

CĂN NGUYÊN VI KHUẨN, KHÁNG SINH ĐỒ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA CẤP MŨ Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Lương Trọng Huy¹, Nguyễn Mậu Quý², Nguyễn Công Hoàng³

1.3. Trường Đại học Y Dược Đại học Thái Nguyên

2. Trường Đại học Y Khoa Vinh

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i72.307>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả căn nguyên vi khuẩn, kháng sinh đồ và nhận xét kết quả điều trị viêm tai giữa cấp tính mũ ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt ca bệnh. **Kết quả:** Nhóm trẻ dưới 6 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (80,8%), tỉ lệ nam/nữ là 1,17/1. Nguyên nhân thường gặp nhất là *S. aureus* (32,7%), tiếp theo là *H. influenzae* (30,8%), *P. aeruginosa* (17,3%), *S. pneumonia* (9,6%). Về kháng sinh đồ: *S. pneumonia* còn nhạy với Vancomycin, Quinolon, kháng khá cao với Betalactam. *HI* còn nhạy cảm cao với Quinolon, kháng cao với Cephalosporin. *S. aureus* hầu như kháng với Betalactam và Oxacillin, nhạy cảm với Vancomycin, Linezolid. *P. aeruginosa* còn nhạy cảm với nhiều kháng sinh. **Kết quả điều trị:** 82,7% điều trị khỏi, 17,3% đỡ giảm, không có bệnh nhân nặng hơn. Thời gian điều trị trung bình là $7,8 \pm 2,2$ ngày (ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 13 ngày). **Biến chứng:** Viêm ống tai ngoài lan tỏa (25,0%), viêm xương chũm (7,7%), nghe kém (1,9%). **Kết luận:** Nguyên nhân vi sinh thường gặp của viêm tai giữa là *S. aureus*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, *S. pneumonia*. Tỉ lệ kháng với kháng sinh nhóm Betalactam (Penicillin và Cephalosporin), Macrolid khá cao. Nhóm Quinolon, Vancomycin còn độ nhạy cao với vi khuẩn gây bệnh viêm tai giữa cấp tính mũ. Kết quả điều trị tốt. Biến chứng thường gặp nhất là viêm ống tai ngoài lan tỏa.

Từ khóa: Viêm tai giữa cấp tính mũ, trẻ em, kháng sinh đồ, biến chứng.

* Tác giả liên hệ: Lương Trọng Huy ĐT: 0912193434

Email: bsluongtronghuy@gmail.com

Nhận bài: 27/10/2025

Ngày nhận phản biện: 4/11/2025

Ngày nhận phản hồi: 5/11/2025

Ngày duyệt đăng: 10/11/2025

BACTERIAL PATHOGENS, ANTIBIOTIC RESISTANCE, AND TREATMENT OUTCOMES IN PEDIATRIC ACUTE SUPPURATIVE OTITIS MEDIA AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the bacterial etiology, antibiotic susceptibility patterns, and treatment outcomes of acute suppurative otitis media in children at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2025. **Subjects and Methods:** A descriptive case series study. **Results:** Children under 6 years of age accounted for the highest proportion (80.8%), with a male-to-female ratio of 1.17:1. The most common causative pathogen was *Staphylococcus aureus* (32.7%), followed by *Haemophilus influenzae* (30.8%), *Pseudomonas aeruginosa* (17.3%), and *Streptococcus pneumoniae* (9.6%). Regarding antibiotic susceptibility: *S. pneumoniae* remained sensitive to vancomycin and quinolones but showed high resistance to β -lactams. *H. influenzae* remained highly susceptible to quinolones but was highly resistant to cephalosporins. *S. aureus* was resistant to most β -lactams and oxacillin, yet sensitive to vancomycin and linezolid. *P. aeruginosa* remained sensitive to several antibiotics. Treatment outcomes showed that 82.7% of patients were cured, 17.3% improved, and none worsened. The average treatment duration was 7.8 ± 2.2 days (ranging from 3 to 13 days). Reported complications included diffuse otitis externa (25.0%), mastoiditis (7.7%), and hearing loss (1.9%). **Conclusion:** The most common bacterial pathogens causing acute otitis media were *S. aureus*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, and *S. pneumoniae*. High resistance was observed to β -lactam (penicillin and cephalosporin) and macrolide antibiotics, while quinolones and vancomycin maintained good sensitivity. Treatment outcomes were generally favorable. The most frequent complication was diffuse otitis externa.

Keywords: Acute suppurative otitis media, children, antibiotic susceptibility, complications.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp mủ (VTGCM) được định nghĩa là tình trạng viêm cấp và tạo mủ trong tai giữa do nhiễm khuẩn có thời gian dưới 12 tuần [1], [2]. Viêm tai giữa cấp mủ là bệnh phổ biến có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là ở trẻ em vì ở trẻ em vòi tai ngắn hơn, có tỷ lệ rộng hơn và nằm ngang hơn so với người lớn vì vậy các chất xuất tiết và vi khuẩn ở vùng mũi họng có thể vào tai giữa và gây viêm.

Viêm tai giữa cấp vẫn còn là một vấn đề sức khỏe lớn, với 83% trẻ em từng mắc phải ít nhất 1 lần, và 46% từng mắc phải ít nhất 3 lần khi dưới 3 tuổi [3]. Ở trẻ em dưới 6 tuổi, tỷ lệ mắc VTG được phát hiện là 9,2% ở Nigeria, 10% ở Ai Cập, 6,7% ở Trung Quốc, 9,2% ở Ấn Độ, 9,1% ở Iran và 5,1–7,8% ở Nga [4]. Ở Mỹ, viêm tai giữa cấp là nguyên nhân phổ biến nhất trong số phải điều trị kháng sinh ngoại trú. Ở Việt Nam viêm tai giữa cấp chiếm tỉ lệ 3-5% các bệnh lý ở trẻ em.

Vi khuẩn là nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp mủ trong đó có 3 loại vi khuẩn phổ biến là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Ngoài ra còn gặp nhiều loại khác nhau, chúng luôn thay đổi về độ

nhạy cảm với kháng sinh cũng như vai trò gây bệnh [5], [6].

Điều trị viêm tai giữa cấp tính mủ việc sử dụng kháng sinh hợp lý để phát huy hiệu quả điều trị, hạn chế tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh là rất quan trọng. Hiện nay có nhiều loại kháng sinh, việc sử dụng kháng sinh không có đơn của bác sĩ, không đúng liều, không đủ thời gian... đã làm gia tăng vi khuẩn kháng kháng sinh, việc điều trị gặp nhiều khó khăn dễ thất bại. Theo kết quả từ khảo sát tình trạng kháng thuốc kháng sinh (SOAR) 2016-2018 Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ kháng kháng sinh cao nhất ở châu Á [7]. Hiện nay, việc điều trị kháng sinh trong viêm tai giữa cấp mủ chủ yếu dựa theo kinh nghiệm. Vì vậy, để nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả căn nguyên vi khuẩn, kháng sinh đồ và nhận xét kết quả điều trị viêm tai giữa cấp mủ ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2024 - 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 52 bệnh nhân là trẻ em được chẩn đoán viêm tai giữa cấp mủ, có nuôi cấy mủ tai làm

kháng sinh đồ và điều trị tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2024 - 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân viêm tai giữa cấp chảy mủ, cấy mủ tai mọc vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có chích nhĩ trong đợt bệnh này.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Thuật tiện. Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

Các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung về tuổi, giới, địa dư.
- Kết quả cấy mủ: Loại vi khuẩn, kháng sinh đồ với chỉ số nhạy/trung gian/kháng.
- Kết quả điều trị, thời gian điều trị, các biến chứng.

Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân có 1 bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu trong đó ghi chép đầy đủ các thông tin về hành chính, tuổi, giới, địa chỉ, kết quả nuôi cấy, kháng sinh đồ, kết quả điều trị, biến chứng.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính số

lượng và tỉ lệ %, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 03 năm 2025 tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

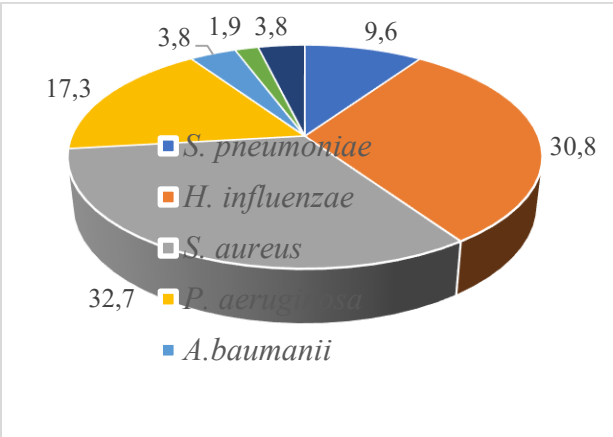
Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

		n	%
Nhóm tuổi	≤ 6 tuổi	42	80,8
	6 tuổi - ≤ 10 tuổi	9	17,3
	>10 tuổi	1	1,9
Giới	Nam	28	53,8
	Nữ	24	46,2
Tổng		52	100

Nhận xét:

- Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm dưới 6 tuổi (80,8%), chỉ 1,9% trên 10 tuổi.
- Tỉ lệ giới tính trong nhóm nghiên cứu là tương đương với tỉ số nam/nữ là 1,16.

3.2. Căn nguyên vi khuẩn và kháng sinh đồ ở trẻ viêm tai giữa cấp mủ.



Biểu đồ 1. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Nhận xét: *HI* và *S. aureus* là vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất, tiếp theo là trực khuẩn mủ xanh và phế cầu.

Bảng 2. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *S. pneumoniae* (n=5)

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	N	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
			n	%	n	%	n	%
Beta-lactam	Ceftriaxone	5	3	60,0	1	20,0	1	20,0
	Cefotaxime	5	2	40,0	1	20,0	2	40,0
Glycopeptid	Vancomycin	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Quinolone	Moxifloxacin	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
	Levofloxacin	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Lincosamid	Clindamycin	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Phenicol	Cloramphenicol	5	4	80,0	0	0,0	1	20,0
Cyclin	Tetracycline	5	1	20,0	0	0,0	4	80,0

Macrolid	Azithromycin	5	3	60,0	2	20,0	0	0,0
	Erythromycin	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0
	Linezolid	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0
	Rifampicin	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
	Co-trimoxazol	5	2	40,0	0	0,0	3	60,0

Nhận xét:

- Phế cầu còn nhạy 100% với các kháng sinh Vancomycin, Quinolone, Linezolid, Rifampicin.
- Các Cephalosporin có tỉ lệ kháng khá cao với phế cầu.

Bảng Error! No text of specified style in document.. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *H.influenzae* (n=16)

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	N	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
			n	%	n	%	n	%
β-lactam	Ampicillin + Sulbactam	13	3	23,1	0	0,0	10	76,9
	Piperacillin + Tazobactam	12	12	100,0	0	0,0	0	0,0
	Meropenem	16	16	100,0	0	0,0	0	0,0
	Ceftriaxone	16	7	43,8	9	56,2	0	0,0
	Cefotaxime	16	8	50,0	8	50,0	0	0,0
	Cefixime	14	1	7,1	13	92,9	0	0,0
	Cefepime	12	3	25,0	9	75,0	0	0,0

Quinol on	Ciprofloxacin	16	15	93,8	0	0,0	1	6,2
Macro lid	Azithromycin	13	5	38,5	5	38,5	3	23,0
	Co-trimoxazol	15	4	26,7	0	0,0	11	73,3

Nhận xét:

- Nhóm betalactam có tỉ lệ kháng khá cao, trừ Meronem và Piperacillin + Tazobactam còn có độ nhạy cao với HI. Ciprofloxacin có độ nhạy cao với HI (93,8%)
- Azithromycin và Cotrimoxazol có tỉ lệ nhạy thấp với HI (38,5% và 26,7%)

Bảng 4. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *S. aureus* (n=17)

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	N	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
			n	%	n	%	n	%
β-lactam	Penicillin	12	1	8,3	0	0,0	11	91,7
	Ceftriaxone	17	2	11,8	0	0,0	15	88,2
	Cefotaxime	17	2	11,8	0	0,0	15	88,2
Glycopeptid	Oxacillin	17	2	11,8	0	0,0	15	88,2
	Vancomycin	17	17	100,0	0	0,0	0	0,0
Quinolon	Ciprofloxacin	17	11	64,7	1	5,9	5	29,4
	Moxifloxacin	17	11	64,7	1	5,9	5	29,4
	Levofloxacin	17	11	64,7	0	0,0	6	35,3
Cylcin	Tetracyclin	17	9	52,9	0	0,0	8	47,1
Macrolid	Erythromycin	16	3	18,8	0	0,0	13	81,3

	Linezolid	17	17	100,0	0	0,0	0	0,0
	Rifampicin	17	14	82,4	1	5,9	2	11,8
	Cotrimoxazol	17	11	64,7	0	0,0	6	35,3

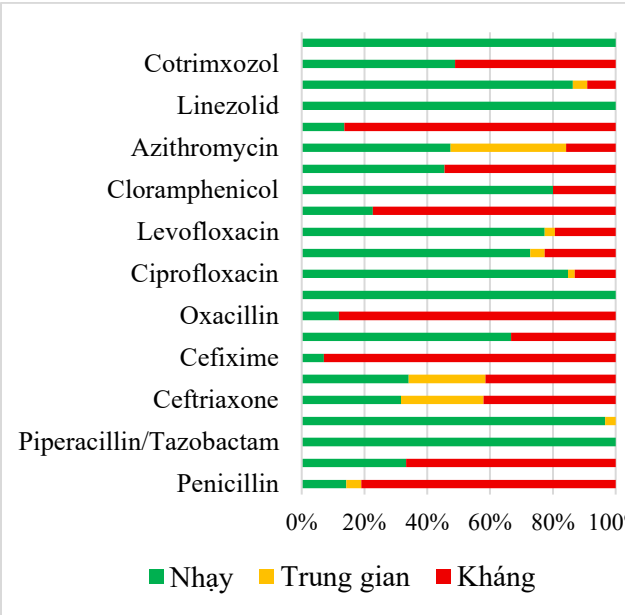
Nhận xét:

- Phần lớn kháng sinh nhóm betalactam và Oxacillin kháng với tụ cầu vàng.
- Nhóm Quinolon có tỉ lệ nhạy với tụ cầu vàng khá cao (>60%)
- Các kháng sinh Vancomycin (100%), Linezolid (100%), Rifampicin(82,4%) vẫn có tỉ lệ nhạy cao với tụ cầu vàng.

Bảng 5. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của *P. aeruginosa* (n=9)

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	N	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
			n	%	n	%	n	%
β-lactam	Piperacillin + Tazobactam	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0
	Meronem	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0
	Cefepime	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0
Quinolon	Ciprofloxacin	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0
	Levofloxacin	9	8	88,9	1	11,1	0	0,0
Aminosid	Amikacin	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Các kháng sinh Betalactam, Quinolon, Aminosid có tỉ lệ nhạy rất cao với trực khuẩn mủ xanh (88-100%)



Biểu đồ 2. Tổng hợp mức độ nhạy cảm với kháng sinh

Nhận xét:

- Các kháng sinh Vancomycin, Linezolid, Piperacillin+Tazobactam, Meronem, Ciprofloxacin, Rifampicin có tỉ lệ nhạy rất cao theo kháng sinh đồ (86-100%)
- Các kháng sinh nhóm Quinolon có tỉ lệ nhạy khá cao theo kháng sinh đồ.
- Tỉ lệ kháng của các kháng sinh nhóm Penicillin, Cephalosporin, Macrolid, Oxacillin khá cao theo kháng sinh đồ.

3.3. Kết quả điều trị viêm tai giữa cấp tính mủ ở trẻ em

Bảng 6. Kết quả điều trị viêm tai giữa cấp tính mủ ở trẻ em.

Điều trị		n	%
Kết quả	Khỏi	43	82,7
	Đỡ, giảm	9	17,3

Thời gian điều trị	≤ 7 ngày	27	51,9
	> 7 ngày	25	48,1
	Trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)	7,8 ± 2,2 (3 - 13)	
Kháng sinh	Đơn trị liệu	44	84,6
	Đa trị liệu (≥ 2 kháng sinh)	8	15,4
Điều trị triệu chứng	Giảm đau	12	23,1
	Corticoid	24	46,2
Điều trị tại chỗ	Làm thuốc tai	52	100
	Đặt ống thông khí	6	11,5
Biến chứng	Viêm xương chũm	4	7,7
	Nghe kém	1	1,9
	Viêm tai ngoài	13	25,0

Nhận xét: Kết quả điều trị tốt với tỉ lệ khỏi hoàn toàn là 82,7%. Thời gian điều trị trung bình 7,8 ngày, chủ yếu điều trị 1 kháng sinh (84,6%). 46,2% bệnh nhân điều trị corticoid, 11,5% cần đặt ống thông khí, 25% biến chứng viêm tai ngoài, 7,7% viêm xương chũm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về căn nguyên vi sinh và kháng sinh đồ ở trẻ viêm tai giữa cấp mủ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy S. aureus, H. influenzae, P. aeruginosa và S. pneumoniae là các vi khuẩn thường gặp nhất gây viêm tai giữa cấp mủ ở trẻ em, trong đó S. aureus chiếm tỉ lệ cao nhất với 32,7%, tiếp theo là HI với 30,8%. Một số nghiên cứu cũng cho thấy các vi khuẩn là

các tác nhân chính gây viêm tai giữa cấp tính mũ, tuy nhiên tỉ lệ gây bệnh thay đổi tùy theo từng nghiên cứu. Nghiên cứu trong nước của tác giả Phạm Thị Thanh Hải tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng cho thấy, *S. pneumonia* là vi khuẩn hay gặp nhất ở trẻ viêm tai giữa mũ (68,7%), tiếp theo là HI, *M. catarrhalis*[5]. Một phân tích tổng hợp của tác giả Gavrilovici cũng cho thấy, phế cầu chiếm đến 72,1%, HI chiếm 17,52% trong số các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính mũ ở trẻ em[8]. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Hải có thể đến từ cách thức lấy mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện nuôi cấy mũ tai qua lỗ thủng màng nhĩ, còn tác giả Phạm Thị Thanh Hải thực hiện nuôi cấy dịch mũ tai hoặc dịch mũ xoang. Cỡ mẫu của 2 nghiên cứu là tương đương nhau (52 trong nghiên cứu của chúng tôi và 48 trong nghiên cứu còn lại), do đó có thể loại trừ sai số do sự khác biệt cỡ mẫu. Ngoài ra, hệ thống phòng khám Tai Mũi Họng rộng khắp trên địa bàn Nghệ An, đặc biệt ở thành phố Vinh, các bệnh nhân có thể được điều trị tại các phòng khám. Các ca bệnh chậm tiến triển mới nhập viện điều trị, cấy mũ, do đó kết

quả nuôi cấy có sự khác biệt so với một số nghiên cứu khác.

Về tình trạng kháng kháng sinh, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số kết quả khá khác biệt. Đối với phế cầu, tỉ lệ kháng các kháng sinh Penicillin và Cephalosporin khá cao, dao động 20-40%. Các kháng sinh Quinolon, Vancomycin vẫn còn độ nhạy cao đối với phế cầu. Các kháng sinh Macrolid tỉ lệ kháng từ 40-100%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Hải cũng cho kết quả khá tương đồng với tỉ lệ nhạy cảm cao cho thấy *S. pneumoniae* có tỷ lệ nhạy cảm cao ($> 90\%$) với các kháng sinh Amoxicillin/Clavulanic Acid, Cefotaxim, Ceftriaxone, Cefepime, Vancomycin, Imipenem, Meropenem và Levofloxacin. Trong khi đó, *S. pneumoniae* đã đề kháng với các loại kháng sinh đường uống thông dụng như: Cefuroxim, Azithromycin, Erythromycin với tỷ lệ từ 56,2% đến 100,0% [5]. Đối với vi khuẩn HI, tỉ lệ nhạy cảm kháng sinh dao động từ 7,1% (Cefixime) đến 50,0% (Cefotaxime) với kháng sinh Cephalosporin, 93,8% với Ciprofloxacin. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khá nhiều so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị

Thanh Hải, khi tỉ lệ nhạy với Cephalosporin từ 33,3% (Cefepime) đến 100%[5]. Nghiên cứu của tác giả này cũng cho thấy tỉ lệ kháng Azithromycin (100%) cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (23,0%). Nghiên cứu của tác giả Gavrilovici cũng cho kết quả khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi khi tỉ lệ nhạy với các Cephalosporin rất cao (90-100%)[8].

Đối với vi khuẩn *S. aureus*, kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ kháng cao với Cephalosporin, Oxacillin (>88%), tỉ lệ nhạy cao với Quinolon (>64%), Vancomycin (100%). Kết quả này đặt ra vấn đề về lựa chọn kháng sinh trong điều trị, khi các kháng sinh nhóm betalactam vẫn là kháng sinh đầu tay trong điều trị viêm tai giữa cấp mủ ở trẻ em. Tuy nhiên, khá may mắn khi trong nhiều nghiên cứu, *S. aureus* không phải là căn nguyên gây bệnh hàng đầu trong viêm tai giữa cấp trẻ em.

Khi phân tích tích chung về tình trạng kháng kháng sinh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ kháng nói chung của kháng sinh nhóm betalactam là khá cao, từ 30-90%, trừ nhóm Imipenem vẫn còn nhạy cảm với các vi khuẩn gây

viêm tai giữa cấp. Kháng sinh nhóm Macrolid cũng có tỉ lệ kháng cao, đặc biệt là Erythromycin. Nhóm Quinolon còn tỉ lệ nhạy cảm khá cao. Các kháng sinh cần quản lý chặt như Meronem, Vancomycin, Linezolid vẫn còn tỉ lệ nhạy rất cao (90-100%)

4.2 Kết quả điều trị viêm tai giữa cấp tính mủ ở trẻ em.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả điều trị chung rất tốt với tỉ lệ khỏi hoàn toàn là 82,7%, đỡ giảm là 17,3%. Kết quả này của chúng tôi tương đương nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Hải với tỉ lệ khỏi là 97,3% [5]. Trong nghiên cứu này, thời gian điều trị lần lượt là 8,35 ngày (nhóm có sốt) và 7,09 ngày (nhóm không sốt), tương đương trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,8 ngày, tỉ lệ điều trị trên 7 ngày và dưới 7 ngày là tương đương nhau. Về số lượng kháng sinh điều trị, trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Hải [5], tỉ lệ cần điều trị 2 kháng sinh khá cao với 45,5%, trong khi tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 15,4%. Về biến chứng, tỉ lệ viêm xương chũm trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 7,7%, tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Hải là

8,3%[5]. Tỷ lệ viêm ống tai ngoài là 25,0%, cao hơn khá nhiều so với tác giả Phạm Thị Thanh Hải, chỉ là 0,9%. Sự khác biệt này có thể do tại Nghệ An, đặc biệt trên địa bàn thành phố Vinh, hệ thống phòng khám Tai Mũi Họng khá nhiều, các bệnh nhân viêm tai giữa có thể điều trị trước đó tại các cơ sở này, sau đó có một số bệnh nhân chậm tiến triển mới nhập viện điều trị.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân viêm tai giữa cấp mủ tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ 2024 đến 2025, chúng tôi thấy rằng căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất lần lượt là *S. aureus*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa* và *S. pneumoniae*. Tỷ lệ kháng Betalactam (trừ Meronem), Macrolid khá cao. Nhóm Quinolon tỷ lệ nhạy tương đối cao. Các kháng sinh Meronem, Vancomycin, Linezolid còn tỷ lệ nhạy rất cao. Kết quả điều trị khỏi hoàn toàn chiếm tỷ lệ rất cao. Thời gian điều trị trung bình là 7,8 ngày. Biến chứng ít gặp, lần lượt là viêm ống tai ngoài, viêm xương chũm và nghe kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Nhi khoa Việt Nam, Bệnh viện Nhi Trung ương. *Hướng dẫn thực hành*

lâm sàng chẩn đoán, điều trị và dự phòng viêm tai giữa cấp ở trẻ em. 2024.

2. Harmes KM, Blackwood RA, Burrows HL, et al. Otitis media: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. Oct 1 2013;88[7]:435-40.

3. Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis*. Jul 1989;160[1]:83-94. doi:10.1093/infdis/160.1.83

4. DeAntonio R, Yarzabal J-P, Cruz JP, et al. Epidemiology of otitis media in children from developing countries: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016/06/01/ 2016;85:65-74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.03.032>

5. Phạm Thị Thanh Hải, Bé Thị Lệ Thu, Đinh Dương Tùng Anh. Đặc điểm vi khuẩn học và kết quả điều trị viêm tai giữa cấp tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 02/15 2024;535[1B]doi:10.51298/vmj.v535i1B.8381

6. Tăng Thị Minh Thu. Viêm tai giữa cấp tính ở trẻ [Acute Otitis Media].

<https://www.benhvien108.vn/viem-tai-giua-cap-tinh-o-tre-acute-otitis-media.htm>

7. Torumkuney D, Van PH, Thinh LQ, et al. Results from the Survey of Antibiotic Resistance [SOAR] 2016-18 in Vietnam, Cambodia, Singapore and the Philippines: data based on CLSI, EUCAST [dose-specific] and pharmacokinetic/pharmacodynamic

[PK/PD] breakpoints. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. Apr 1 2020;75[Suppl 1]:i19-i42. doi:10.1093/jac/dkaa082

8. Gavrilovici C, Spoială E-L, Miron I-C, et al. Acute Otitis Media in Children—Challenges of Antibiotic Resistance in the Post-Vaccination Era. 2022;10[8]:1598.