusion at the Department of Examination of the National Hospital of Tropical Diseases from January 2023 to July 2023.

Results and conclusions: The average age is 2.64 ± 1.83 , the youngest is 12 months, the oldest is 9 years old, the ratio of male children is higher than female children (62.20 and 37.80). Common clinical symptoms are nasal discharge 88.89%, ear discharge 46.67%. Children with disease in both ears have a rate of: 88.89%, acute rhinosinusitis: 77.78%, overdeveloped adenoids: 44.44%, with overdeveloped Amydales stage 3: 42.23%. The highest duration of illness before admission is 1 week with a rate of 60%, the maximum duration of each otitis media with effusion is 2 weeks with a rate of 62.22%. The number of recurrences of otitis media with effusion in children is highest after 2 weeks: 37.78%.

Risk factors: There are 3 main risk groups: Children's nutritional status. Living conditions and living environment. Pathologies in the Ear - Nose - Throat region (Rhinitis, A-VA inflammation, Allergy).

Keywords: Clinical features, causes and risk factors of recurrent otitis media with effusion.