

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT ống THÔNG KHÍ

Hoàng Phước Minh, Lê Thanh Thái
Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, nhĩ lượng, thính lực và đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 114 tai của 76 bệnh nhân viêm tai giữa ứ dịch có chỉ định đặt ống thông khí. Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Nhóm ≤ 6 tuổi gặp nhiều nhất (39,5%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhóm ≤ 6 tuổi là ngạt mũi (73,3%), chảy mũi (66,7%); nhóm >6 tuổi là ù tai (78,3%), nghe kém (76,1%). Hình ảnh màng nhĩ: dày đục toàn bộ (40,4%), có mức hơi dịch (64,1%), co kéo (44,7%), mất nón sáng (87,7%). Nhĩ đồ dẹt (type B) gặp nhiều nhất 78,1%. Thính lực đồ nghe kém dẫn truyền với PTA ≥ 20 dB 100%. Phẫu thuật đặt ống thông khí 1 hoặc 2 bên tai phổi hợp nạo VA. Thời gian theo dõi 6 tháng, PTA sau khi điều trị còn $28,4 \pm 1,6$ dB. Hầu hết các trường hợp thính lực tăng, tai khô, ống thông khí còn trên màng nhĩ. Biến chứng thường gặp là chảy tai và tụt ống thông khí. **Kết luận:** Các triệu chứng viêm tai giữa ứ dịch thường im lặng, khó phát hiện đặc biệt ở trẻ nhỏ. Đo nhĩ lượng đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán. Đặt ống thông khí giúp cải thiện thính lực và tái lập chức năng tai giữa.

Từ khóa: viêm tai giữa ứ dịch, ống thông khí

Abstract

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT FOR OTITIS MEDIA WITH EFFUSION BY VENTILATION TUBE INSERTION

Hoang Phuoc Minh, Le Thanh Thai
Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

Background: Otitis media with effusion (OME) is a common disease especially in children. **Objective:** To study clinical, tympanometry, audiometry and the results of ventilation tube insertion. **Materials and methods:** Prospective study with clinical intervention in 114 ears of 76 patients with OME. **Results:** The most common age group was ≤ 6 years of age (39.5%). Common symptoms in ≤ 6 years of age group are nasal obstruction (73.3%), rhinorrhea (66.7%); in > 6 years of age group are tinnitus (78.3%), hearing loss (76.1%). Tympanic membrane findings: completed opaque (40.4%), air-fluid level (64.1%), retraction (44.7%), losing cone of light (87.7%). Tympanogram type B was 78.1%. Audiogram was conductive hearing loss with PTA > 20 db (100%). Ventilation tube insertion one or both side associated with or without adenoidectomy. After 6 months of follow-up, postoperative average PTA was 28.4 ± 1.6 dB. Most of cases have dry ear, hearing improvement, tubes on the tympanic membrane. Common complications were otorrhea and extrusion. **Conclusion:** OME is asymptomatic especially in children. Tympanogram plays a key role in diagnosis. Ventilation tube insertion improves the hearing and restores the normal function of the middle ear.

Key words: otitis media with effusion, tilation tu

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa ứ dịch là tình trạng tụ dịch của tai giữa phía sau một màng nhĩ đóng kín nhưng không có các triệu chứng cấp tính như sốt, đau tai, kích thích. Viêm tai giữa ứ dịch là một trong những bệnh lý tai thường gặp nhất ở trẻ em và nếu không được điều trị đúng sẽ gây ra các di chứng nặng nề trên tai giữa, làm giảm chức năng của màng nhĩ, tai giữa và là nguyên

nhân chính của giảm sức nghe từ đó ảnh hưởng đến quá trình phát triển ngôn ngữ và học tập. Tại Việt Nam theo thống kê của Nguyễn Thị Hoài An có khoảng 8,9% trẻ bị bệnh này [1]. Ước tính khoảng 90% trẻ em bị viêm tai giữa ứ dịch ở một thời điểm nào đó trước 10 tuổi, đa số ở độ tuổi từ 6 tháng tuổi đến 4 tuổi [5]. Triệu chứng của bệnh nhẹ nhàng, không rõ ràng, diễn biến của bệnh tiềm tàng âm ỉ nên rất dễ bị bỏ

sốt khi thăm khám. Hiện nay, với sự phát triển của y học hiện đại, nhiều kỹ thuật mới đã góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh viêm tai giữa ở dịch đặc biệt nhĩ lượng đồ giúp chẩn đoán tình trạng ở dịch hòm nhĩ. Nhiều loại ống thông khí hòm nhĩ được tạo ra để dẫn lưu dịch từ hòm nhĩ ra ngoài. Đặt ống thông khí giúp cải thiện đáng kể sức nghe, giảm tình trạng ở dịch, giảm tỉ lệ mắc viêm tai giữa cấp tái phát, và tạo cơ chế dẫn lưu và điều trị kháng sinh tại chỗ đối với viêm tai giữa cấp kéo dài. Tần suất đặt ống thông nhĩ, chỉ định phẫu thuật cần có bằng chứng để giúp cho các bác sĩ chỉ định đúng đối tượng và theo dõi, đánh giá chăm sóc sau phẫu thuật. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, để góp phần chẩn đoán cũng như điều trị bệnh viêm tai giữa ở dịch, đề tài được tiến hành nhằm:

“Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ở dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí” với 2 mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm tai giữa ở dịch.
2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ở dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 114 tai của 76 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa ở dịch đến khám và điều trị bằng phương pháp đặt ống thông khí tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 03/2014 đến 01/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

- Các tiêu chí nghiên cứu, tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, hình ảnh màng nhĩ, thính lực đồ, nhĩ lượng đồ, phương pháp phẫu thuật, kết quả điều trị đặt ống thông khí.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi ghi hình, kính hiển vi phẫu thuật, máy đo thính lực và nhĩ lượng, ống thông khí (OTK).

- Các bước tiến hành nghiên cứu: Trước mổ tiến hành hỏi bệnh, khám ghi hình màng nhĩ, đo nhĩ lượng, đo thính lực cho trẻ lớn hợp tác tốt và bệnh nhân lớn tuổi. Tiến hành đặt OTK có kết hợp với nạo V.A nếu có chỉ định. Sau mổ đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng, 6 tháng.

- Bố mẹ bệnh nhân nhỏ tuổi và bệnh nhân lớn tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 18.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung

- Tuổi và giới: nhóm tuổi gặp nhiều nhất là ≤6 tuổi có 30 bn (39,5%), độ tuổi trung bình là 19,5±2,3. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch rất lớn, trường hợp nhỏ tuổi nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 84 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh của nam là 52,6% (40/76 bn), của nữ là 47,4% (36/76 bn).

- Số tai bệnh. Có 38 bệnh nhân bị bệnh 2 tai chiếm 50%, đa số trong nhóm ≤6 tuổi với 21 bn.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.1. Các triệu chứng cơ năng

Nhóm tuổi		Triệu chứng cơ năng								
		Ngạt mũi	Chảy mũi	Ù tai	Nghe kém	Ngủ ngáy	Chậm nói	Đau tai	Óc ách	Tự thính
≤6 tuổi (30 BN)	n	22	20	7	13	16	10	7	0	0
	%	73,3	66,7	23,3	56,7	53,3	33,3	23,3	0	0
>6 tuổi (46 BN)	n	18	18	36	35	14	2	16	6	8
	%	39,1	39,1	78,3	76,1	30,4	4,4	34,8	13,1	17,4
Tổng (76 BN)	n	40	38	43	48	30	12	23	6	8
	%	52,6	50,0	56,6	63,2	39,5	15,8	30,3	7,9	10,5

Trên nhóm bệnh nhân ≤6 tuổi các triệu chứng ngoài tai nổi bật như ngạt mũi (73,3%) và chảy mũi (66,7%) do liên quan nhiều đến V.A. Ngược lại trên nhóm bệnh nhân >6 tuổi (n=46) có khả năng nhận

biết và giao tiếp tốt các triệu chứng hay gặp nhất là ù tai (78,3%) gặp ở 36/46 bn và nghe kém (76,1%) gặp ở 35/46 bn. Có 8/46 bn có triệu chứng tự thính và 6/46 bn có triệu chứng óc ách trong tai.

3.1.3. Triệu chứng thực thể thăm khám màng nhĩ

Bảng 3.2. Kết quả hình ảnh thăm khám màng nhĩ (n=114)

Triệu chứng thực thể		n	Tỷ lệ %
Độ mờ đục	Bình thường	25	21,9
	Đục một phần	43	37,7
	Đục toàn bộ	46	40,4
	Tổng	114	100,0
Mức hơi dịch	Không	41	35,9
	Có	73	64,1
	Tổng	114	100,0
Màu sắc	Trắng xám	23	20,2
	Vàng một phần	64	56,1
	Vàng toàn bộ	27	23,7
	Tổng	114	100,0
Hình thái vị trí	Bình thường	4	3,5
	Co kéo	51	44,7
	Phẳng	1	0,9
	Hơi phồng	47	41,2
	Phồng toàn bộ	11	9,7
	Tổng	114	100,0
Độ di động	Bình thường	27	23,7
	Giảm di động	74	64,9
	Không di động	13	11,4
	Tổng	114	100,0
Nón sáng	Bình thường	14	12,3
	Giảm/mất	100	87,7
	Tổng	114	100,0

3.1.4. Kết quả đo nhĩ lượng

Bảng 3.3. Hình dạng nhĩ lượng đồ trên số tai bệnh (n=114)

Hình dạng	Số tai	Tỷ lệ %
Dạng dẹt	92	80,7
Dạng vòm	19	16,7
Dạng thẳng chéo trái	3	2,6
Tổng	114	100,0

Nhĩ lượng đồ dạng dẹt chiếm đa số 80,7% (92/114).

Bảng 3.4. Mức độ của độ thông thuận trước điều trị trên số tai bệnh (n=114)

Mức độ độ thông thuận	Số tai	Tỷ lệ %	Trung bình (mmHo)
>0,2 mmHo	25	21,9	0,12±0,16 (0;0,7)
≤0,2 mmHo	89	78,1	
Tổng	114	100,0	

Độ thông thuận thấp ($\leq 0,2$ mmHo) chiếm tỷ lệ rất cao (78,1%), trung bình là $0,12 \pm 0,16$ mmHo, thấp nhất là 0 mmHo, lớn nhất là 0,7 mmHo.

3.1.5. Kết quả đo thính lực

Bảng 3.5. Ngưỡng nghe trung bình trước và sau đặt ống thông khí 6 tháng (n=78)

Ngưỡng nghe TB (dB)	Trước điều trị	Sau 6 tháng	p<0,01
Trung bình	39,2 $\pm$ 1,4	28,4 $\pm$ 1,6	
Tối thiểu	21,7	15,3	
Tối đa	75,1	68,9	

Có 78/114 tai đo được thính lực trước và sau đặt OTK 6 tháng. Ngưỡng nghe trung bình khi tái khám là 28,4 $\pm$ 1,6 dB, có giảm so với trước điều trị, p<0,01.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí.

3.2.1. Các phương pháp điều trị

Bảng 3.6. Các phương pháp điều trị trên bệnh nhân (n=76)

Phương pháp điều trị	Phân bố bệnh nhân	
	n	Tỷ lệ %
Đặt OTK một bên đơn thuần	31	40,8
Đặt OTK hai bên	9	11,8
Đặt OTK một bên + nạo VA	7	9,2
Đặt OTK hai bên + nạo VA	29	38,2
Tổng	76	100,0

Đặt ống thông khí một bên đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 31/76 BN (40,8%). Tiếp đến là đặt OTK hai bên + nạo VA 29/76 BN (38,2%)

3.2.2. Kết quả sau điều trị đặt ống thông khí 3 và 6 tháng

Bảng 3.7. Kết quả sau điều trị đặt ống thông khí 3 và 6 tháng

Thời gian Kết quả	3 tháng	%	6 tháng	%
Tốt	95	83,3	65	59,6
Tụt ống	5	4,4	20	18,3
Tắc ống	3	2,6	6	5,5
Chảy tai	11	9,7	16	14,7
Nhiễm trùng	0	0,0	2	1,9
Tổng số (n)	114	100	109	100

Sau 3 tháng đặt OTK biến chứng chảy tai chiếm tỷ lệ cao nhất (9,7%). Sau 6 tháng thì biến chứng tụt ống chiếm tỷ lệ cao nhất với 18,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung

Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh viêm tai giữa ứ dịch xuất hiện ở mọi lứa tuổi, độ tuổi trung bình là 19,45 $\pm$ 2,3, lứa tuổi trước khi đến trường (từ 0 đến 6 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất 39,5%. Các tác

giả nước ngoài nhận xét rằng viêm tai giữa ứ dịch thường xuất hiện ở trẻ dưới 6 tuổi [3], [6], nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này thấp hơn, trong khi đó tỷ lệ trẻ lớn và người lớn lại cao, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, lấy mẫu trên thang độ tuổi rộng, cũng có thể vì triệu chứng ứ dịch ở trẻ em khó nhận biết nên cha mẹ thường hay bỏ qua hoặc nhầm lẫn với các bệnh lý khác.

4.1.2. Triệu chứng cơ năng

Các biểu hiện ở nhóm ≤ 6 tuổi thường là các triệu chứng ngoài tai, được phát hiện tình cờ khi bố mẹ

đưa đi khám vì các triệu chứng mũi họng, do phát hiện nghe kém gián tiếp qua các dấu hiệu chậm nói, gọi không đáp ứng hoặc đối với lứa tuổi đi học thì học hành sa sút, không nghe bài giảng. Trong Bảng 3.1, 73,3% trẻ bị ngạt mũi, 66,7% trẻ bị chảy mũi trong hoặc nhầy đục. Ở nhóm bệnh nhân >6 tuổi có khả năng giao tiếp và tự nhận biết các triệu chứng tốt thì triệu chứng thường gặp nhất là ù tai (78,3%) và nghe kém (76,1%). Cũng ở nhóm bệnh nhân này có thể khai thác các triệu chứng tự thính (17,4%) và óc ách trong tai (13,1%).

4.1.3. Triệu chứng thực thể

Theo Bảng 3.2, hình ảnh màng nhĩ co kéo chiếm tỷ lệ 44,7%, và có mức hơi dịch chiếm 64,1%. Ngoài ra màu sắc màng nhĩ vàng một phần chiếm 56,1% và đục toàn bộ chiếm 40,4%. Các kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An và Đoàn Diệu Vi [1], [2].

4.1.4. Kết quả đo nhĩ lượng

Hình ảnh nhĩ lượng đồ dạng dẹt chiếm tỷ lệ cao 80,7% tương ứng với type B phù hợp với đặc điểm nhĩ lượng đồ trong viêm tai giữa ứ dịch và cũng phù hợp với nhận định của Đoàn Diệu Vi [2]. Theo Bảng 3.4 độ thông thuận thấp ($\leq 0,2$ mmHo) chiếm tỷ lệ rất cao (78,1%), trung bình là $0,12 \pm 0,16$ mmHo. Nhĩ lượng đồ là phương pháp đánh giá khách quan chức năng tai giữa ngay cả đối với các bệnh nhân nhỏ tuổi. Tuy nhiên cần loại trừ các yếu tố gây dương tính giả như thủng màng nhĩ hoặc ráy tai bít tắc ống tai.

4.1.5. Kết quả đo thính lực

Chúng tôi đã đo thính lực được 78 tai ở những trẻ lớn và người lớn hợp tác tốt. Kết quả là 100% tai bị nghe kém dẫn truyền có PTA >20 dB. Nghiên cứu của Robin T. Cotton cũng cho thấy nghe kém trong viêm tai giữa ứ dịch là nghe kém dẫn truyền, sức nghe giảm từ 15 đến 45 dB [5]. Điều này cho thấy viêm tai giữa ứ dịch ảnh hưởng đáng kể đến sức nghe. Theo Bảng 3.5, PTA khi tái khám là $28,4 \pm 1,6$ dB, có giảm so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ cho thấy lợi ích của việc đặt OTK để dẫn lưu dịch, cân bằng áp suất bên ngoài và bên trong hòm nhĩ.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí

4.2.1. Các phương pháp điều trị

Đặt OTK là một trong các phẫu thuật gây mê toàn thân phổ biến nhất ở trẻ em, là lựa chọn đầu tiên trong các trường hợp viêm tai giữa ứ dịch cần can thiệp phẫu thuật. Theo Robin T. Cotton chỉ định đặt OTK khi bệnh nhân bị viêm tai giữa ứ dịch mạn tính với thính lực mất trên 15 dB, bị viêm tai giữa tái diễn nhiều đợt không đáp ứng điều trị, viêm tai giữa dính, xẹp nhĩ có túi co kéo, trẻ có các triệu chứng

rầm rộ [5]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đặt OTK dưới gây mê toàn thân với bệnh nhân nhỏ tuổi, các bệnh nhân lớn tuổi hợp tác tốt chúng tôi đặt OTK gây tê tại chỗ bằng kính hiển vi phẫu thuật hoặc nội soi. Phần lớn loại ống thông khí sử dụng là loại Grommet (ống thông khí thời gian ngắn < 1 năm), riêng một số trường hợp có hiện tượng xẹp nhĩ chúng tôi phải dùng ống chữ T (T-Tube: ống thông khí thời gian dài) đúng chỉ định và để đạt kết quả tốt nhất. Theo Bảng 3.6, phương pháp đặt OTK kết hợp nạo VA chiếm 38,2%. Các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An và Chantal Boonacker đều nhận xét việc kết hợp nạo VA với đặt OTK có hiệu quả tốt, phục hồi nhanh chức năng tai giữa trong viêm tai giữa ứ dịch [1], [3].

4.2.2. Kết quả sau điều trị đặt ống thông khí 3 và 6 tháng

Theo kết quả Bảng 3.7, cho thấy hầu hết tai khô, OTK còn nằm trên màng nhĩ. Biến chứng hay gặp nhất là chảy tai, tụt ống, trong nghiên cứu này sau 3 tháng có 11/114 tai bị chảy tai (9,7%) và 5/114 trường hợp tụt ống (4,4%). Sau 6 tháng tỉ lệ chảy tai là 16/109 tai và tụt ống là 20/109 tai (18,3%). Tỷ lệ chảy tai của tác giả Mohammad Yousaf là 13,6% [6]. Những trường hợp này đều được chúng tôi xử trí kịp thời, bệnh nhân được vệ sinh hút rửa làm sạch tai, nhỏ kháng sinh kháng viêm vào tai. Các trường hợp OTK bị đẩy ra sớm, tai bệnh nhân bị ứ dịch trở lại, chúng tôi tiến hành đặt lại OTK và theo dõi bệnh nhân. Đa số các trường hợp OTK tự đẩy ra màng nhĩ đều đóng kín, có 1 trường hợp có lỗ thủng màng nhĩ không đóng kín kéo dài chúng tôi tiến hành vá nhĩ bịt kín lỗ thủng. Theo Yousaf và Nurliza tỉ lệ màng nhĩ không đóng kín là 2,3% [6], [7].

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm chung: Viêm tai giữa ứ dịch xuất hiện ở mọi lứa tuổi, độ tuổi trung bình là $19,45 \pm 2,3$ lứa tuổi trước khi đến trường (từ 0 đến 6 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất 39,5%.

Triệu chứng cơ năng: Các biểu hiện ở nhóm ≤ 6 tuổi thường là các triệu chứng ngoài tai, được phát hiện tình cờ khi bố mẹ đưa đi khám vì các triệu chứng mũi họng, phát hiện nghe kém gián tiếp qua các dấu hiệu chậm nói, gọi không đáp ứng. Có 73,3% trẻ bị ngạt mũi, 66,7% trẻ bị chảy mũi trong hoặc nhầy đục. Ở nhóm bệnh nhân >6 tuổi có khả năng giao tiếp và tự nhận biết các triệu chứng tốt thì triệu chứng thường gặp nhất là ù tai (78,3%) và nghe kém (76,1%).

Triệu chứng thực thể: Hình ảnh màng nhĩ co kéo chiếm tỷ lệ 44,7%, và có mức hơi dịch chiếm 64,1%. Ngoài ra màu sắc màng nhĩ vàng một phần chiếm

56,1% và đục toàn bộ chiếm 40,4%.

Kết quả đo nhĩ lượng: Hình ảnh nhĩ lượng đồ dạng dẹt chiếm tỷ lệ cao 80,7% tương ứng với type B phù hợp với đặc điểm nhĩ lượng đồ trong viêm tai giữa ứ dịch, độ thông thuận thấp ($\leq 0,2$ mmHo) chiếm tỷ lệ rất cao (78,1%), trung bình là $0,12 \pm 0,16$ mmHo.

Kết quả đo thính lực: Chúng tôi đã đo thính lực được 78 tai ở những trẻ lớn và người lớn hợp tác tốt. Kết quả là 100% tai bị nghe kém dẫn truyền có PTA > 20 dB.

Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí

Các phương pháp điều trị: Trong nghiên cứu này chúng tôi đặt OTK dưới gây mê toàn thân với

bệnh nhân nhỏ tuổi, các bệnh nhân lớn tuổi hợp tác tốt chúng tôi đặt OTK gây tê tại chỗ bằng kính hiển vi phẫu thuật hoặc nội soi. Phần lớn loại ống thông khí sử dụng là loại Grommet (ống thông khí thời gian ngắn < 1 năm), riêng một số trường hợp có hiện tượng xẹp nhĩ chúng tôi phải dùng ống chữ T (T-Tube: ống thông khí thời gian dài) đúng chỉ định và để đạt kết quả tốt nhất. Đặt OTK kết hợp nạo VA chiếm 38,2%.

Kết quả sau điều trị đặt ống thông khí 3 và 6 tháng: Cho thấy hầu hết tai khô, OTK còn nằm trên màng nhĩ. Biến chứng hay gặp nhất là chảy tai, tụt ống, sau 3 tháng có 11/114 tai bị chảy tai (9,7%) và 5/114 trường hợp tụt ống (4,4%). Sau 6 tháng tỉ lệ chảy tai là 16/109 tai và tụt ống là 20/109 tai (18,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài An (2002), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em phường Trung Tự và một vài phường khác thuộc Hà Nội*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
2. Đoàn Diệu Vi (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Chantal WB Boonacker (2014), *Adenoidectomy with or without grommets for children with otitis media: an individual patient data meta-analysis*, Health Technology Assessment, National Institute for Health Research, UK.
4. Cummings et al (2015), *Acute Otitis Media and Otitis Media with Effusion*, Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Elsevier, USA, pp.3021-3040.
5. Robin T Cotton (1991), "The Surgical Management of Chronic Otitis Media With Effusion", *Pediatric Annals*. 20(11), pp. 628-636.
6. Yousaf M. (2012), "Medical versus surgical management of otitis media with effusion in children", *J Ayub Med Coll Abbotabad*. 24(1), pp. 83-85.
7. Nurliza I. (2011), "Retrospective Review of Grommet Insertions for Otitis Media with Effusion in Children in Singapore", *Med J Malaysia*, 66(3), pp. 227-230