

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ỔNG TAI NGOÀI

Nguyễn Tư Thế¹, Hồ Mạnh Hùng², Nguyễn Cảnh Lộc¹

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ống tai ngoài và các mối liên quan, đánh giá kết quả điều trị viêm ống tai ngoài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 51 bệnh nhân với 53 tai được chẩn đoán viêm ống tai ngoài được điều trị tại phòng khám Tai Mũi Họng bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Tỷ lệ ở nam (47,1%), nữ (52,9%). Độ tuổi >15 – 30 tuổi gặp nhiều chiếm (41,2%). Bệnh nhân có tiền sử bị viêm tai giữa mạn tính chiếm 15,7%. 37,3% bệnh nhân tiền sử có sử dụng thuốc kháng sinh, 21,6% bệnh nhân có sử dụng corticoid. Viêm ống tai ngoài giai đoạn cấp tính chiếm tỷ lệ 43,4%, giai đoạn mạn tính chiếm tỷ lệ 56,6%. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân: ngứa tai (68,0%), đau tai (41,9%), nặng tai (22,6%). Tình trạng ống tai ngoài: mủ tai (58,5%), ngứa tai (35,8%). 13,2% bệnh nhân có thủng màng nhĩ. Phân lập vi sinh vật: nấm (60,8%), vi khuẩn (29,4%), vừa nhiễm nấm vừa nhiễm vi khuẩn (9,8%). Kết quả nuôi cấy nấm: Aspergillus (58,1%), Candida (16,1%), cấy không ra nấm (16,1%). Kết quả định danh vi khuẩn: S. aureus (80%), P. aeruginosa (15%). Trong viêm ống tai ngoài cấp, vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%), viêm ống tai ngoài mạn, nấm chiếm tỷ lệ cao nhất (96,7%). Trong viêm ống tai ngoài cấp, tình trạng đau vành tai khi kéo hoặc ấn bình tai chiếm tỷ lệ 60,9%. Ngứa tai hay gặp nhất ở nguyên nhân do nấm (56,6%), đau tai hay gặp nhất là nguyên nhân do vi khuẩn (24,5%), cảm giác đầy nặng tai hay gặp nhất là nguyên nhân do nấm (13,2%). Vi khuẩn tụ cầu vàng trong viêm ống tai ngoài nhạy cảm nhiều nhất với vancomycin (100%), tiếp theo là đến các loại kháng sinh khác là gentamycin (76,5%), ciprofloxacin (64,7%). Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị chiếm 90,6%. Trong viêm ống tai ngoài, thời gian hết triệu chứng cơ năng tại tai trung bình là $6,2 \pm 2,79$ ngày. **Kết luận:** Viêm ống tai ngoài là một bệnh phổ biến, gặp ở nhiều lứa tuổi, điều trị cho kết quả tốt.

Từ khóa: Viêm ống tai ngoài.

Abstract

STUDY THE CLINICAL FEATURES, SUBCLINICAL AND EVALUATE THE TREATMENT RESULTS OTITIS EXTERNA

Nguyen Tu The¹, Ho Manh Hung², Nguyen Canh Loc¹

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue Central Hospital

Objective: To determine the clinical features, subclinical and to evaluate the treatment results otitis externa. **Material and method:** 51 patients with 53 ears were diagnosed otitis externa at Hue University of Medicine and Pharmacy. Methods: Cross sectional and prospective studies. **Results:** Percentage of female (52.9%), male (47.1%). The most common age group is >15 – 30 years old (41.2%). Patients have antecedent with chronic otitis media is about 15.7%. 37.3% patients had used antibiotics, 21.6% had used corticosteroid. Acute otitis externa accounted for 43.4%, chronic stage accounted for 56.6%. Itching of the ear (67.9%), earache (41.9%), fullness (22.6%). External ear canal condition: earwax (58.5%), discharge (35.8%). 13.2% of patients has eardrum perforation. Isolation of microorganisms: fungi (60.8%), bacteria (29.4%), both fungi and bacteria (9.8%). Fungal results: Aspergillus (58.1%), Candida (16.1%), non-fungal culture (16.1%). Results of bacterial identification: S. aureus (80%), P. aeruginosa (15%). In acute otitis externa, the highest rate is bacterial infection (65.3%), chronic otitis externa, the highest rate is fungi (96.7%). In acute otitis media, the pain in the ear when pushed and of the pinna when pulled is 60.9%. Itching is the most symptom in infection by fungi (56.6%), ear pain commonly associated with bacterial infection (24.5%), fullness is most commonly caused by fungi (13.2%). Bacteria S. aureus in otitis externa are most sensitive to vancomycin

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Cảnh Lộc, email: canhloc561991@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2018.6.9

- Ngày nhận bài: 18/10/2018; Ngày đồng ý đăng: 8/11/2018; Ngày xuất bản: 17/11/2018

(100%), gentamicin (76.5%), ciprofloxacin (64.7%). The proportion of patients responding to treatment is 90.6%. In external ear inflammation, the mean time at end of symptom is 6.2 ± 2.79 days. **Conclusions:** Otitis externa is a common disease, encountered at many ages and treatment has a good result.

Key words: otitis externa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai ngoài bắt đầu từ vành tai đến màng nhĩ, gồm có vành tai và ống tai ngoài, giữ nhiệm vụ thu nhận và dẫn truyền sóng âm thanh từ các hướng đến màng nhĩ. Ống tai ngoài đi từ xoắn tai đến màng nhĩ, một phần ba ngoài là sụn và hai phần ba trong là ống xương, phần da che phủ sụn có lông chuyển, tuyến tiết ráy tai, có vai trò trong dẫn truyền âm thanh và tạo ra một hàng rào tự nhiên bảo vệ da vùng ống tai ngoài nhờ tác dụng của ráy tai [13].

Viêm tai ngoài là tình trạng viêm của ống tai ngoài, có hoặc không có nhiễm trùng. Viêm ống tai ngoài có thể gặp ở tất cả mọi lứa tuổi. Viêm ống tai ngoài ngoài các triệu chứng khó chịu gây ra cho bệnh nhân thì việc điều trị không đúng cách và kịp thời có thể gây ra các biến dạng của tai ngoài, gây ảnh hưởng đến vấn đề thẩm mỹ. Hiện nay có rất ít công trình nghiên cứu về tình hình viêm ống tai ngoài cũng như đánh giá kết quả điều trị viêm ống tai ngoài tại Việt Nam.

Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm ống tai ngoài”** nhằm hai mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ống tai ngoài và các mối liên quan.
2. Đánh giá kết quả điều trị viêm ống tai ngoài.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 51 bệnh nhân với 53 tai được chẩn đoán viêm ống tai ngoài được điều trị tại phòng khám Tai Mũi Họng Trường Đại học Y dược Huế từ 03/2018 đến 08/2018.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả những bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ viêm ống tai ngoài: ngứa tai, đầy nặng tai, giảm thính lực, đau tai có mủ tai hoặc mẩn ngứa nghi ngờ nấm, làm xét nghiệm định danh vi khuẩn dương tính và/hoặc soi tươi, cấy bệnh phẩm lấy từ ống tai có nấm.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

- Bộ khám tai mũi họng thông thường, ống soi tai, kẹp nhỏ vô khuẩn và dụng cụ lấy ráy tai vô khuẩn.
- Que tăm bông vô trùng lấy bệnh phẩm, lọ vô khuẩn đựng bệnh phẩm lấy từ tai ngoài.
- Môi trường nuôi cấy nấm và vi khuẩn, dụng cụ làm kháng sinh đồ.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá:

2.2.3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Giới, tuổi, địa dư.
- Tiền sử sử dụng thuốc điều trị có ảnh hưởng đến bệnh sinh, chấn thương tai
- Phân loại giai đoạn bệnh viêm ống tai ngoài
- Thói quen lấy ráy tai, phân loại tai viêm nhiễm
- Triệu chứng cơ năng

Tình trạng ống tai ngoài, màng nhĩ

Kết quả phân lập vi sinh vật.

Đánh giá kết quả kháng sinh đồ của bệnh nhân bị nhiễm tụ cầu vàng gây bệnh.

2.2.3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá lại các triệu chứng lâm sàng, nội soi ống tai ngoài, màng nhĩ sau 4 tuần điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân với 53 tai được chẩn đoán viêm ống tai ngoài tại phòng khám Tai Mũi Họng Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, chúng tôi có được một số kết quả như sau:

3.1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ống tai ngoài và các mối liên quan

3.1.1. Tuổi và giới

Nữ giới (52,9%) tương đương với nam giới (47,1%).

Nhóm tuổi >15 – 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%. Tiếp theo đến nhóm tuổi >30 – 45, >45 – 60 (19,6% Tuổi trung bình mắc bệnh: $34,6 \pm 18,2$.

3.1.2. Địa dư

Địa dư	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nông thôn	27	52,9
Thành thị	24	47,1
Tổng	51	100,0

3.1.3. Tiền sử bệnh viêm tai

15,7% bệnh nhân có tiền sử bị viêm tai giữa mạn tính.

3.1.4. Tiền sử sử dụng thuốc điều trị có ảnh hưởng đến bệnh sinh

Tiền sử sử dụng thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kháng sinh	19	37,3
Corticoid	11	21,6
Kháng nấm	2	3,9

Có 37,3% bệnh nhân tiền sử có sử dụng thuốc kháng sinh, 21,6% bệnh nhân có sử dụng corticoid và 3,9% bệnh nhân có sử dụng thuốc kháng nấm.

3.1.5. Thói quen lấy ráy tai

Thói quen lấy ráy tai	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tại tiệm cắt tóc	31	60,8
Tự lấy	20	39,2
Tổng	51	100,0

Bệnh nhân có thói quen lấy ráy tai tại tiệm cắt tóc (60,8%) cao hơn số bệnh nhân tự lấy ráy tai (39,2%).

3.1.6. Phân loại tai viêm nhiễm

Tai viêm nhiễm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai trái	24	47,1
Tai phải	25	49,0
Hai tai	2	3,9

Trong viêm ống tai ngoài, chủ yếu gặp ở 1 tai, với tỷ lệ tai phải là 49,0%, tai trái là 47,1%. Chỉ có 3,9% bệnh nhân bị viêm ống tai ngoài 2 bên.

3.1.7. Tiền sử chấn thương tai

Tiền sử chấn thương tai	Số tai	Tỷ lệ %
Có chấn thương tai	16	30,2
Không có chấn thương tai	37	69,8
Tổng	53	100,0

Trong mẫu nghiên cứu có 37/53 tai (69,8%) không có tiền sử chấn thương tai và 16/53 tai (30,2%) có tiền sử chấn thương tai.

3.1.8. Phân loại giai đoạn bệnh viêm ống tai ngoài

Giai đoạn	Số tai	Tỷ lệ %
Cấp tính	23	43,4
Mạn tính	30	56,6
Ác tính	0	0,0
Tổng	53	100,0

Bệnh nhân ở giai đoạn cấp tính chiếm tỷ lệ 23/53 tai (43,4%), giai đoạn mạn tính chiếm tỷ lệ 30/53 (56,6%).

3.1.9. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số tai	Tỷ lệ %
Ngứa tai	36	68,0
Cảm giác đầy, nặng tai	12	22,6
Đau tai	26	49,1

Triệu chứng ngứa tai (68,0%) và đau tai (41,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Triệu chứng đầy, nặng tai chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,6%).

3.1.10. Tình trạng ống tai ngoài

Tình trạng ống tai ngoài	Số tai	Tỷ lệ %
Mủ	19	35,8
Mảng ráy tai	31	58,5
Vảy khô	3	5,7
Tổng	53	100,0

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp mảng ráy tai (58,5%), mủ tai (35,8%).

3.1.11. Tình trạng màng nhĩ

Tình trạng màng nhĩ	Số tai	Tỷ lệ %
Thủng	7	13,2
Không thủng	46	86,8
Tổng	53	100,0

Có 7/53 tai (13,2%) có thủng màng nhĩ và 46/53 tai (86,8%) không có thủng màng nhĩ.

3.1.12. Kết quả phân lập vi sinh vật

Vi sinh vật	Số tai	Tỷ lệ %
Nấm	31	60,8
Vi khuẩn	15	29,4
Vi khuẩn + Nấm	5	9,8
Tổng	51	100,0

Phân lập vi sinh vật cho kết quả chủ yếu là nấm (60,8%). Vi khuẩn chiếm tỷ lệ 29,4%, vừa nhiễm nấm vừa nhiễm vi khuẩn (9,8%).

3.1.13. Kết quả nuôi cấy nấm

Kết quả nuôi cấy nấm aspergillus chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%),

Tiếp theo là chủng nấm candida (16,1%), soi tươi (+) nhưng nuôi cấy không ra nấm (16,1%). Trong 21 bệnh phẩm nuôi cấy ra nấm aspergillus thì A. terreus chiếm 81%, tiếp theo là nấm A. flavus (14,3%) và 1/21 bệnh phẩm là A. niger.

3.1.14. Kết quả định danh vi khuẩn

Kết quả định danh vi khuẩn thì nhiễm S. aureus chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), 15% bị nhiễm P. aeruginosa.

3.1.15. Mối liên quan giữa thể lâm sàng và nguyên nhân

Nguyên nhân	Viêm OTN cấp		Viêm OTN mạn		Chung	
	Số tai	%	Số tai	%	Số tai	%
Nấm	2	8,7	29	96,7	31	58,5
Vi khuẩn	15	65,3	1	3,3	14	30,2
Vi khuẩn + Nấm	5	21,7	0	0,0	5	9,4
Eczema	1	4,3	0	0,0	1	1,9
Tổng	23	100,0	30	100,0	53	100,0

Trong viêm ống tai ngoài cấp, nguyên nhân vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%), tiếp sau là do nhiễm vi khuẩn + nấm (21,7%), nấm (8,7%), eczema tai (4,3%).

Trong viêm ống tai ngoài mạn, nguyên nhân nấm chiếm tỷ lệ cao nhất (96,7%), tiếp sau là do nhiễm vi khuẩn (3,3%).

3.1.16. Tình trạng đau khi kéo hoặc ấn vành tai

Thể lâm sàng Đau khi kéo hoặc ấn vành tai	Viêm OTN cấp		Viêm OTN mạn		Chung	
	Số tai	%	Số tai	%	Số tai	%
Có	14	60,9	1	3,3	15	28,3
Không	9	39,1	29	96,7	38	71,7
Tổng	23	100,0	30	100,0	53	100,0

Trong viêm ống tai ngoài cấp, tình trạng đau vành tai khi kéo hoặc ấn bình tai chiếm tỷ lệ 60,9%.

Trong viêm ống tai ngoài mạn, tình trạng đau vành tai khi kéo hoặc ấn bình tai chiếm tỷ lệ 3,3%. Còn tình trạng không đau khi ấn hoặc kéo bình tai chiếm 96,7%.

3.1.17. Mối liên quan giữa triệu chứng cơ năng với nguyên nhân

Triệu chứng cơ năng Nguyên nhân	Ngứa tai		Đầy nặng tai		Đau tai	
	Số tai	%	Số tai	%	Số tai	%
Nấm	30	56,6	7	13,2	8	15,1
Vi khuẩn	2	3,8	4	7,5	13	24,5
Vi khuẩn + Nấm	3	5,7	1	1,9	4	7,5
Eczema	1	1,9	0	0,0	1	1,9
Tổng	36	68,0	12	22,6	26	49,0

Ngứa tai hay gặp nhất ở nguyên nhân do nấm (56,6%), tiếp sau đến vi khuẩn + nấm (5,7%).

Cảm giác đầy nặng tai hay gặp nhất là nguyên nhân do nấm (13,7%), tiếp theo đến nguyên nhân vi khuẩn (7,5%).

Đau tai gặp hay gặp nhất là nguyên nhân do vi khuẩn (24,5%), tiếp theo đến nguyên nhân do nấm (15,1%).

3.1.18. Kết quả kháng sinh đồ của tụ cầu vàng

Bảng 3.3. Kết quả kháng sinh đồ của tụ cầu vàng

Kháng sinh	Test	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
		n	%	n	%	n	%
Penicillin	16	2	12,5	5	31,2	9	56,3
Cefoxitin	17	6	35,3	2	11,8	9	52,9
Tetracycline	17	10	58,8	0	0,0	7	41,2
Erythromycin	17	4	23,5	1	5,9	12	70,6
Chloramphenicol	15	4	26,7	4	26,7	7	46,6
Ciprofloxacin	17	11	64,7	1	5,9	5	29,4
Gentamycin	17	13	76,5	1	5,9	3	17,6
Vancomycin	16	16	100,0	0	0,0	0	0,0
Ceftriaxon	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn *S. aureus* trong viêm ống tai ngoài nhạy cảm nhiều nhất với vancomycin (100%), tiếp theo là đến các loại kháng sinh khác là gentamycin (76,5%), ciprofloxacin (64,7%), tetracycline (58,8%).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm ống tai ngoài

3.2.1. Kết quả điều trị viêm ống tai ngoài

Tỷ lệ đáp ứng điều trị chiếm 90,6%.

Tỷ lệ điều trị thất bại là 9,4%.

3.2.2. Thời gian hết triệu chứng cơ năng tại tai

Trong viêm ống tai ngoài, thời gian hết triệu chứng cơ năng tại tai trung bình là $6,2 \pm 2,79$ ngày. Thời gian hết triệu chứng dài nhất là 14 ngày, ngắn nhất là 2 ngày.

3.2.3. Mối liên quan giữa tình trạng màng nhĩ và kết quả điều trị

Trong nhóm có màng nhĩ thủng, tỷ lệ đáp ứng điều trị là 57,1%.

Trong nhóm có màng nhĩ không thủng, tỷ lệ đáp ứng điều trị là 95,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ống tai ngoài và các mối liên quan.

4.1.1. Tuổi và giới

Chúng tôi thấy rằng tỷ lệ viêm ống tai ngoài ở nữ giới (52,9%) khá tương đồng so với nam giới (47,1%). Nữ giới (53,9%) bị viêm ống tai ngoài nhiều hơn nam giới. Kết quả này tương đồng với kết quả của Heward [7] và Dibb [5].

Bệnh viêm ống tai ngoài gặp ở nhóm tuổi >15 – 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%.

Kết quả này tương đồng với kết quả của Pradhan [12], Agarwal [4]. Bệnh viêm ống tai ngoài gặp ở mọi lứa tuổi, tập trung chủ yếu ở lứa tuổi thanh niên.

4.1.2. Địa dư

Bệnh nhân sinh sống nhiều hơn tại nông thôn với 52,9%. Theo nghiên cứu của Mogadam, tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm 38,5%, thành thị cao hơn với 61,5% [11]. Theo chúng tôi có thể do bệnh nhân ở nông thôn có đời sống và chăm sóc sức khỏe ban đầu kém hơn nên thường bị viêm nhiễm ống tai ngoài hơn.

4.1.3. Tiền sử bệnh viêm tai

Có 15,7% bệnh nhân có tiền sử bị viêm tai giữa mạn tính. Theo nghiên cứu của Lê Chí Thông, có 35,9% bệnh nhân có tiền sử viêm tai giữa mạn tính có viêm ống tai ngoài [2], nghiên cứu của Hueso là 64% [8]. Tỷ lệ mắc bệnh ở những bệnh nhân có tiền sử viêm tai giữa mạn tính hay gặp vì màng nhĩ ở những bệnh nhân này bị thủng, ống tai thường ẩm, chảy dịch tai là điều kiện thuận lợi cho viêm ống tai ngoài phát triển.

4.1.4. Tiền sử sử dụng thuốc điều trị có ảnh hưởng đến bệnh sinh

Theo kết quả bảng 3.5, có 37,3% bệnh nhân tiền sử có sử dụng thuốc kháng sinh, 21,6% bệnh nhân có sử dụng corticoid. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự Lê Chí Thông, tỷ lệ bệnh nhân điều trị kháng sinh trước đó là 43,7% [2], Hueso là 98% [8], Geyer là 16% [6]. Như vậy chính tình trạng sử dụng thuốc kháng sinh bừa bãi trong cộng đồng dẫn tới tình trạng rối loạn khuẩn chí tại ống tai, tạo điều kiện môi trường cho các tác nhân gây bệnh viêm ống tai ngoài phát triển, đặc biệt là nấm.

4.1.5. Thói quen lấy ráy tai

Bệnh nhân có thói quen lấy ráy tai tại tiệm cắt tóc (60,8%) cao hơn số bệnh nhân tự lấy ráy tai (29,2%). Việc sử dụng dụng cụ lấy ráy tai chung ở tiệm cắt tóc trong cộng đồng là cao và điều này làm lây lan bệnh viêm ống tai ngoài trong cộng đồng.

4.1.6. Phân loại tai viêm nhiễm

Trong viêm ống tai ngoài, chủ yếu gặp ở 1 tai, với

tỷ lệ tai phải là 49,0%, tai trái là 47,1%. Theo nghiên cứu của Agarwal, 96,6% bệnh nhân bị một bên tai [4]. Như vậy có thể thấy viêm ống tai ngoài thường gặp một bên.

4.1.7. Tiền sử chấn thương tai

Trong mẫu nghiên cứu có 30,2% số tai bệnh có tiền sử chấn thương. Tỷ lệ bệnh nhân bị chấn thương ống tai ngoài trước khi bị viêm ống tai ngoài là khá cao. Chấn thương ống tai là điều kiện thuận lợi và hay gặp gây viêm ống tai ngoài. Chấn thương ống tai xảy ra do việc sử dụng máy trợ thính hoặc nút tai [16].

4.1.8. Phân loại giai đoạn bệnh viêm ống tai ngoài

Giai đoạn cấp tính tỷ lệ 23/53 tai (43,4%). Giai đoạn mạn tính chiếm tỷ lệ 30/53 tai (56,6%). Sự khác biệt này theo chúng tôi vì người dân còn ít lo lắng về tình trạng sức khỏe của bản thân. Những viêm ống tai ngoài cấp gây nên triệu chứng râm rộ làm ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống mới làm họ đi khám, còn viêm ống tai ngoài mạn tính triệu chứng xảy ra đã lâu và không quá nghiêm trọng nên bệnh nhân chịu đựng được. Ngoài ra việc dùng thuốc không đủ liều cũng góp phần làm cho tình trạng viêm mạn tính tăng cao hơn.

4.1.9. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng ngứa tai (67,9%) và đau tai (49,1%) chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp sau là cảm giác đầy, nặng tai (22,6%). Theo Pradhan, tỷ lệ các triệu chứng chính như sau: đau tai: 86%, ngứa 93%, đầy tai: 96% [12]. Theo Hui, đau tai: 70%, ngứa tai: 60%, đầy tai: 22% [9]. Như vậy có thể thấy rằng đau và ngứa tai là triệu chứng chủ yếu, chiếm tỷ lệ cao trong bệnh viêm ống tai ngoài. Các triệu chứng đầy tai và ù tai thay đổi tùy theo tình trạng của ống tai ngoài.

4.1.10. Tình trạng ống tai ngoài

Tình trạng ống tai ngoài trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp mảng ráy tai (58,5%), mủ tai (35,8%). Tình trạng này phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân gây bệnh trên từng bệnh nhân.

4.1.11. Tình trạng màng nhĩ

Có 13,2% (7/53 tai) có thủng màng nhĩ và 86,8% (46/53 tai) không có thủng màng nhĩ. Những trường hợp viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ kèm theo rối loạn chức năng vòi tai, viêm ống tai ngoài rất khó điều trị thành công do bệnh lý tai giữa kéo dài mạn tính, đặc biệt là nấm tai [8].

4.1.12. Kết quả phân lập vi sinh vật

Phân lập vi sinh vật cho kết quả chủ yếu là nấm (60,8%). Vi khuẩn chiếm tỷ lệ 29,4% bệnh nhân. Theo chúng tôi, sở dĩ tỷ lệ nấm lại cao như vậy vì nhiều nguyên nhân. Thứ nhất: Theo Sander, nhiễm nấm tai là kết quả của việc điều trị kéo dài những nhiễm trùng tại ống tai dẫn theo sự nhiễm nấm và vi khuẩn [15]. Hiện nay việc sử dụng kháng sinh bừa

bãi và không đủ liệu trình là khá phổ biến. Thứ hai: Nấm là tác nhân gây bệnh trong viêm ống tai ngoài khi môi trường quá ẩm và nhiệt. Agarwal chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm nấm khác nhau tùy từng nơi trên thế giới. Tần suất sẽ cao hơn ở khu vực nóng, ẩm, đặc biệt là khu vực nhiệt đới và cận nhiệt đới [4]. Thứ 3, tỷ lệ nấm không phải là thấp mà là do chưa được lưu ý tới nên thường bị bỏ qua [1].

4.1.13. Kết quả nuôi cấy nấm

Kết quả nuôi cấy nấm aspergillus chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%), tiếp theo là chủng nấm candida (16,1%). Điều này tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Chí Thông: Aspergillus 82,4%, candida 9,8% [2], Lê Thị Tuyết: Aspergillus 84,8%, candida 15,2% [3], Kaur: Aspergillus 79,4%, candida 13,7% [10].

4.1.14. Kết quả định danh vi khuẩn

80% tai bệnh bị nhiễm Staphylococcus aureus, 15% tai bệnh bị nhiễm Pseudomonas aeruginosa. Rosenfeld đã đánh giá một cách tổng quát hơn tỷ lệ gây bệnh của S. aureus: 10 – 70%, P. aeruginosa: 20 – 60% [14]. Như vậy có thể thấy được S. aureus và P. aeruginosa là 2 loại vi khuẩn chủ yếu gây nên viêm ống tai ngoài do vi khuẩn.

4.1.15. Mối liên quan giữa thể lâm sàng và nguyên nhân

Trong viêm ống tai ngoài cấp, nguyên nhân vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%)

Trong viêm ống tai ngoài mạn, nguyên nhân nấm chiếm tỷ lệ cao nhất (96,7%)

4.1.16. Tình trạng đau khi kéo hoặc ấn vành tai

Trong viêm ống tai ngoài cấp, tình trạng đau vành tai khi kéo hoặc ấn bình tai chiếm tỷ lệ 60,9%. Trong viêm ống tai ngoài mạn, tình trạng đau vành tai khi kéo hoặc ấn bình tai chiếm tỷ lệ 3,3%

Theo tác giả Hui, triệu chứng phân biệt viêm ống tai ngoài cấp tính với viêm tai giữa có chảy mủ và nấm tai chính là đau khi ấn hoặc ấn vành tai [9]. Một số bệnh nhân trước khi đến khám có thể đã sử dụng kháng sinh, kháng viêm nên triệu chứng này có thể âm tính tuy nhiên khi hỏi về bệnh sử sẽ giúp ta chẩn đoán chính xác được nguyên nhân bệnh lý trên lâm sàng.

4.1.17. Mối liên quan giữa triệu chứng cơ năng với nguyên nhân

Trong mẫu nghiên cứu, có thể thấy được rằng triệu chứng ngứa tai gặp trong 68% số tai bệnh, đau tai gặp trong 49% và triệu chứng đầy nặng tai gặp trong 22,6%. Trong đó, ngứa tai hay gặp nhất ở nguyên nhân do nấm (56,6%). Cảm giác đầy nặng tai hay gặp nhất là nguyên nhân do nấm (13,2%). Đau tai hay gặp nhất là nguyên nhân do vi khuẩn (24,5%).

4.1.18. Kết quả kháng sinh đồ của tỵ cầu vàng

Vi khuẩn tỵ cầu vàng trong viêm ống tai ngoài nhạy cảm nhiều nhất với vancomycin (100%), tiếp theo là đến các loại kháng sinh gentamycin (76,5%),

ciprofloxacin (64,7%)

Nghiên cứu của Heward cho thấy S. aureus với gentamycin nhạy cảm 100% [5]. Nghiên cứu của Geyer cho kết quả khá tương đồng với chúng tôi: S. aureus 54% nhạy cảm với gentamycin, đối với vi khuẩn kỵ khí chỉ nhạy cảm với metronidazole [6].

Wiperman nghiên cứu có kết luận: 70 – 90% kháng sinh nhóm flouroquinolon và aminoglucosid có tác dụng lâm sàng trong viêm ống tai ngoài [16]. Như vậy gentamycin và ciprofloxacin vẫn là những kháng sinh được sử dụng tốt trong điều trị viêm ống tai ngoài do vi khuẩn S. aureus.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm ống tai ngoài

4.2.1. Kết quả điều trị viêm ống tai ngoài

Tỷ lệ đáp ứng điều trị chiếm 90,6% và tỷ lệ điều trị thất bại là 9,4%. Bệnh nhân thất bại đa phần là bị nhiễm nấm. Điều trị nấm phải kéo dài ít nhất là 14 ngày [2]. Chính vì kéo dài như vậy mà triệu chứng lại nhanh hết làm cho bệnh nhân không tuân thủ điều trị, dễ dẫn tới thất bại.

4.2.2. Thời gian hết triệu chứng cơ năng tại tai

Thời gian hết triệu chứng cơ năng tại tai trung bình là $6,2 \pm 2,79$ ngày. Thời gian hết triệu chứng dài nhất là 14 ngày, ngắn nhất là 2 ngày.

Trong thời gian đầu, bệnh nhân được vệ sinh tai, lấy sạch mủ và mảng ráy, điều trị tạo chỗ làm giảm bớt các triệu chứng cơ năng nhanh chóng biến mất

4.2.3. Mối liên quan giữa tình trạng màng nhĩ và kết quả điều trị

Trong nhóm có màng nhĩ thủng, tỷ lệ số tai bệnh điều trị thất bại là 49,2%, cao hơn so với nhóm tai bệnh có màng nhĩ không thủng (4,3%). Thủng màng nhĩ là yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Những bệnh nhân có lỗ thủng màng nhĩ thường có tình trạng viêm tai giữa mạn tính. Đây là yếu tố thuận lợi cho viêm ống tai ngoài phát triển.

Ở những bệnh nhân có màng nhĩ thủng thường không tuân thủ cách bôi thuốc. Bệnh nhân sợ đưa thuốc vào tai sẽ làm tổn thương màng nhĩ. Cùng với đó là tình trạng mủ tai làm cho bệnh lý tồn tại dai dẳng, điều trị thất bại.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân với 53 tai được chẩn đoán và điều trị tại phòng khám Tai Mũi Họng Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 3/2018 đến tháng 8/2018. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Đặc điểm và mối liên quan giữa lâm sàng và cận lâm sàng trong bệnh viêm ống tai ngoài

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, ở cả hai giới, người lớn (88,2%) gặp nhiều hơn trẻ em (11,2%). Nhóm tuổi > 15 – 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%.

Tuổi trung bình mắc bệnh: $34,6 \pm 18,2$. Tuổi nhỏ nhất là 11, tuổi lớn nhất là 92.

Bệnh nhân sinh sống tại thành thị (47,1%) và nông thôn (52,9%) tương đương nhau.

15,7% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tiền sử bị viêm tai giữa mạn tính.

37,3% bệnh nhân tiền sử có sử dụng kháng sinh, 21,6% có sử dụng corticoid.

Bệnh nhân có thói quen lấy ráy tai tại tiệm cắt tóc (60,8%) cao hơn tự lấy ráy tai (29,2%).

Có 30,2% số tai bệnh có tiền sử chấn thương tai.

Tần suất triệu chứng cơ năng: ngứa tai (68,0%), đau tai (41,9%), nặng tai (22,6%).

Số tai bệnh ở giai đoạn cấp tính chiếm tỷ lệ 43,4%, giai đoạn mạn tính chiếm tỷ lệ 56,6%.

Có 13,2% số tai có thủng màng nhĩ.

Phân lập vi sinh vật cho kết quả là nấm (60,8%), vi khuẩn (29,4%), vừa nhiễm nấm vừa nhiễm vi khuẩn (9,8%).

Kết quả nuôi cấy nấm *aspergillus* chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%), tiếp theo là chủng nấm *candida* (16,1%), soi tươi (+) nhưng nuôi cấy không ra nấm (16,1%).

Kết quả định danh vi khuẩn thì nhiễm *Staphylococcus aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), 15,0% bệnh nhân bị nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*.

Ngứa tai hay gặp nhất ở nguyên nhân do nấm

(56,6%). Đau tai gặp hay gặp nhất là nguyên nhân do vi khuẩn (24,5%), tiếp theo đến nguyên nhân do nấm (15,1%).

Trong viêm ống tai ngoài cấp, nguyên nhân vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%), tiếp sau là do nhiễm vi khuẩn + nấm (21,7%),

Trong viêm ống tai ngoài mạn, nguyên nhân nấm chiếm tỷ lệ cao nhất (96,7%).

Vi khuẩn trong viêm ống tai ngoài nhạy cảm nhiều nhất với vancomycin (100%), tiếp theo là đến các loại kháng sinh khác là gentamycin (76,5%), ciprofloxacin (64,7%), tetracycline (58,8%).

Vi khuẩn trong viêm ống tai ngoài nhạy cảm thấp nhất với kháng sinh penicillin (12,5%), tiếp theo đến các loại kháng sinh khác erythromycin (23,5%), chloramphenicol (26,7%), cefoxitin (35,3%).

2. Đánh giá kết quả điều trị viêm ống tai ngoài

Tỷ lệ đáp ứng điều trị chiếm 90,6%. Tỷ lệ điều trị thất bại là 9,4%.

Trong viêm ống tai ngoài, thời gian hết triệu chứng cơ năng tại tai trung bình là $6,2 \pm 2,79$ ngày.

Thời gian hết triệu chứng dài nhất là 14 ngày, ngắn nhất là 2 ngày.

Trong nhóm có màng nhĩ thủng, tỷ lệ đáp ứng điều trị là 57,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liên (2006), "Nấm tai", *Giản yếu bệnh học Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Hà Nội, tr. 80 - 81.
2. Lê Chí Thông (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nấm tai tại Huế", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*, Trường Đại học Y dược Huế.
3. Lê Thị Tuyết, Trần Quốc Kham (2007), "Tình hình nhiễm nấm ở những bệnh nhân bị viêm ống tai ngoài đến xét nghiệm tại phòng ký sinh trùng bệnh viện Đại học Y Thái Bình", *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, số 1, tr. 88 - 92.
4. Agarwal P, Devi L S (2017), "Otomycosis in a Rural Community Attending a Tertiary Care Hospital: Assessment of Risk Factors and Identification of Fungal and Bacterial Agents", *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), pp. 14 - 18.
5. Dibb W L (1991), "Microbial aetiology of otitis externa", *Journal of Infection*, 22(3), pp. 233 - 239.
6. Geyer M, Howell-Jones R, Cunningham R, McNulty C (2011), "Consensus of microbiology reporting of ear swab results to primary care clinicians in patients with otitis externa", *British Journal of Biomedical Science*, 68(4), pp. 174 - 180.
7. Heward E, Cullen M, Hobson J (2018), "Microbiology and antimicrobial susceptibility of otitis externa: a changing pattern of antimicrobial resistance", *The Journal of Laryngology and Otology*, 132(4), pp. 314 - 317.
8. Hueso G P, Jiménez A S, Gil-Carcedo S E, Gil-Carcedo G L M, Ramos S C, Vallejo V L A (2005), "Presumption diagnosis: otomycosis. A 451 patients study", *Acta Otorrinolaringol Esp*, 56(5), pp. 181 - 186.
9. Hui C P (2013), "Acute otitis externa", *Paediatrics and Child Health*, 18(2), pp. 96 - 98.
10. Kaur R, Mittal N, Kakkar M, Aggarwal A K, Mathur M D (2000), "Otomycosis: a clinicomycologic study", *Ear Nose Throat Journal*, 79(8), pp. 606 - 609.
11. Mogadam A Y, Asadi M A, Rohullah Dehghani, Hooshyar H (2009), "The prevalence of otomycosis in Kashan, Iran, during 2001-2003", *Jundishapur Journal of Microbiology*, 2(1), pp. 18 - 21.
12. Pradhan B, Tuladhar N R, Amatya R M (2003), "Prevalence of otomycosis in outpatient department of otolaryngology in Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathmandu, Nepal", *Annals of Otolaryngology and Rhinology and Laryngology*, 112(4), pp. 384 - 387.
13. Probst R, Grevers G, Iro H (2006), "The External Ear", *Basic Otorhinolaryngology*, Thieme Publish, New York, pp. 208 - 225.
14. Rosenfeld R M, Schwartz S R, Cannon C R, Roland P S, Simon G R, Kumar K A, Huang W W, Haskell H W, Robertson P J (2014), "Clinical practice guideline: acute otitis externa executive summary", *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 150(2), pp. 161 - 168.
15. Sander R (2001), "Otitis Externa: A Practical Guide to Treatment and Prevention", *American Family Physician*, 63(5), pp. 927 - 936.
16. Wipperman J (2014), "Otitis Externa", *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 41(1), pp. 1 - 9.