

ĐÁP ÁN CHO CASE 13

Viêm tai giữa cấp

Tóm tắt: Một trẻ nhỏ biểu hiện với đau tai và sốt.

► **Chẩn đoán nghĩ nhiều:** Viêm tai giữa cấp - Acute otitis media (AOM)

► **Điều trị tốt nhất:** Các kháng sinh đường uống

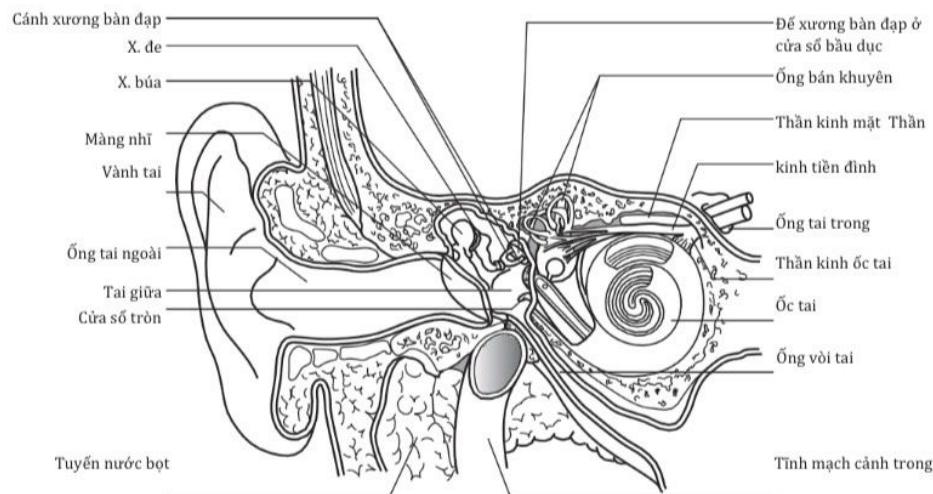
PHÂN TÍCH

Mục tiêu

1. Hiểu rõ yếu tố dịch tễ của viêm tai giữa ở trẻ em.
2. Hiểu được các biện pháp điều trị cho tình trạng này.
3. Biết được biến chứng của việc nhiễm trùng nặng.

Đặt vấn đề

Viêm tai giữa được là một trong các chẩn đoán phân biệt trên trẻ em có nhiễm trùng đường hô hấp trên và đau tai. Chẩn đoán xác định bằng đèn soi tai khí nén (Pneumatic otoscopy) và có thể bắt đầu điều trị. Hình 13-1 mô tả giải phẫu vùng tai giữa.



Hình 13-1. Giải phẫu tai giữa. (Redrawn, với sự cho phép, từ Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ, eds. Rudolph's Pediatrics. 21st ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:1240.)

Tiếp cận
Viêm tai giữa cấp

ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa cấp: một tình trạng đau tai, sốt, và các triệu chứng khác đi kèm nhìn thấy màng nhĩ đỏ, mờ đục, di động kém, xung huyết.

Chọc và đặt ống giải áp cân bằng: Thủ thuật ngoại khoa bao gồm rạch màng nhĩ và đặt ống tai (ống nhựa hoặc kim loại nhỏ, cố định vào màng nhĩ) nhằm thông thoáng tai giữa và ngăn ngừa sự ứ đọng dịch ở tai giữa.

Viêm tai giữa có tràn dịch: Tình trạng dịch ở đọng sau màng nhĩ nhưng không có triệu chứng cơ năng và thực thể của viêm tai giữa cấp. Thường gọi là viêm tai giữa thanh dịch.

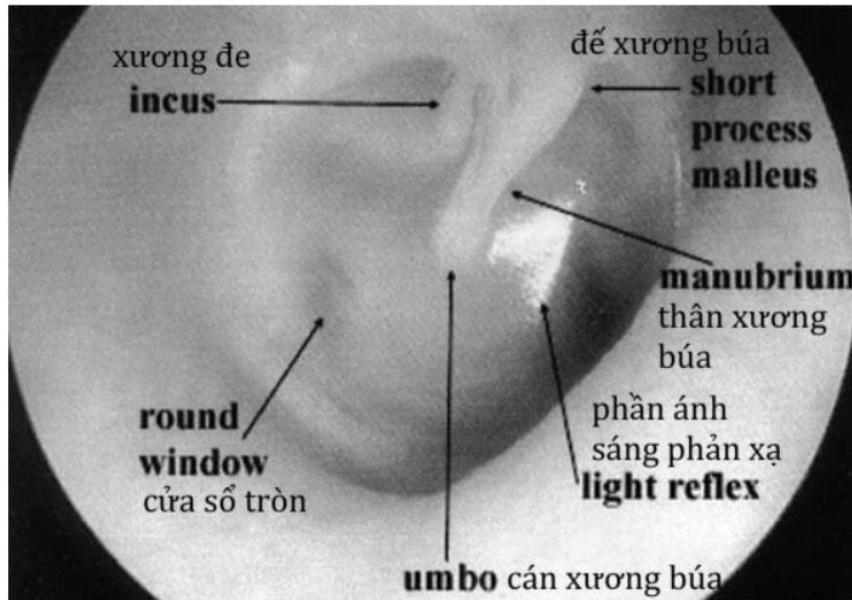
Soi tai khí nén: Quá trình cố định chặt ống tai bằng dụng cụ y khoa, sau đó sẽ sử dụng áp lực dương nhẹ và âm bằng bóng cao su để quan sát sự di động của màng nhĩ.

Rạch tháo mủ màng nhĩ: Thủ thuật tiểu phẫu mà sẽ rạch một đường nhỏ vào màng nhĩ để dẫn lưu mủ và dịch trong khoang tai giữa. Thủ thuật này thường ít làm ở phòng khám chăm sóc ban đầu nhưng nên được thực hiện bởi chuyên khoa.

TIẾP CẬN LÂM SÀNG

Viêm tai giữa là một chẩn đoán thường gặp ở trẻ em. **Tác nhân vi khuẩn thường gặp** là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* không định danh, và *Moraxella catarrhalis*. Các tác nhân khác, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, và *Pseudomonas aeruginosa*, thường gặp ở trẻ sơ sinh và bệnh nhân có suy giảm miễn dịch. Virus cũng có thể gây viêm tai giữa, trong nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân. Viêm tai giữa cấp có thể chẩn đoán ở trẻ em có sốt (thường <104°F [40°C]), đau tai (thường khiến trẻ thức dậy giữa đêm ngủ), và lạnh run toàn thân. Các triệu chứng toàn thân khác gồm chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy và đau đầu. Thăm khám lâm sàng ghi nhận thấy **màng nhĩ đỏ, xung huyết, di động kém bằng dụng cụ soi tai khí nén**. Màng nhĩ có thể đục do mủ phía sau, các mốc của tai giữa có thể bị mờ mất, và, nếu tai giữa bị vỡ ra, có thể nhìn thấy mủ trong ống tai. Các mốc bình thường được mô tả ở hình 13-2.

Phụ thuộc vào tình trạng vi khuẩn đề kháng trong cộng đồng, amoxicillin ở liều 80 tới 90 mg/kg/ngày trong 7 tới 10 ngày thường là điều trị khởi đầu. Nếu lâm sàng không cải thiện sau 3 ngày điều trị, việc chuyển sang dùng amoxicillin-clavulanate, cefuroxime axetil, azithromycin, cefixime,



Hình 13-2. Màng nhĩ. Tái sử dụng, với sự cho phép, từ Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ, eds. Rudolph's Pediatrics. 21st ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:1240.

ceftriaxone, và rạch tháo mủ màng nhĩ được xem xét. Điều trị hổ trợ (giảm đau hoặc hạ sốt) cũng thường được chỉ định, nhưng các loại khác (kháng histamine, giảm xung huyết, và corticos- teroid) thường không hiệu quả.

Sau đợt cấp viêm tai giữa, dịch ở tai giữa có thể tồn tại đến vài tháng. Nếu thính lực bình thường, tràn dịch tai giữa thường được theo dõi, quan sát thêm; vài nhà lâm sàng thì họ dùng kháng sinh. **Khi dịch không giảm hoặc tái phát các đợt viêm mủ tai giữa xảy ra, đặc biệt là khi mất thính lực, chọc và dẫn lưu áp lực bằng ống thường được sử dụng.**

Rất hiếm xảy ra nhưng tình trạng viêm tai giữa nặng có các biến chứng bao gồm **viêm xương chũm**, **viêm xương tủy xương thái dương**, **liệt thần kinh mặt**, hình thành áp xe ngoài màng cứng và dưới màng cứng, viêm màng não, huyết khối tĩnh mạch xoang bên, và não úng thủy do viêm tai (bằng chứng tăng áp lực nội sọ kèm viêm tai giữa). Một bệnh nhân viêm tai giữa có diễn tiến lâm sàng bất thường hoặc kéo dài nên được đánh giá một trong các biến chứng này.

Câu hỏi lượng giá

- 13.1 Một trẻ nam 8 tuổi đau nhiều khi di động tai. Trẻ không sốt, buồn nôn, nôn hay có triệu chứng khác. Trẻ khỏe mạnh, trẻ vừa trở về từ trại hè nơi mà cậu bé đi bơi, cưỡi ngựa, và trượt nước. Khám tai nhìn thấy vành tai đỏ ít, kèm rất đau khi di động tai, ống tai đỏ và nề nhiều, nhưng di động màng nhĩ bình thường. Biện pháp nào sau đây phù hợp nhất?
- A. Dùng thuốc bôi có chứa polymyxin và corticosteroid
 - B. Liều cao amoxicillin đường uống
 - C. Tiêm bắp ceftriaxone
 - D. Tiêm tĩnh mạch vancomycin
 - E. Rạch tháo màng nhĩ và nuôi cấy
- 13.2 Ba ngày sau khi bắt đầu amoxicillin đường uống điều trị viêm tai giữa, trẻ nam 4 tuổi vẫn còn sốt, đau tai, sưng nề và đỏ phía sau tai. Dái tai cậu bé đẩy lên trên và sang hai bên. Cậu bé vẫn sinh hoạt bình thường. Biện pháp nào sau đây là phù hợp nhất?
- A. Chuyển sang dùng amoxicillin - clavulanate đường uống
 - B. Giải áp màng nhĩ và kháng sinh đường tĩnh mạch
 - C. Chụp SPECT vùng đầu
 - D. Bôi tại chỗ steroids
 - E. Rạch tháo màng nhĩ
- 13.3 Một bé gái 5 tuổi xuất hiện sốt cao, đau tai, và nôn ói một tuần nay. Cô bé được chẩn đoán viêm tai giữa và bắt đầu cho amoxicillin-clavulanate. Vào ngày thứ ba của kháng sinh, bé vẫn còn biểu hiện viêm tai giữa, sốt và đau. Cô bé được tiêm bắp ceftriaxone và đổi sang cefuroxime đường uống. Hiện tại, 48 giờ sau, bệnh nhân còn sốt, đau và không cải thiện tình trạng viêm tai giữa; ngoài ra cô bé sinh hoạt bình thường. Bước xử trí nào hợp lý nhất dưới đây?
- A. Dùng thêm nhỏ mũi steroid bên cạnh việc uống cefuroxime
 - B. Nạo V.A
 - C. Liều cao đường uống amoxicillin
 - D. Trimethoprim-sulfamethoxazole đường uống
 - E. Rạch tháo mủ màng nhĩ và nuôi cấy dịch tai giữa
- 13.4 Một bé trai 1 tháng tuổi sốt cao 102.7°F (39.3°C), quấy khóc, tiêu chảy, và ăn uống kém. Khám ghi nhận màng nhĩ đỏ, không di động và có mủ sau màng nhĩ. Hành động nào tiếp theo là hợp lý nhất?
- A. Nhập viện và đánh giá toàn diện tình trạng nhiễm trùng
 - B. Tiêm bắp ceftriaxone và theo dõi sát sao bệnh nhân
 - C. Amoxicillin-clavulanate đường uống
 - D. Cefuroxime đường uống
 - E. Liều cao amoxicillin đường uống

ĐÁP ÁN

- 13.1 A. Bệnh nhân có vẻ tình trạng viêm tai ngoài gây ra bởi việc đi bơi (còn gọi là tai người đi bơi – swimmer's ear). Điều trị là dùng thuốc đường bôi như đã mô tả ở trên. Việc chèn gòn có thể hỗ trợ việc hấp thụ dịch tiết ra trong ống tai. Các nhân gây bệnh gồm chủng *Pseudomonas* (hoặc chủng gram âm khác), *S aureus*, và đôi khi tác nhân là nấm (chủng *Candida* hoặc *Aspergillus*).
- 13.2 B. Trẻ bị viêm xương chũm, chẩn đoán xác định lâm sàng cần dùng CT-scan. Điều trị bao gồm chọc màng nhĩ, nuôi cấy dịch và kháng sinh truyền tĩnh mạch. Phẫu thuật dẫn lưu tế bào xương chũm chứa khí (mastoid air cells) cần được thực hiện nếu tình trạng không cải thiện sau 24 tới 48 giờ.
- 13.3 E. Sau khi thất bại nhiều phổi kháng sinh, rạch tháo mủ màng nhĩ và nuôi cấy dịch ống tai giữa nên được chỉ định.
- 13.4 A. Trẻ em ở độ tuổi rất nhỏ có viêm tai giữa (đặc biệt nếu trẻ quấy khóc hoặc lơ mơ) thì nguy cơ nhiễm trùng máu hoặc các nhiễm trùng nặng khác rất cao. Việc nhập viện và truyền kháng sinh tĩnh mạch là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Haddad J. External otitis (otitis externa). In: Kleigman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2007:2629-2632.
- Kerschner JE. Otitis media. In: Kleigman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2007:2632-2646.
- Kline MW. Otitis externa. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:1496-1497.
- Kline MW. Mastoiditis. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:1501-1502.
- Rutter MJ, Choo D. Otitis media. In: Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ, eds. *Rudolph's Pediatrics*. 21st ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2003:1249-1256.
- Schwarzwalder H, Kline MW. Otitis media. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:1497-1500.