

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Quách Thị Cẩm*; Nguyễn Hoài An*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả có can thiệp 30 bệnh nhân (BN) viêm tai xương chũm cấp (VTXCC), điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 1 - 2009 đến 12 - 2011. Kết quả: triệu chứng chính: đau tai (86,7%), sưng đau sau tai (53,3%), sốt (53,3%), sưng nóng đỏ đau sau và trên vành tai (73,3%), chảy tai (33,3%), xóa góc sau trên (36,7%), xuất ngoại sau tai (66,7%), tăng bạch cầu trong máu (73,3%). Hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT): 100% có hình ảnh tụ dịch hòm nhĩ, thượng nhĩ, sào bào; 57,1% hoại tử xương; 50% xuất ngoại. Các tổn thương trên phim cắt lớp phù hợp với bệnh tích trong phẫu thuật. Như vậy, VTXCC chủ yếu xảy ra ở trẻ nhỏ. Lâm sàng chủ yếu là sốt, đau tai, sưng đau sau tai và phản ứng vùng chũm, chảy tai, xóa góc sau trên, xuất ngoại sau tai. Hình ảnh chụp CLVT phù hợp với lâm sàng, có giá trị trong chẩn đoán và định hướng điều trị.

* Từ khoá: Viêm tai xương chũm cấp; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

CLINICAL AND COMPUTED TOMOGRAPHY SCAN CHARACTERISTICS OF MASTOIDITIS IN ENT NATIONAL HOSPITAL

SUMMARY

Retrospective study was carried out on 30 patients with acute otomastoiditis, treated in National ENT Hospital from January, 2009 to December, 2011. Results: the main signs: otalgia (86.7%), postauricular pain (53.3%), fever (53.3%), tenderness and protrusion of the auricle (73.3%), otorhea (33.3%), sagging of the posterosuperior canal wall (36.7%), had subperiosteal abscess (66.7%). 73.3% increased white blood cells. CT-scan characteristics: 100% of patients had haziness of the middle ear and mastoid air cells, 57.1% had bone destruction. Acute otomastoiditis affects mainly in young children. Clinical signs were otalgia, postauricular pain, fever, tenderness over the mastoid area, otorhea, sagging of the posterosuperior canal wall. CT-scan supports effectively in diagnosis and treatment.

* *Key words: Acute mastoiditis; Clinical, paraclinical characteristics.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai xương chũm cấp là một biến chứng thường gặp của viêm tai giữa cấp. Tại các nước phát triển, tỷ lệ biến chứng là 0,24%, ở các nước đang phát triển, tỷ lệ này thậm chí còn cao hơn (0,19 - 0,74%). Tỷ lệ mắc bệnh VTXCC khoảng 1,2 - 4,2/100.000

dân/năm. Sự xuất hiện của kháng sinh đã làm cho tỷ lệ bệnh giảm xuống từ những năm 50 thế kỷ trước. Theo báo cáo của House (1946) [6], khi sulfonamides được giới thiệu, tỷ lệ viêm tai giữa giảm 50%, tỷ lệ khoét chũm giảm 80%. Tuy nhiên gần đây, do sự gia tăng đáng kể tình trạng kháng

* Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Phản biện khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải
TS. Nghiêm Đức Thuận

kháng sinh, cùng với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý đã làm cho triệu chứng bệnh nhiều khi bị che lấp, gây khó khăn cho việc chẩn đoán và làm cho tỷ lệ bệnh có xu hướng tăng [1, 4, 10].

Tại Việt Nam, việc sử dụng kháng sinh cũng theo xu hướng chung của thế giới, kết hợp với lạm dụng kháng sinh và tình trạng sử dụng thuốc không kê đơn đã ít nhiều làm thay đổi đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh VTXCC. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

30 BN (nam 76,7%, 80% BN < 5 tuổi), được chẩn đoán bị VTXCC dựa trên lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh trên phim CT-scanner xương thái dương hoặc bệnh tích trong phẫu thuật, điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 01 - 2009 đến 12 - 2011.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả có can thiệp từng ca.

* *Xử lý số liệu*: thu thập thông tin: tên, mã bệnh án, tuổi, giới, tiền sử, các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh chụp CLVT, sau đó xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 17.0, với các test thống kê: χ^2 , Fisher exact test. $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

* *Đặc điểm tuổi, giới*:

≤ 1 tuổi: 8 BN (26,7%); 1 - 5 tuổi: 16 BN (53,3%); 5 - 10 tuổi: 1 BN (3,3%); 10 - 15 tuổi: 2 BN (6,7%); > 15 tuổi: 3 BN (10%).

Trước đây, VTXCC chủ yếu xảy ra ở trẻ lớn và người lớn. Ngày nay, trong thời đại của kháng sinh, tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng giảm, nhưng lại hay gặp hơn ở trẻ

nhỏ, đặc biệt trẻ < 2 tuổi do đặc điểm về giải phẫu và hệ miễn dịch chưa hoàn thiện [2, 5]. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 6,4 tuổi, nhóm tuổi < 5 chiếm 80%. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bluestone và CS và nhiều nghiên cứu khác [2, 5, 8].

Nam 76,7%, nữ 23,3%. Tỷ lệ nam/nữ là 3,3/1. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

* *Triệu chứng cơ năng*:

Đau tai: 26 BN (86,7%); sốt: 16 BN (53,3%); sưng đau sau tai: 16 BN (53,3%); chảy tai: 10 BN (33,3%).

BN đến khám thường bị viêm tai giữa cấp trước đó với tỷ lệ 20 - 60%. Triệu chứng chính của VTXCC gồm: vùng sau tai sưng, đỏ, đau; màng nhĩ phồng, đục, hay có lỗ thủng; sập thành sau trên ống tai; có thể gặp chảy mủ tai; toàn thân sốt cao nhất là trẻ < 2 tuổi, ăn uống kém [2, 7]. Nghiên cứu của Bluestone và CS tại Bệnh viện Trẻ em Pittsburgh từ 1980 - 1995 trên 72 BN viêm tai xương chũm cho thấy triệu chứng: đau tai (86,1%), sưng đau sau tai (80,6%), đỏ sau tai (70,8%), sốt (70,8%), vành tai nhô ra ngoài (70,8%), dịch hòm tai (66,7%), màng nhĩ viêm đỏ (58,3%), chảy tai (33,3%). Kết quả này cao hơn của chúng tôi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa.

Các triệu chứng nghe kém, nhức đầu, ù tai thường không khai thác được do BN chủ yếu là trẻ nhỏ.

* *Triệu chứng thực thể*:

Trong nghiên cứu, 22/30 BN (73,3%) có sưng nóng đỏ đau sau và trên vành tai, 8/30 BN (26,7%) có phản ứng vùng chũm, 10/30 BN (33,3%) có chảy mủ tai. Mặc dù hầu hết các trường hợp màng nhĩ có bất thường, nhưng chỉ có 20% (6 BN) là có lỗ thủng màng nhĩ. Dấu hiệu xóa góc sau trên

gặp trong 36,7% BN. Chúng tôi gặp 4/30 BN (13,3%) liệt mặt ngoại biên.

** Biến chứng:*

Biến chứng chủ yếu là xuất ngoại sau tai (22/30 BN = 73,3%), trong đó, 20/22 BN xuất ngoại sau tai, 2/22 BN xuất ngoại thái dương mồm tiếp. 4/30 BN liệt VII ngoại biên.

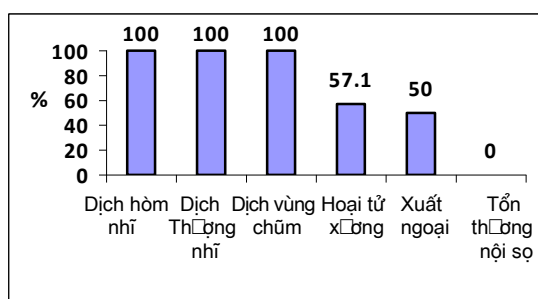
Biểu hiện màng nhĩ đỏ, dày hay có lỗ thủng, chảy mủ ít gặp hơn. Theo Bluestone, một số trường hợp hòm nhĩ không ứ dịch có thể do có hiện tượng bít tắc sào đạo, trong khi dịch trong hòm nhĩ vẫn được dẫn lưu qua vòi nhĩ [2].

2. Đặc điểm cận lâm sàng.

** Xét nghiệm máu:*

22 BN (73,3%) tăng bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. 8 BN (26,7%) bạch cầu trong giới hạn bình thường. Số lượng bạch cầu tăng trung bình là 17,7 G/l.

** Chẩn đoán hình ảnh:*



Biểu đồ 1: Tổn thương trên CT-scan xương thái dương (n = 14).

Trong VTXCC, phim chụp CLVT có giá trị trong cả chẩn đoán và định hướng điều trị, giúp đánh giá tình trạng viêm xương chũm, các biến chứng trong và ngoài sọ. Một số quan điểm mới hiện nay có xu hướng điều trị nội khoa không phẫu thuật trong trường hợp trên phim CLVT chỉ có hình ảnh ứ dịch vùng chũm mà không có

hình ảnh hoại tử xương hay biến chứng nội sọ. Chỉ định chụp CLVT trong VTXCC bao gồm: nghi ngờ có cholesteatoma, có triệu chứng thần kinh; BN đang điều trị mà triệu chứng không cải thiện hoặc xấu đi; nghi ngờ có biến chứng nội sọ [2, 9, 10].

Nghiên cứu của chúng tôi, 14 BN được chụp CLVT, 100% có dịch trong hòm nhĩ, thượng nhĩ và trong các tế bào chũm. Hiện tượng hoại tử xương chiếm 57,1%. 50% BN có hình ảnh xuất ngoại. Không BN nào có hình ảnh tổn thương nội sọ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 trường hợp VTXCC tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW trong 3 năm, chúng tôi rút ra một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như sau:

** Lâm sàng:* VTXCC chủ yếu gặp ở trẻ < 5 tuổi (80%). Bệnh hay gặp ở nam giới (76,7%). BN thường có tiền sử viêm tai giữa cấp trước đó. Triệu chứng toàn thân và cơ năng hay gặp: đau tai (86,7%), sốt, sưng đau sau tai. Thực thể: sưng đau trên và sau vành tai (22/30 BN), phản ứng đau vùng chũm (8/30 BN), kết hợp với chảy mủ tai, có dịch trong hòm nhĩ hoặc sập thành sau trên ống tai. Biến chứng thường gặp là xuất ngoại sau tai (73,3%).

** Cận lâm sàng:* xét nghiệm máu đa phần có tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh tụ dịch hòm nhĩ, thượng nhĩ, sào bào, một số có hoại tử xương và xuất ngoại. Các tổn thương trên phim cắt lớp phù hợp với bệnh tích trong phẫu thuật, có giá trị hỗ trợ cho chẩn đoán lâm sàng, giúp đánh giá tình trạng trong hòm nhĩ và xác định các biến chứng, định hướng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benito MB, Gorricho BP. Acute mastoiditis: Increase in the incidence and complications.

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2007, Vol 71, pp.1007-1011.

2. *Bluestone CD*. Acute and chronic mastoiditis and chronic suppurative otitis media. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*. 1998, 9 (1), pp.12-26.

3. *Gliklich RE et al*. A contemporary analysis of acute mastoiditis. *Archives of Otolaryngology, Head & Neck Surgery*. 1996, Vol 122, pp.135-139.

4. *Go C, Bernstein JM et al*. Intracranial complications of acute mastoiditis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2000, Vol 52, pp.143-148.

5. *Harley EH et al*. Acute mastoiditis in children: A 12-year retrospective study. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 1997, Vol 116, pp.26-30.

6. *House HP*. Acute otitis media. A comparative study of the results obtained in therapy before and after the introduction of the sulfonamide compounds. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*. 1946, 43 (4), pp.371-378.

7. *Lin HW et al*. Clinical strategies for the management of acute mastoiditis in the pediatric population. *Clinical Pediatrics*. 2010, 49 (2), pp.110-115.

8. *Quesnel S et al*. Acute mastoiditis in children: A retrospective study of 188 patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2010, Vol 74, pp.1388-1392.

9. *Tamir S, Schwartz Y et al*. Acute mastoiditis in children: Is computed tomography always necessary? *Annals of Otorhinolaryngology*. 2009, 118 (8), pp.565-569.

10. *Tarantino V et al*. Acute mastoiditis: a 10 year retrospective study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2002, Vol 66, pp.143-148.

