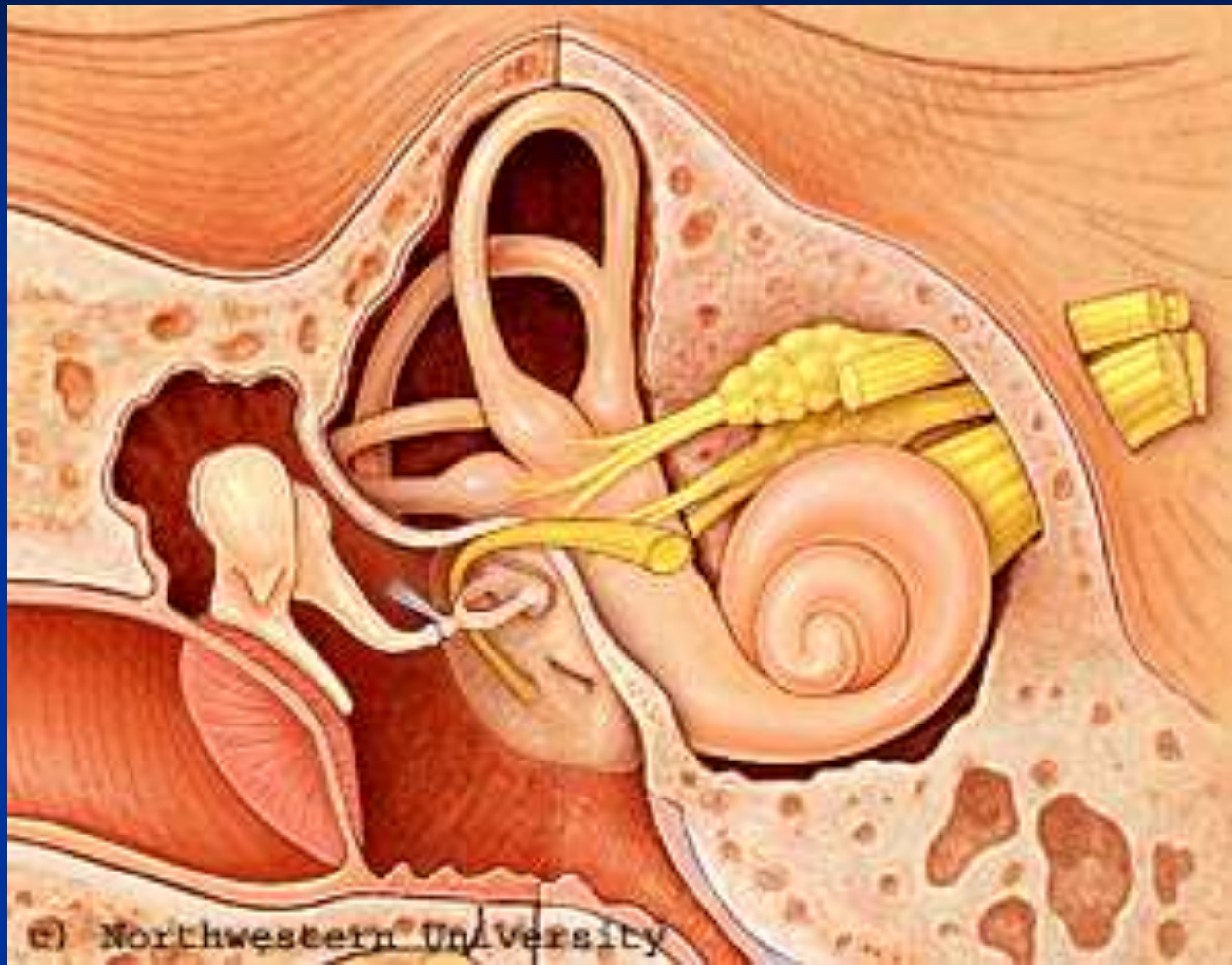


# VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH Otitis Media with Effussion OME

PGS.TS.BS Trần Viết Luân  
BM. Tai Mũi Họng



# Định nghĩa

- Viêm tai giữa tiết dịch (VTGTD) là một tình trạng có dịch mạn tính trong tai giữa, mà thường không có triệu chứng cơ năng hay thực thể của một tình trạng viêm cấp tính.
- Danh từ tiết dịch (effusion) dùng để mô tả dịch tiết ra bởi quá trình viêm tai, xảy ra đằng sau một màng nhĩ còn nguyên vẹn và toả lan trong mọi vùng của xương chũm.
- Dạng dịch tiết được phân theo tính chất đại thể : thanh dịch (lỏng trong veo như nước), nhầy (dịch nhầy nhớt, keo), và mủ (dịch như mủ).

# Dịch tể học

- Tần suất:

VTGTD là một bệnh phổ biến với các bác sĩ nhi khoa.

PT đặt ống thông nhĩ trong điều trị VTGTD mạn là một thủ thuật ngoại khoa phổ biến nhất được thực hiện ở trẻ em dưới gây mê (Bluestone 1984). Hàng năm có khoảng 1 triệu trẻ em được đặt ống thông nhĩ (Bluestone 1982).

# Dịch tễ học

## ■ Tuổi:

VTGTD phổ biến nhất ở trẻ từ 1-7 tuổi , tần suất đỉnh gặp ở trẻ 1-4 tuổi là 10 % - 25%. Tần suất VTGTD ở các trẻ khoẻ mạnh khác là 1-17%, người lớn không quá 1%.

## ■ Phân bố theo mùa :

VTGTD thường xảy ra vào những tháng mùa đông hơn mùa hè.

# NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân gây VTGTD bao gồm nhiều yếu tố, và còn đang được tranh cãi.
- Theo Mirko Tos, yếu tố thường gặp nhất là **nhễm trùng hô hấp trên** và/ hoặc **rối loạn chức năng vòm mũi**.
- Các yếu tố thuận lợi khác: GERD, trẻ bú bình, cha mẹ hút thuốc lá, dị ứng,...

# NGUYÊN NHÂN

## 1. VIÊM HÔ HẤP TRÊN URI:

- Viêm hô hấp trên gây ra tắc mũi, dẫn đến giảm thông khí tai giữa và áp suất âm ở tai giữa.
- Viêm và tích tụ chất tiết ở vòm mũi họng thúc đẩy nhiễm trùng ở niêm mạc vòi nhĩ, gây ra tắc vòi và gia tăng nhiễm trùng tai giữa.

# NGUYÊN NHÂN

## ■ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG VÒI NHĨ

### a. Tắc vòi chức năng:

Là tình trạng vòi nhĩ bị xẹp kéo dài do tăng kháng trở vòi nhĩ, do cơ chế mở vòi không hoạt động, hay do cả hai.

Tắc vòi chức năng hầu hết có liên quan đến cấu trúc giải phẫu vòi nhĩ của trẻ như: chiều dài, độ rộng, góc của vòi nhĩ, hay do rối loạn chức năng của vòi nhĩ.

Điều này rất rõ ở trẻ bị chẻ vòm, hội chứng Down, hoặc những bất thường về sọ mặt khác



# NGUYÊN NHÂN

## ■ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG VÒI NHĨ

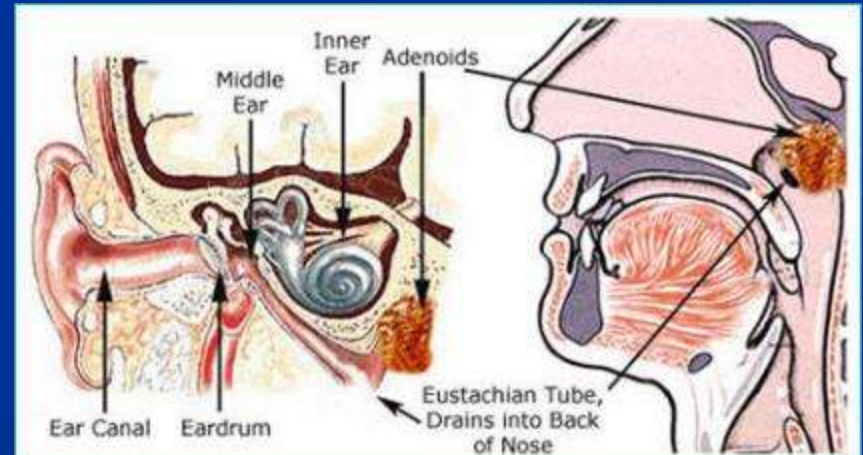
### b. Tắc vòi cơ học :

- Tắc nghẽn bên trong: do hiện tượng viêm của vòi nhĩ và sự phù nề thứ phát.
- Tắc nghẽn bên ngoài: thường gặp nhất là do VA phì đại. Ngoài ra còn do u xơ vòm mũi họng, ung thư vòm mũi họng...

### c. Hở vòi: ở người Mỹ da đỏ

# NGUYÊN NHÂN

- Vai trò của VA phì đại trong VTGTD:
- ✓ VA lớn gây tắc vòi cơ học.
- ✓ VA to gây tắc cửa mũi sau, từ đó trực tiếp làm gia tăng áp suất vòm mũi họng khi nuốt và gián tiếp gây ra sự trào ngược dịch từ vòm vào tai giữa;
- ✓ Mô VA còn là nơi chứa vi khuẩn gây VTG tái phát.



# Vi sinh học:

- Trước kia người ta cho rằng dịch tai giữa trong VTGTD là vô trùng.
- PCR cho thấy có bằng chứng của vi khuẩn, tuy nhiên ở mức độ thấp, nên không gây nhiễm trùng. Vi khuẩn giống như trong VTG cấp.
- Bệnh nhân có dịch tai giữa mạn tính có thể bị các đợt VTG cấp, lúc này có vai trò của vi khuẩn gây bệnh.

# Chẩn đoán

## 1. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN VÀ CƠ NĂNG :

- Chẩn đoán VTGTD không dễ. VTGTD còn được gọi là tai giữa im lặng, điều này đặc biệt đúng ở trẻ nhỏ.
- Trẻ thường không có dấu hiệu toàn thân nên làm trẻ chẩn đoán, chậm phát triển lời nói và ngôn ngữ.
- Trẻ nghe kém hay nghi ngờ nghe kém, thường kèm theo chậm nói.
- Trẻ lớn : thấy khó chịu trong tai, đau tai ít hay có cảm giác đầy tai. Trẻ nhỏ thì biểu hiện bằng cách kéo tai. Một số trẻ có biểu hiện rối loạn thăng bằng.

# Chẩn đoán

## 2. TC thực thể:

Khám tai bằng đèn soi tai có bơm hơi rất quan trọng. Màng nhĩ cần được đánh giá:

- a. Vi trí: phồng, co lõm, đầy. Thường gặp là màng nhĩ lõm nhẹ do áp suất âm cũng như do dịch tai giữa, máu ngăn xương búa nhô rõ lên và cán búa có vẻ ngăn lại. Có khi màng nhĩ co lõm nhiều, dính sát vào thành trong hòm nhĩ .

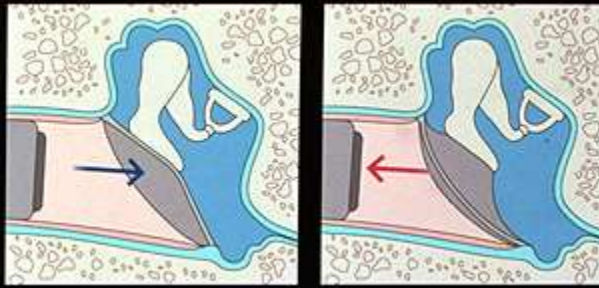
Two-handed positioning of diagnostic-head otoscope to minimize head movement and enhance visualization



Adapted with permission from Bluestone CD, Klein JO, *Otitis Media in Infants and Children*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1988.

Pneumatic-otoscopic findings in common middle-ear conditions

Normal



**Position** Neutral

**Translucency** Translucent

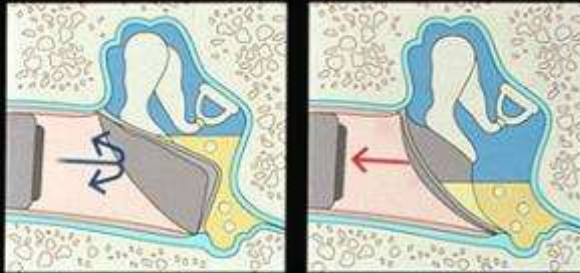
**Color** Normal

**Mobility** Moves briskly with slight positive and negative pressure

Adapted with permission from Bluestone CD, Klein JO. *Otitis Media in Infants and Children*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1988.

Pneumatic-otoscopic findings in common middle-ear conditions

Fluid level



**Position** Retracted

**Translucency** Translucent

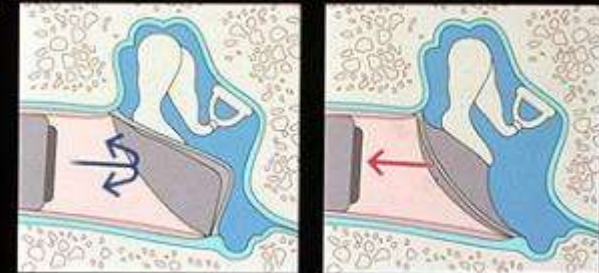
**Color** Normal

**Mobility** Moves only with applied negative pressure, fluid level and bubbles change

Adapted with permission from Bluestone CD, Klein JO. *Otitis Media in Infants and Children*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1988.

Pneumatic-otoscopic findings in common middle-ear conditions

Negative middle-ear pressure



**Position** Retracted

**Translucency** Translucent

**Color** Normal

**Mobility** Moves only with applied negative pressure

Adapted with permission from Bluestone CD, Klein JO. *Otitis Media in Infants and Children*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1988.

# Chẩn đoán

## 2. TC thực thể:

b. Màu sắc màng nhĩ mờ, dày, mất độ trong suốt không thấy được các mốc giải phẫu bên trong.

Dịch thanh dịch và nhầy làm cho màng nhĩ có màu hổ phách; dịch mủ nhầy có thể làm cho màng nhĩ trắng đục kèm tăng sinh mạch máu ở màng căng; dịch loại hỗn hợp làm cho màng nhĩ có màu xám đục .

Bong bóng nước hay mực nước hơi trong hòm nhĩ .

c. Sự di động của màng nhĩ: giảm hay mất đi, hoặc chỉ di động dưới áp suất âm: do dịch tai giữa hay áp suất âm của tai giữa.

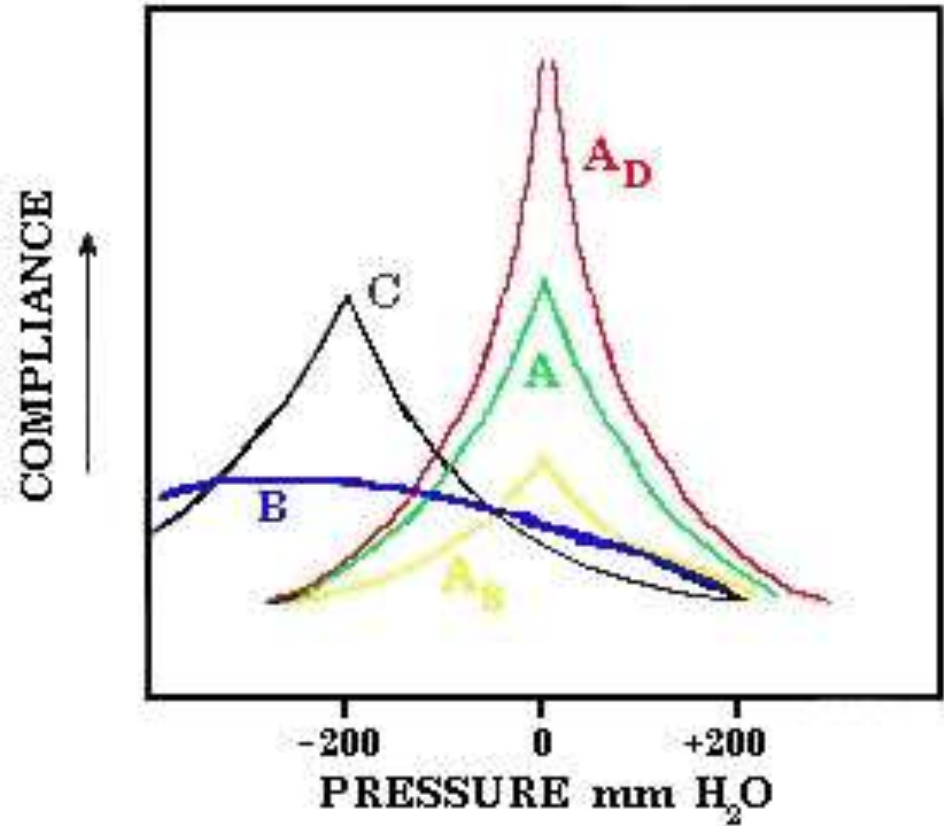






# CẬN LÂM SÀNG

- Nhĩ lượng đồ:  
Type B



Các dạng nhĩ lượng đồ

# CẬN LÂM SÀNG

- Thính lực đồ:

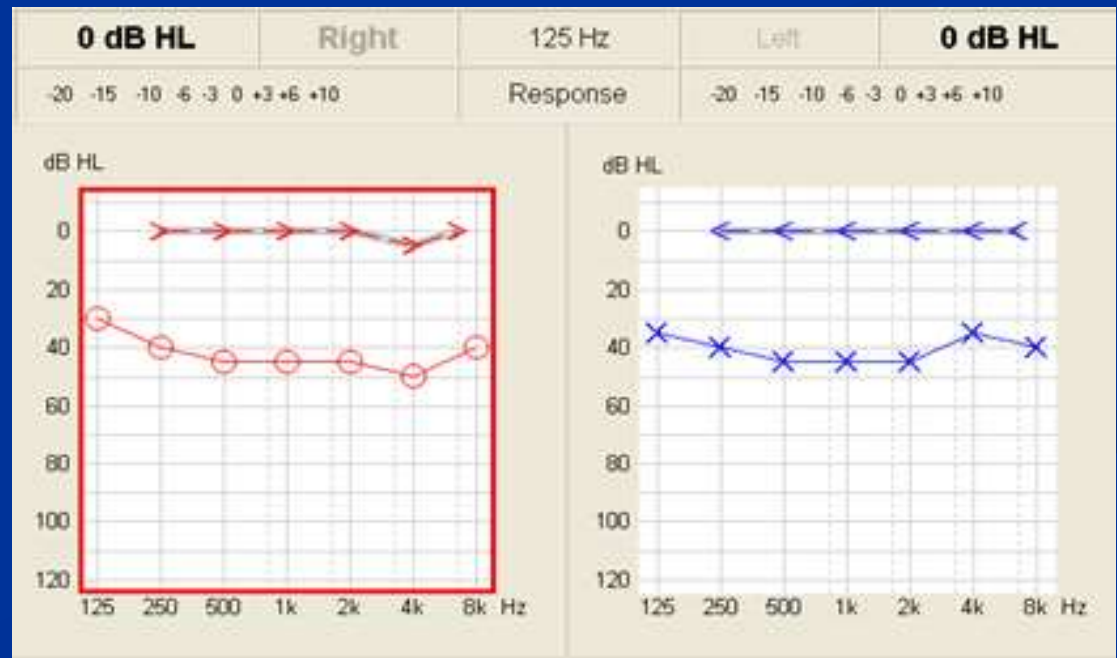
Điếc dẫn truyền ở mức độ nhẹ có thể là phát hiện đầu tiên của VTGTD.

Đo thính lực không phải là một phương pháp sàng lọc chính xác để xác định dịch tai giữa, vì nghe kém do VTGTD thường dao động.

# Biến chứng

- Nghe kém

Nghe kém do viêm tai giữa tiết dịch thì dao động, 90% trẻ VTGTD điếc dẫn truyền từ 16- 40% dB . Tuy nhiên, ở một thời điểm, 49 % trẻ VTGTD có thể nghe tốt ở ngưỡng nghe 20 dB.



# Biến chứng

VTG xẹp nhĩ: màng nhĩ bị co lõm về phía u nhô

- Không phải tất cả các trường hợp VTGTD đều phát triển thành xẹp nhĩ: do đa số trường hợp màng nhĩ đều có khuynh hướng đề kháng lại sự co lõm vào trong ở một mức độ nào đó.
- Giả thuyết: các đợt viêm lặp đi lặp lại làm cho màng nhĩ yếu và mỏng đi (do xơ bị teo mỏng) , thuận lợi xẹp nhĩ

# Biến chứng

- Xơ nhĩ: thường xảy ra ở giai đoạn cuối của quá trình viêm. Là sự collagen và hyalin hóa, và cuối cùng là lắng đọng canxi thành mảng. Xơ nhĩ có thể coi là dấu hiệu của lui bệnh
- Ảnh hưởng lên sự phát triển các thông bào xương chũm: kém phát triển thông bào hơn bình thường.
- Rối loạn thăng bằng và chóng mặt : ít gặp

# ĐIỀU TRỊ

## Nội khoa

- Ở những trẻ bị VTG cấp Teele phát hiện khoảng 10% vẫn còn dịch tai giữa kéo dài mãi đến 3 tháng.
- Vì vậy, điều trị VTGTD tích cực chỉ nên được xem xét nếu dịch trong tai giữa tồn tại 2-3 tháng (VTGTD mt)

# ĐIỀU TRỊ

## Nội khoa

- 1. Kháng sinh:
- Chỉ sử dụng ở các đợt viêm cấp.
- Kháng sinh sử dụng như kháng sinh dùng trong viêm tai giữa cấp

# ĐIỀU TRỊ

## Nội khoa

### 2. Corticoid toàn thân:

- Corticoid không có hiệu quả lâu dài và không được khuyến cáo dùng thường quy trong điều trị VTGTD.



# ĐIỀU TRỊ

## Nội khoa

- 4. Nghiệm pháp Valsava và thông vòi nhĩ hằng tuần:
- Có thể giúp cải thiện trong trường hợp VTGTD do áp lực, tuy nhiên với những trường hợp VTGTD mạn tính thì các nghiệm pháp này **kém** hiệu quả.
- **Thổi bong bóng áp lực qua đường mũi: có hiệu quả theo một số nghiên cứu.**
- 5. Thuốc tan đàm:
- Thuốc tan đàm (acetyl cystein, bromhexin hydrochloride, carbocystein) có hiệu quả trong một số TH, tuy nhiên vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ.

## HOW DO YOU TREAT GLUE EAR?

# OTOVENT GLUE EAR TREATMENT



### Connect

Connect the balloon to the nose piece. Hold the round part of the nose piece firmly against the right nostril with the right hand. Press the left nostril closed with the left hand.



### Inflate

Inhale deeply, close the mouth and inflate the balloon until it is the size of a grapefruit, by blowing through the nostril.



### Repeat

Repeat the procedure with the left nostril. You will know that the treatment works if your child experiences a pressure increase and/or a "click" in the ear. **Note** Maximum 20 inflations per balloon..

# ĐIỀU TRỊ

## B. Điều trị phẫu thuật:

Bệnh nhân bị VTGTD mãn tính kéo dài, đáp ứng kém hay không đáp ứng với điều trị nội khoa, **đặc biệt nếu bị cả 2 tai ảnh hưởng đến sức nghe**, cần được can thiệp : trích rạch màng nhĩ và có hay không đặt ống thông nhĩ.

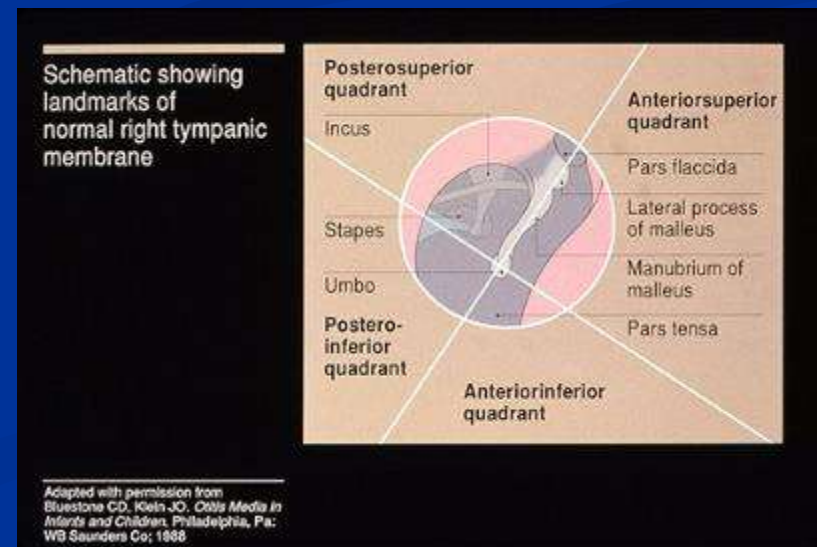


# ĐIỀU TRỊ

## B. Điều trị phẫu thuật:

### 1. Trích rạch màng nhĩ không đặt ống thông nhĩ:

- Mục đích của điều trị lý tưởng của VTGTD là : lấy hết dịch TG, cải thiện thính lực, và ngăn ngừa tái phát nhờ cung cấp thông khí tai giữa. Rạch màng nhĩ và hút dịch chỉ đạt được 2 mục đích đầu, còn mục đích thứ 3 thì không

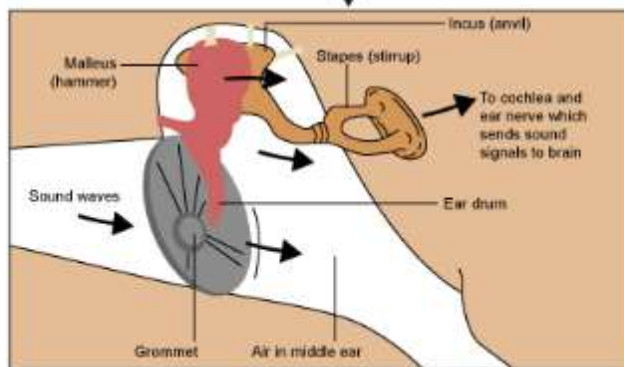
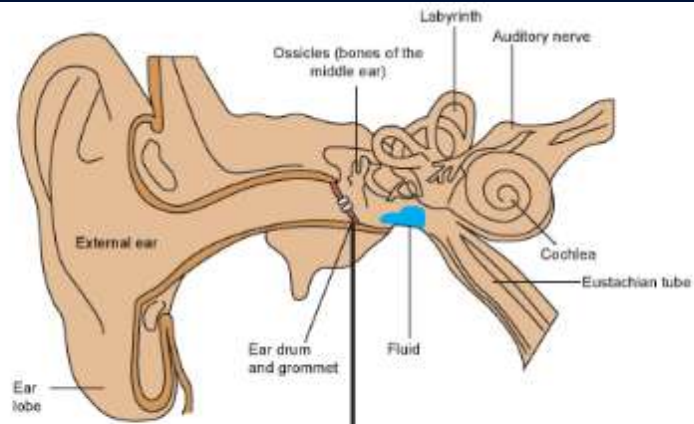


# ĐIỀU TRỊ

## B. Điều trị phẫu thuật:

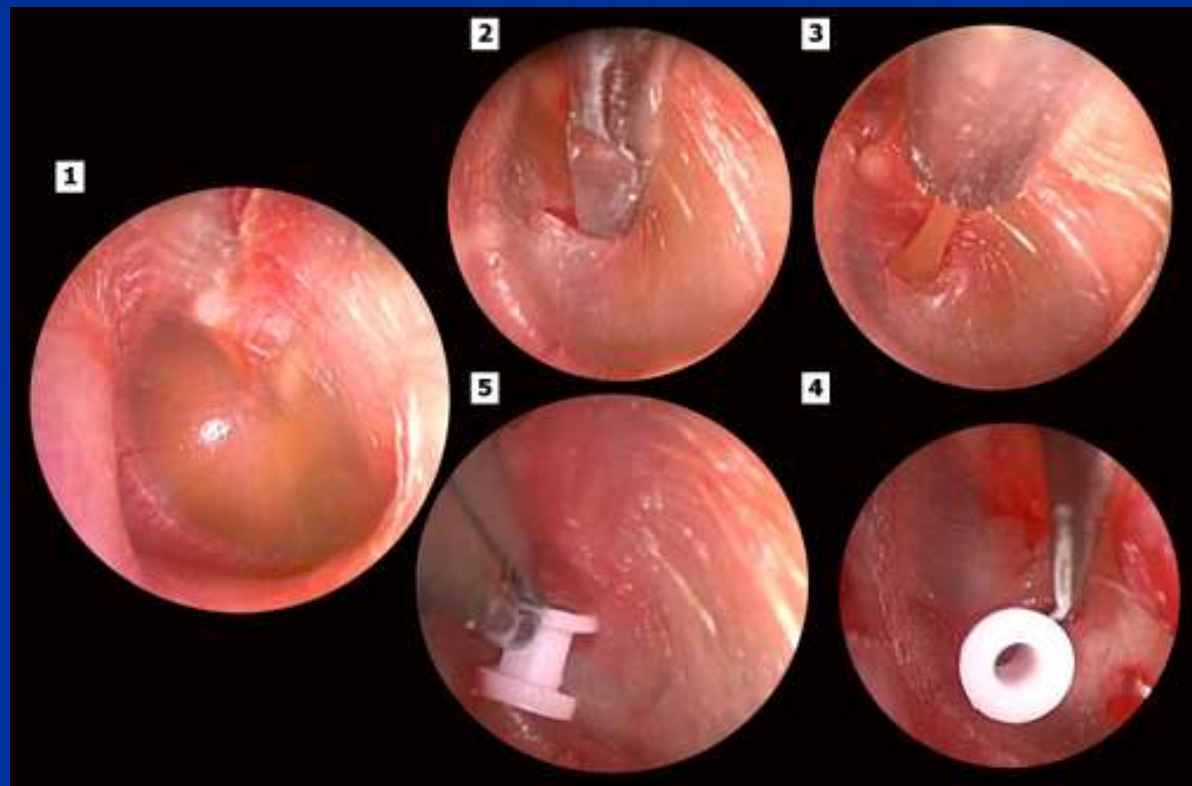
2. Trích rạch màng nhĩ có đặt ống thông nhĩ: đạt được cả 3 mục đích điều trị và có những lợi ích so với không đặt ống

Thời gian lưu ống trong màng nhĩ: tùy thuộc vào loại ống, và đây là yếu tố quan trọng cần được xem xét trước khi đặt...





Grommets, PE tubes, ventilation tubes,  
tympanostomy tube





# ĐIỀU TRỊ

## \*Chỉ định đặt ống thông nhĩ:

- VTGTD mạn tính 2-3 tháng
- VTGTD làm ảnh hưởng đến sức nghe , chậm phát triển ngôn ngữ. (VTGTD 2 bên)
- VTGTD màng nhĩ co lõm, túi lõm.
- BN chẻ vòm, bất thường sọ mặt, hội chứng Down: do RL chức năng vòi nhĩ.

# ĐIỀU TRỊ

## Biến chứng sau đặt ống thông nhĩ

- Chảy tai: tỉ lệ chảy tai sau đặt ống là từ 10-50% tùy theo tác giả.
  - Chảy tai sớm, là chảy tai trong thời gian từ sau mổ cho đến 2 tuần: nguyên nhân chảy tai sớm do nhiễm bẩn lúc mổ, và do bản thân tai giữa bị nhiễm trùng (dịch tai giữa là mủ).
  - Chảy tai muộn xảy ra từ sau 2 tuần: chủ yếu là do nước nhiễm bẩn vào hòm nhĩ qua ống thông nhĩ (như do bơi lội), đây là nguyên nhân chính gây chảy tai muộn. Cần ngăn ngừa bằng cách tránh bơi lội, hoặc nếu bơi thì phải đeo nút tai. Ngoài ra còn do nhiễm trùng đường hô hấp trên, do dị ứng.

# Biến chứng sau đặt ống thông nhĩ

- Tắc ống: đường kính càng nhỏ và càng dài thì càng dễ tắc...  
Thường dùng dung dịch oxy già 5 thể tích nhỏ tai 5 giọt X 2 lần/ngày trong 5 ngày kết hợp với xoa ấn bình tai
- Thủng nhĩ sau rút ống:
  - Tỷ lệ thủng nhĩ sau đặt ống loại ngắn hạn theo Cunningham là từ 0-2%,
  - Tỷ lệ này của ống đặt dài hạn cao hơn: ống T là 15%.
- Lỗ thủng thường nhỏ không ảnh hưởng đến thính lực, và không nằm ở vị trí nguy hiểm. Vá nhĩ chỉ đặt ra nếu sau 2 năm màng nhĩ chưa lành, hoặc khi trẻ đến 10 tuổi, lúc này tình trạng nhiễm trùng mũi họng tương đối ổn định.

# ĐIỀU TRỊ

## **Biến chứng sau đặt ống thông nhĩ**

- Ống không tự rút: một số trường hợp ống không tự rút, nhất là ống có loa trong càng to và đường kính ống càng lớn. Đặc biệt là ống T thì hầu như không bao giờ tự rút. Nếu sau 2 năm mà ống chưa rút thì phải lấy ống ra.

- Nạo VA: giúp loại trừ nguyên nhân gây tắc vòi nhĩ cơ học.

Theo hướng dẫn điều trị VTGTD của hội TMH Mỹ năm 2004, chỉ định nạo VA ngay từ đầu khi có bằng chứng rõ ràng VA gây tắc nghẽn, viêm VA mạn tính, hay viêm xoang mạn tính.

- Nạo VA: giúp loại trừ nguyên nhân gây tắc vòi nhĩ cơ học.

Theo hướng dẫn điều trị VTGTD của hội TMH Mỹ năm 2004, chỉ định nạo VA ngay từ đầu khi có bằng chứng rõ ràng VA gây tắc nghẽn, viêm VA mạn tính, hay viêm xoang mạn tính.

- Nạo VA + trích nhĩ +/- OTN