

thiện thoát lưu thủy dịch, từ đó giúp hạ nhãn áp nhanh và ổn định, ngăn ngừa tiến triển glôcôm góc đóng.^{2, 8, 10}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể sớm có hiệu quả trong điều trị góc đóng cấp nguyên phát. Tuy nhiên cũng cần lưu ý vì mắt góc đóng cấp nguyên phát có tiền phòng nông, yếu dây chằng Zinn gây khó khăn trong phẫu thuật. Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể giúp kiểm soát nhãn áp ổn định và lâu dài, nhờ cải thiện độ sâu tiền phòng cũng như độ mở góc, và giải quyết vai trò của thủy tinh thể trong bệnh lý góc đóng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moussa, G., K. Bassilious, and N.J.A.O. Mathews.** A novel excel sheet conversion tool from Snellen fraction to LogMAR including 'counting fingers', 'hand movement', 'light perception' and 'no light perception' and focused review of literature of low visual acuity reference values. 2021; 99(6).
2. **Anbar, M.A., et al.** Angle, anterior chamber parameters, and intraocular pressure changes after early phacoemulsification in acute angle-closure glaucoma. 2023; 49(11):1147-1152.
3. **Lam, D.S., et al.** Randomized trial of early phacoemulsification versus peripheral iridotomy to prevent intraocular pressure rise after acute primary angle closure. 2008; 115(7):1134-1140.
4. **Moghimi, S., et al.** Acute angle closure: qualitative and quantitative evaluation of the anterior segment using anterior segment optical coherence tomography. 2014; 42(7):615-622.
5. **He, M., et al.** Anterior chamber depth in elderly Chinese: the Liwan eye study. 2008; 115(8):1286-1290. e2.
6. **Moghimi, S., et al.** Early phacoemulsification in patients with acute primary angle closure. 2015; 27(3-4):70-75.
7. **Lin, Y.-H., et al.** Early versus Delayed Phacoemulsification and Intraocular Lens Implantation for Acute Primary Angle-Closure. 2020; 2020(1):8319570.
8. **Zhao, R., et al.** Assessing the clinical efficacy of phacoemulsification cataract extraction in treating acute primary angle closure and fellow primary angle closure suspect eyes using AS-OCT. 2024; 11:1436991.
9. **Aung, T., et al.** Acute primary angle-closure: long-term intraocular pressure outcome in Asian eyes. 2001; 131(1):7-12.
10. **Li, S.-W., et al.** Angle parameter changes of phacoemulsification and combined phacotrabeculectomy for acute primary angle closure. 2015; 8(4):742

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM TAI GIỮA Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2025

Nguyễn Quang Hùng¹, Nguyễn Quang Trường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tai giữa cấp tính là bệnh nhiễm trùng khởi phát đột ngột, phổ biến ở trẻ em từ 24 tháng đến 06 tuổi. Nếu không được chẩn đoán và điều trị triệt để có thể dẫn tới nhiều biến chứng nghiêm trọng. Việc nắm bắt rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tai giữa sẽ giúp cho các y bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm tai giữa cấp ở trẻ em. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 117 trẻ em dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng năm 2025. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng chính gồm: Chảy mũi (97,4%), ho (94,9%), ngạt mũi (77,8%), dễ bị kích thích (84,6%), trẻ giữ tai, chà xát hoặc kéo tai (80,3%), đau tai (70,9%). Qua nội soi tai: đa số màng nhĩ đỏ rõ (>70%), tình trạng phòng màng nhĩ từ vừa đến nặng

(> 83%) và không có chảy mủ tai. Qua nội soi mũi họng: Đa số trẻ chảy dịch nhày mủ. Trẻ bị VA quá phát chiếm 76,9%. Chỉ có 3,4% trẻ có biến chứng thủng màng nhĩ cấp và 1,7% trẻ viêm xương chũm cấp. Trong đó dấu hiệu của cả 2 trường hợp viêm xương chũm cấp đều là phồng sập thành sau trên ống tai. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn vùng mũi họng thường là nguyên nhân chủ yếu gây viêm tai giữa cấp. Các triệu chứng chính bao gồm: chảy mũi, ho, ngạt mũi, đau tai, xung huyết màng nhĩ, phồng màng nhĩ.

Từ khóa: viêm tai giữa, trẻ em, đặc điểm lâm sàng, bệnh viện trẻ em Hải Phòng

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF OTITIS MEDIA AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2025

Introduction: Acute otitis media is a sudden-onset infectious disease that commonly affects children between 24 months and 6 years of age. If not properly diagnosed and thoroughly treated, it may lead to serious complications. A clear understanding of the clinical and paraclinical characteristics of acute otitis media will assist healthcare professionals in the diagnosis and management of the condition.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of acute otitis media in children. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 117 inpatients under 5 years of age at Hai Phong Children's Hospital in 2025. **Results:** The main subjective symptoms included: nasal discharge (97.4%), cough (94.9%), nasal congestion (77.8%), irritability (84.6%), ear holding, rubbing, or pulling (80.3%), and ear pain (70,9%). Otoscopy revealed that most tympanic membranes were markedly hyperemic (>70%), with moderate to severe bulging (>83%) and no otorrhea. Nasopharyngoscopy showed that most children had mucopurulent nasal discharge. Adenoid hypertrophy was observed in 76.9% of cases. Only 3.4% of children had acute tympanic membrane perforation, and 1.7% had acute mastoiditis. In both cases of mastoiditis, the main finding was posterior superior canal wall sagging. **Conclusion:** Nasopharyngeal infections are the primary cause of acute otitis media. The main clinical manifestations include nasal discharge, cough, nasal congestion, ear pain, tympanic membrane hyperemia, and bulging. **Keywords:** acute otitis media, children, clinical characteristics, Hai Phong Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp tính là bệnh nhiễm trùng khởi phát đột ngột mà nguyên nhân phổ biến do vi khuẩn hoặc virus xâm nhập ở tai giữa, thường đi cùng với viêm nhiễm ở vùng mũi họng, kéo dài ≤ 12 tuần [1].

Viêm tai giữa cấp tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến ở trẻ em từ 24 tháng đến 06 tuổi. Ở độ tuổi này, hệ miễn dịch yếu và vòi Eustache có cấu trúc và chức năng chưa trưởng thành [2]. Trẻ em cũng dễ bị mắc các bệnh lý viêm nhiễm đường hô hấp trên – là yếu tố thuận lợi giúp vi khuẩn lan lên tai giữa. Nếu không được chẩn đoán và điều trị triệt để có thể dẫn tới viêm tai xương chũm, viêm tai giữa mạn tính, gây ra các biến chứng như thủng màng nhĩ, viêm xương chũm, liệt VII ngoại biên, thậm chí là mất thính lực và biến chứng nội sọ. Tuy nhiên, nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, bệnh có thể khỏi hoàn toàn không để lại di chứng gì. Việc nắm bắt rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tai giữa sẽ giúp cho các y bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm tai giữa cấp ở dưới 5 tuổi bị viêm tai giữa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân dưới 5 tuổi (60 tháng) được chẩn đoán viêm tai giữa cấp, có chỉ định sử dụng kháng sinh và được làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Thời gian: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2025 đến tháng 10/2025

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân là trẻ em dưới 5 tuổi điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu, được chẩn đoán viêm tai giữa cấp, có chỉ định sử dụng kháng sinh và được làm kháng sinh đồ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu. Tổng có 117 trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm thông tin chung: Tuổi, giới tính

Đặc điểm lâm sàng: Sốt, ho, đau họng, chảy mũi, ngạt mũi, chảy dịch tai, ù tai, đau tai, giữ tai chà xát hoặc kéo tai, rối loạn tiêu hóa, dễ bị kích thích.

Đặc điểm cận lâm sàng: Màu sắc màng nhĩ, tình trạng phòng màng nhĩ, chảy mủ tai, chảy dịch mũi, tình trạng VA, tình trạng amidan, biến chứng viêm tai

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập:

- Bệnh án mẫu
- Máy nội soi tai mũi họng
- Loa soi tai, que tăm bông lấy mủ tai
- Các vật liệu làm xét nghiệm nuôi cấy phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ

Phương pháp thu thập: Hỏi và khai thác các thông tin theo bệnh án mẫu, kết hợp khám nội soi tai mũi họng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Kobotoolbox, quản lý bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 24.0.

Các thông thu thập sẽ được trình bày mô tả theo tần số và tỷ lệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thông qua. Các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

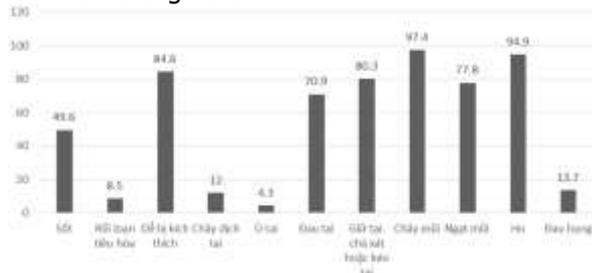
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới (n=117)

	Nam		Nữ		Tổng cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%
<6 tháng	6	8,4	1	2,2	7	6,0
6 tháng-36	54	76,1	39	84,8	93	79,5

tháng						
>36 tháng	11	15,5	6	13,0	17	14,5
Tổng cộng	71	100	46	100	117	100

Bảng 1 mô tả thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Trong số 117 đối tượng nghiên cứu được khảo sát, trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (71 nam so với 46 nữ). Nhóm trẻ < 6 tháng tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (6%), nhóm 6 – 36 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 79,5% và có 14,5% số trẻ > 36 tháng tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố các triệu chứng cơ năng của trẻ

Trong số 117 đối tượng nghiên cứu, có tới 97,4% trẻ gặp tình trạng chảy mũi, chiếm tỉ lệ cao nhất trên các triệu chứng được khảo sát, theo sau là ho, dễ bị kích thích và ngạt mũi với tỉ lệ lần lượt là 94,9%, 84,6%, 77,8%. Các triệu chứng ở tai cũng thể hiện ở đa số trẻ tới khám với đau tai (70,9%), trẻ giữ tai, chà xát hoặc kéo tai (80,3%). Số trẻ sốt chiếm 49,6%. Tỉ lệ thấp hơn được ghi nhận ở các triệu chứng đau họng (13,7%), chảy dịch tai (12%), rối loạn tiêu hóa (8,5%) và ù tai (4,3%).

Bảng 2. Đặc điểm nội soi tai (n=117)

	Tai phải		Tai trái	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Màu sắc màng nhĩ				
Xuất huyết	8	6,8	4	3,4
Đỏ rõ (toàn bộ màng nhĩ)	83	70,9	89	76,1

Bảng 4. Biến chứng viêm tai giữa

	Có biến chứng				Không có biến chứng
	Thủng màng nhĩ cấp	Liệt VII ngoại biên	Viêm xương chũm cấp	Biến chứng nội sọ	
Số lượng	4	0	2	0	111
%	3,4	0	1,7	0	94,9

Hầu hết trẻ được khám không có biến chứng viêm tai giữa, chiếm 94,9%. Tuy nhiên, có 3,4% trẻ có biến chứng thủng màng nhĩ cấp và 1,7% trẻ viêm xương chũm cấp. Trong đó dấu hiệu của cả 2 trường hợp viêm xương chũm cấp đều là phỏng sập thành sau trên ống tai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng. Số

Đỏ vừa phải (tại cán búa/1 phần màng nhĩ)	13	11,1	4	3,4
Đục hoặc xỉn màu	0	0	1	0,9
Bình thường	13	11,1	19	16,2
Tình trạng phòng màng nhĩ				
Nhẹ	0	0	3	2,6
Vừa	49	41,9	39	33,3
Nặng	56	47,9	59	50,4
Màng nhĩ lõm	1	0,9	0	0
Bình thường	11	9,4	16	13,7
Chảy mũi tai				
Có	9	7,7	11	9,4
Không	108	92,3	106	90,6

Bảng 2 cho thấy kết quả nội soi tai cho thấy đa số màng nhĩ đỏ rõ (70,9% tai phải và 76,1% tai trái trên tổng số ca), tình trạng phòng màng nhĩ từ vừa đến nặng (89,8% tai phải và 83,7% tai trái trên tổng số ca) và không có chảy mũi tai (>90% tổng số ca). Đặc biệt, tỉ lệ trẻ có màng nhĩ đục hoặc xỉn màu, màng nhĩ lõm hay phòng màng nhĩ nhẹ là rất thấp (0,9 – 2,6%).

Bảng 3. Đặc điểm nội soi mũi họng (n=117)

	Đặc điểm	Số lượng	%
Chảy dịch mũi	Dịch nhầy trong	16	13,7
	Dịch nhầy mủ	96	82,1
	Dịch mủ khe giữa/khe trên	3	2,6
Không chảy dịch mũi		2	1,7
VA	Viêm, phù nề, đọng mủ	27	23,1
	Quá phát	90	76,9
	Không viêm/quá phát	0	0
Amidan	Viêm	2	1,7
	Không viêm	115	98,3

Trong số 115 trẻ chảy dịch mũi qua nội soi mũi họng thì đa số là dịch nhầy mủ chiếm 82,1%. Trẻ bị VA quá phát chiếm 76,9%, còn lại 23,1% trẻ có VA viêm, phù nề, đọng mủ. Không có trẻ nào VA không viêm/quá phát. Ngược lại, chỉ có 1,7% trẻ có amidan viêm.

trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (60,7% nam so với 39,3% nữ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Ly tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương với 59,9% nam, 40,1% nữ [3]. Nhóm trẻ < 6 tháng tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ thấp nhất (6%), nhóm 6 – 36 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 79,5% và có 14,5% số trẻ > 36 tháng tuổi. Trẻ dưới 6 tháng tuổi rất ít mắc các bệnh nhiễm khuẩn nhờ hệ

thống kháng thể nhận được từ nhau thai mẹ trong 3 tháng cuối thai kỳ. Ngược lại, từ giai đoạn 6 tháng trở đi, các kháng thể IgG mẹ truyền sang đã giảm đi rất nhiều, hệ thống đáp ứng miễn dịch còn yếu nên dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Phải đến khoảng 3 tuổi hệ thống này mới được hoàn thiện và cơ thể trẻ mới có thể sản xuất đầy đủ các kháng thể chống lại các bệnh nhiễm trùng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ viêm tai giữa cấp. Trong số 117 đối tượng nghiên cứu, có tới 97,4% trẻ gặp tình trạng chảy mũi, chiếm tỉ lệ cao nhất trên các triệu chứng được khảo sát, theo sau là ho, dễ bị kích thích và ngạt mũi với tỉ lệ lần lượt là 94,9%, 84,6%, 77,8%. Như vậy, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là triệu chứng viêm đường hô hấp trên. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Ly [3] trên trẻ em ≤ 3 tuổi tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương với 97,2% trẻ có triệu chứng chảy mũi, ngạt mũi. Dịch tiết từ niêm mạc hô hấp đi vào tai giữa và ứ đọng gây bí tắc vòi Eustache, gây ra áp lực âm ở tai. Do đó nhiễm khuẩn vùng mũi họng thường là nguyên nhân chủ yếu gây viêm tai giữa cấp.

Các triệu chứng ở tai cũng thể hiện ở đa số trẻ tới khám với đau tai (70,9%), trẻ giữ tai, chà xát hoặc kéo tai (80,3%). Đau tai là triệu chứng cơ năng chủ quan của người bệnh, tuy nhiên lại khó khai thác ở những trẻ dưới 5 tuổi. Thay vào đó, trẻ biểu hiện bằng những hành động như giữ tai, kéo tai, chà xát tai. Tương tự theo các tác giả Shaikh nghiên cứu trên trẻ em 3 tháng đến 3 tuổi tại bệnh viện Nhi Pittsburgh [4], triệu chứng đau tai gặp ở hầu hết các trường hợp bệnh nhi bị viêm tai giữa nhưng chỉ khoảng 50 – 60% phần nản bị đau tai, còn lại biểu hiện qua các triệu chứng gián tiếp tại chỗ hoặc toàn thân.

Sốt trẻ chiếm 49,6%. Kết quả này thấp hơn hẳn nghiên cứu tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương của tác giả Vũ Thị Ly [3] (79,3%) hay tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng của tác giả Nguyễn Thanh Hải [5] (89,7%). Có sự chênh lệch này là do đối tượng ở nghiên cứu của chúng tôi bị viêm tai giữa cấp, bao gồm cả 3 giai đoạn: xung huyết, ứ mủ và cấp mủ. Trong khi đó ở 2 nghiên cứu trên, đối tượng đều ở giai đoạn viêm tai giữa ứ mủ và cấp mủ, sốt là triệu chứng điển hình của hội chứng nhiễm trùng.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ viêm tai giữa cấp. Kết quả nội soi tai cho thấy đa số trẻ có màng nhĩ đỏ rõ (70,9% tai phải và 76,1% tai trái trên tổng số ca), và không có chảy mủ tai (>90% tổng số ca). Như vậy có thể thấy, đa số trẻ em được thăm khám qua nội soi tai gặp tình

trạng viêm tai giữa giai đoạn xung huyết.

Tình trạng phòng màng nhĩ từ vừa đến nặng của 117 trẻ em được quan sát qua nội soi tai cho thấy 89,8% tai phải và 83,7% tai trái, khá tương đồng với nghiên cứu của Shaikh khi có 92% số trẻ em bị viêm tai giữa cấp có dấu hiệu phòng màng nhĩ [6]. Tác giả cũng chỉ ra rằng, tình trạng phòng màng nhĩ là dấu hiệu được đánh giá tốt nhất để phân biệt viêm tai giữa cấp tính với viêm tai giữa mãn tính. Theo nghiên cứu của Pirozzo, tỷ lệ gặp triệu chứng phòng màng nhĩ ở trẻ bị viêm tai giữa cấp với độ đặc hiệu là 97% và độ nhạy là 61% [7]. Đây là dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán viêm tai giữa cấp, chỉ ra dấu hiệu của viêm cấp tính và có dịch ở trong tai giữa. Nếu được phát hiện sớm và điều trị ở giai đoạn này có thể chủ động trích rạch dẫn lưu mủ sẽ tránh được biến chứng.

Trong số 117 trẻ được nội soi mũi họng có tới 115 trẻ có chảy dịch mũi và đa số là dịch nhày mù, chiếm 82,1%. Trẻ bị VA quá phát chiếm 76,9%. Theo tác giả Martine [8], tất cả dữ liệu thực nghiệm và lâm sàng đều dẫn đến kết luận rằng vi khuẩn gây ra viêm tai giữa đa số đến từ vòm họng thông qua vòi nhĩ. Sự xâm nhập của các tác nhân gây bệnh tai giữa tiềm ẩn vào vòm họng dường như là điều kiện tiên quyết để chúng có khả năng lây nhiễm vào tai giữa.

Hầu hết trẻ được khám không có biến chứng viêm tai giữa, chiếm 94,9%. Tuy nhiên, có 1,7% trẻ viêm xương chũm cấp mà dấu hiệu của cả 2 trường hợp này đều là phỏng sập thành sau trên ống tai. Có thể giải thích rằng, vị trí gần xương chũm với khe tai giữa cho thấy hầu hết các trường hợp viêm tai giữa mủ đều liên quan đến tình trạng viêm các tế bào khí xương chũm [8]. Bên cạnh đó, có 3,4% trẻ có biến chứng thủng màng nhĩ cấp. Đây là hình ảnh điển hình trong viêm tai giữa cấp mủ giai đoạn ứ mủ và chảy mủ, chiếm tỉ lệ cao hơn trong nghiên cứu của Vũ Thị Ly tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương [3] (16,9% tai phải và 16,2% tai trái) so với nghiên cứu của chúng tôi (3,4%). Kết quả có sự chênh lệch do nghiên cứu của chúng tôi đa số trẻ em viêm tai giữa cấp giai đoạn xung huyết trong khi đối tượng nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Ly là trẻ em viêm tai giữa cấp mủ.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn vùng mũi họng thường là nguyên nhân chủ yếu gây viêm tai giữa cấp. Các triệu chứng cơ năng chính bao gồm: chảy mũi, ho, ngạt mũi, dễ bị kích thích, trẻ giữ tai, chà xát hoặc kéo tai, đau tai. Triệu chứng cận lâm sàng gồm xung huyết màng nhĩ, phòng màng nhĩ. Đa

sổ trẻ em được thăm khám qua nội soi tai gặp tình trạng viêm tai giữa giai đoạn xung huyết, không có chảy mủ tai, có tỉ lệ biến chứng thủng màng nhĩ cấp và viêm xương chũm thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Danishyar A and A. JV.** Acute Otitis Media. StatPearls, [Updated 2023 Apr 15].
2. **Schilder, A.G., T. Chonmaitree, A.W. Cripps, et al.** Otitis media. Nat Rev Dis Primers, 2016. 2(1): 16063.
3. **Vũ Thị Ly.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan viêm tai giữa cấp ở trẻ em ≤ 3 tuổi. 2010: Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Shaikh, N., A. Hoberman, J.L. Paradise, et al.** Responsiveness and construct validity of a symptom scale for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*, 2009. 28(1): 9-12.
5. **Nguyễn Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của bệnh viêm tai giữa cấp ứ mủ tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020. 2020: Trường Đại học Y dược Hải Phòng.
6. **Shaikh, N., A. Hoberman, P.H. Kaleida, et al.** Otoloscopic signs of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*, 2011. 30(10): 822-826.
7. **Pirozzo, S. and C. Del Mar.** Acute otitis media. *West J Med*, 2001. 175(6): 402-407.
8. **François, M.** New views on the pathogenesis of acute otitis media and its complications. *Clinical Microbiology and Infection*, 1997. 3: 3S5-3S12.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ ĐỘNG TĨNH MẠCH MỀM BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Đình Công¹, Trần Phan Ninh^{1,2}, Nguyễn Văn Sang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tính an toàn của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị rò động tĩnh mạch màng mềm (pAVF) ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên các bệnh nhi được chẩn đoán rò động tĩnh mạch màng mềm (pAVF) và được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2019 đến tháng 2/2025. Các thông tin về lâm sàng, hình ảnh học, phương pháp can thiệp, biến chứng và kết quả điều trị được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Tổng số 13 bệnh nhi (5 nam, 8 nữ) được điều trị, tuổi trung bình là 541±810 ngày tuổi. Triệu chứng lâm sàng phổ biến bao gồm co giật (46.2%), suy tim/tăng áp phổi (30.8%), chậm phát triển trí tuệ (23.1%), xuất huyết não (30.8%). Phần lớn các ổ dị dạng ở vị trí trên lều (84.6%), thể đa lỗ rò (84.6%). Kỹ thuật can thiệp chủ yếu sử dụng keo sinh học (n-BCA), coil hoặc đa vật liệu để bít lỗ rò. Tất cả trường hợp tỷ lệ đạt xoá ổ dị dạng >50%, trong đó 38.5% trường hợp đạt xoá hoàn toàn ổ dị dạng. Tỷ lệ biến chứng gặp trong 30.8% trường hợp. **Kết luận:** Rò động tĩnh mạch màng mềm (pAVF) là dị dạng mạch máu hiếm gặp nhưng có thể gây tỷ lệ bệnh tật và tử vong cao. Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả và ít biến chứng. **Từ khóa:** Rò động tĩnh mạch màng mềm, can thiệp nội mạch, trẻ em.

SUMMARY

PRELIMINARY ASSESSMENT OF

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

ENDOVASCULAR TREATMENT OUTCOMES FOR PIAL ARTERIOVENOUS FISTULAS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes and safety of endovascular intervention in the treatment of pial arteriovenous fistulas (pAVF) in pediatric patients at Vietnam National Children's Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on pediatric patients diagnosed with pial arteriovenous fistulas (pAVF) and treated with endovascular intervention at National Children's Hospital from July 2019 to February 2025. Clinical data, imaging findings, interventional techniques, complications, and treatment outcomes were collected and analyzed. **Results:** A total of 13 pediatric patients (5 males, 8 females) were treated, with a mean age of 541 ± 810 days. The most common clinical symptoms included seizures (46.2%), heart failure/pulmonary hypertension (30.8%), intellectual developmental delay (23.1%), and intracranial hemorrhage (30.8%). The majority of lesions were supratentorial (84.6%) and had multiple fistulous connections (84.6%). Endovascular techniques primarily utilized n-butyl cyanoacrylate (n-BCA), coils, or a combination of embolic materials to occlude the fistulas. In all cases, the occlusion rate was >50%, with 38.5% of cases achieving complete obliteration. Complications were observed in 30.8% of cases. **Conclusion:** Pial arteriovenous fistulas (pAVF) are rare vascular malformations but can lead to high morbidity and mortality rates. Endovascular intervention is an effective treatment method with a low complication rate.

Keywords: Pial arteriovenous fistula, endovascular intervention, pediatric.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò động tĩnh mạch màng mềm (pAVF) là dị dạng mạch máu hiếm gặp, trong đó có sự thông nối trực tiếp giữa động mạch và tĩnh mạch mà