

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI KHUẨN HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI VIÊM TAI GIỮA CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trịnh Thị Thanh Thảo¹, Trần Duy Ninh¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh^{1,2*}

1. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

2. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i78>.494

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và nhận xét kết quả điều trị viêm tai giữa cấp mủ ở trẻ từ 0-6 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả loạt ca bệnh, thiết kế tiến cứu. Quá trình thu thập số liệu được tiến hành đồng thời với quá trình điều trị, thu thập thông tin về đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, tình trạng màng nhĩ, kết quả nuôi cấy dịch tai giữa, kháng sinh đồ và diễn biến điều trị từ khi đến khám hoặc nhập viện đến khi ra viện. **Kết quả:** Trẻ dưới 24 tháng chiếm 75,0%, trẻ nam 55,6%; 71,8% đã mắc bệnh từ 2 đợt trở lên. Các triệu chứng thường gặp là chảy dịch mũi (90,3%), ho (82,3%), đau tai/dụi tai (71,8%) và sốt (65,3%). Giai đoạn ứ mủ chiếm 78,2%, vỡ mủ/chảy mủ tai 21,8%. Trong 31 mẫu dịch tai giữa, 14 mẫu dương tính (45,2%), chủ yếu là *H. influenzae* (42,9%), *S. pneumoniae* (35,7%) và *M. catarrhalis* (14,3%). Tỷ lệ nuôi cấy dương tính cao hơn ở trẻ chưa sử dụng kháng sinh trước viện (81,8%) so với nhóm sử dụng theo đơn (28,6%) và tự mua (16,7%; $p=0,014$). Kháng sinh đồ ghi nhận tỷ lệ nhạy cảm cao với meropenem (87,5%) và chloramphenicol (76,9%), trong khi đề kháng cao với erythromycin, clindamycin (100,0%) và tetracycline (83,3%). Điều trị nội khoa đơn thuần chiếm 75,0%; 24,2% kết hợp chích rạch màng nhĩ và 0,8% đặt ống thông khí. Sau 48-72 giờ, 75,0% bệnh nhi cải thiện. Tại thời điểm ra viện, 100% được ghi nhận “khỏi”, không ghi nhận biến chứng hoặc trường hợp diễn biến nặng phải chuyển tuyến. **Kết luận:** Viêm tai giữa cấp mủ trong nghiên cứu gặp chủ yếu ở trẻ dưới 2 tuổi và thường đi kèm các triệu chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. *H. influenzae* và *S. pneumoniae* là hai tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong các mẫu dịch tai giữa nuôi cấy dương tính. Phần lớn bệnh nhi đáp ứng thuận lợi với điều trị trong thời gian nằm viện/theo dõi tại cơ sở nghiên cứu.

Từ khóa: viêm tai giữa cấp; trẻ em; vi khuẩn học; kháng sinh; kết quả điều trị.

* Tác giả liên hệ: Phạm Thị Ngọc Anh

SĐT: 0386235933

Email: ngocanh86@gmail.com

Nhận bài: 21/09/2026

Ngày nhận phản biện: 27/09/2026

Ngày nhận phản hồi: 30/09/2026

Ngày duyệt đăng: 03/10/2026

CLINICAL, BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF CHILDREN WITH ACUTE SUPPURATIVE OTITIS MEDIA AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and bacteriological characteristics and treatment outcomes of acute suppurative otitis media in children aged 0-6 years at Thai Nguyen National Hospital. **Methods:** A prospective case series study was conducted in 124 children aged 0-6 years with acute suppurative otitis media at Thai Nguyen National Hospital from January 2026 to June 2026. Data were collected concurrently with the treatment process, including epidemiological characteristics, clinical symptoms, tympanic membrane findings, middle-ear fluid culture results, antimicrobial susceptibility testing, and treatment course from presentation or hospital admission to discharge. **Results:** Children younger than 24 months accounted for 75.0%, males 55.6%, and 71.8% had experienced at least two episodes of the disease. The most common symptoms were nasal discharge (90.3%), cough (82.3%), ear pain/ear rubbing (71.8%), and fever (65.3%). The suppurative stage accounted for 78.2%, while tympanic membrane perforation with otorrhea accounted for 21.8%. Of 31 middle-ear fluid specimens cultured, 14 (45.2%) were positive, with the predominant isolates being *Haemophilus influenzae* (42.9%), *Streptococcus*

pneumoniae (35.7%), and *Moraxella catarrhalis* (14.3%). The culture positivity rate was higher among children who had not received antibiotics before hospital presentation (81.8%) than among those who had received prescribed antibiotics (28.6%) or self-purchased antibiotics (16.7%; $p=0.014$). Antimicrobial susceptibility testing showed high susceptibility to meropenem (87.5%) and chloramphenicol (76.9%), whereas high resistance rates were observed for erythromycin and clindamycin (100.0%) and tetracycline (83.3%). Medical treatment alone was used in 75.0% of cases; 24.2% received medical treatment combined with myringotomy, and 0.8% underwent tympanostomy tube placement. After 48-72 hours, 75.0% of children showed clinical improvement. At discharge, 100% were recorded as having a “cured” outcome, with no complications or cases of clinical deterioration requiring referral to a higher-level facility. **Conclusion:** Acute suppurative otitis media in this study occurred predominantly in children younger than 2 years and was commonly associated with symptoms of upper respiratory tract infection. *H. influenzae* and *S. pneumoniae* were the two most frequently isolated pathogens among culture-positive middle-ear fluid specimens. Most children showed clinical improvement with treatment during the study period and were recorded as cured at discharge.

Keywords: *acute suppurative otitis media; children; bacteriology; antibiotics; treatment outcomes.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp mủ là một trong những bệnh lý nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em, đặc biệt trong những năm đầu đời và thường xuất hiện sau hoặc đồng thời với nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. Đặc điểm giải phẫu và chức năng vòi nhĩ chưa hoàn thiện, cùng với tần suất mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp cao ở trẻ nhỏ, là những yếu tố thuận lợi cho sự xuất hiện bệnh [1-3].

Các tác nhân vi khuẩn thường gặp trong viêm tai giữa cấp gồm *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Tỷ lệ phân lập các tác nhân này có thể thay đổi tùy theo đặc điểm quần thể nghiên cứu, giai đoạn bệnh, phương pháp lấy bệnh phẩm và việc sử dụng kháng sinh trước khi lấy mẫu [4-6].

Điều trị viêm tai giữa cấp mủ phụ thuộc vào tuổi, mức độ bệnh, triệu chứng toàn thân, tình trạng màng nhĩ và nguy cơ biến chứng. Việc lựa chọn kháng sinh cần dựa trên các hướng dẫn điều trị hiện hành, đồng thời cân nhắc đặc điểm vi khuẩn học và tình hình đề kháng kháng sinh tại địa phương. Một số trường hợp có thể cần chích rạch màng nhĩ hoặc đặt ống thông khí.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về viêm tai giữa cấp ở trẻ em đã được thực hiện tại nhiều cơ sở, song đặc điểm lâm sàng và mô hình vi khuẩn có thể khác nhau giữa các quần thể. Nghiên cứu này

được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên nhằm bổ sung số liệu thực tế tại địa phương. Mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhi viêm tai giữa cấp mủ từ 0-6 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 124 bệnh nhi được chẩn đoán viêm tai giữa cấp mủ và điều trị ngoại trú và nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2026 đến tháng 06/2026. Theo dõi từ khi đến khám hoặc nhập viện đến khi ra viện [7].

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 0-6 tuổi, được khám lâm sàng và được chẩn đoán viêm tai giữa cấp mủ. Những bệnh nhân giai đoạn ứ mủ được lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm nuôi cấy, phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ khi có chỉ định.

- Có đầy đủ các thông tin cá nhân cần thiết theo yêu cầu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không tuân thủ điều trị. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, thiết kế tiền cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2026 đến tháng 06/2026.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu này được thực hiện trên 124 bệnh nhi theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Các thông tin chung của bệnh nhân được thu thập bao gồm tuổi, giới, số lần mắc bệnh, sử dụng kháng sinh trước vào viện. Các triệu chứng lâm sàng được khai thác, thăm khám trực tiếp: đặc điểm tai bệnh, bệnh lý phối hợp tai mũi họng và hô hấp, nuôi cấy, kháng sinh đồ, phương pháp điều trị, kháng sinh ban đầu, đáp ứng sau 48-72 giờ, thời gian điều trị, tình trạng màng nhĩ và kết quả tại thời điểm ra viện/kết thúc điều trị.

Phương pháp thu thập số liệu

Quá trình thu thập số liệu được tiến hành đồng thời với quá trình điều trị: phỏng vấn khai thác bệnh sử, tiền sử, thăm khám các triệu chứng lâm sàng. Điều trị: toàn thân, tại chỗ, sử dụng kháng sinh, chích rạch màng nhĩ lấy bệnh phẩm nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng

sinh đồ khi có chỉ định và đánh giá kết quả điều trị.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lí và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên số 600/QĐ-BV.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<12 tháng	49	39,5
12-<24 tháng	44	35,5
≥24 tháng	31	25,0
Giới		
Nam	69	55,6
Nữ	55	44,4
Số lần mắc bệnh		
Lần đầu	35	28,2
≥2 lần	89	71,8

Nhận xét: Nhóm dưới 12 tháng chiếm 39,5%, nhóm 12-<24 tháng 35,5% và nhóm ≥24 tháng 25,0%; trẻ dưới 2 tuổi chiếm 75,0%. Nam chiếm 55,6%. Có 71,8% bệnh nhi đã mắc bệnh từ 2 đợt trở lên.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng	Chảy dịch mũi	112	90,3
	Ho	102	82,3
	Đau tai/dụi tai	89	71,8
	Sốt	81	65,3
	Chảy mủ tai	27	21,8
	Rối loạn tiêu hóa	25	20,2
	Viêm kết mạc	15	12,1
Giai đoạn bệnh	Ứ mủ	97	78,2
	Vỡ mủ	27	21,8

Nhận xét: Chảy dịch mũi (90,3%) và ho (82,3%) là các triệu chứng thường gặp nhất, tiếp theo là đau tai/dụi tai (71,8%) và sốt (65,3%). Chảy mủ tai ghi nhận ở 21,8% bệnh nhi. Rối loạn tiêu hóa và viêm kết mạc lần lượt chiếm 20,2% và 12,1%. Về giai đoạn bệnh, đa số bệnh nhi ở giai đoạn ứ mủ (78,2%), trong khi vỡ mủ chiếm 21,8%.

Bảng 3. Đặc điểm vi khuẩn học

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
----------	-----------	----------	-----------

Kết quả nuôi cấy	Dương tính	14	45,2
	Âm tính	17	54,8
	Tổng số	31	100,0
Vi khuẩn	<i>Haemophilus influenzae</i>	6	42,9
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	35,7
	<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	14,3
	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	1	7,1
	Tổng số	14	100,0

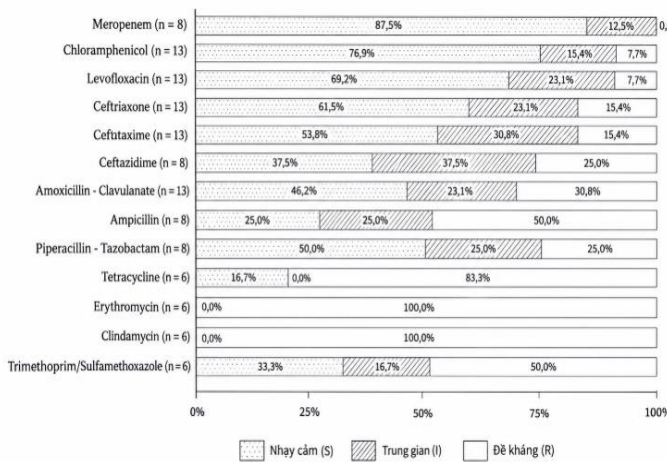
Nhận xét: Có 31 bệnh nhi được lấy dịch tai giữa để nuôi cấy; 14 mẫu dương tính (45,2%) và 17 mẫu âm tính (54,8%). Trong 14 mẫu dương tính, *H. influenzae* chiếm 42,9%, *S. pneumoniae* 35,7%, *M. catarrhalis* 14,3% và *S. haemolyticus* 7,1%.

Bảng 4. Kết quả nuôi cấy theo tình trạng sử dụng kháng sinh trước khi đến viện

Kết quả	Âm tính		Dương tính		Tổng số	p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		

Sử dụng kháng sinh	ng	(%)	ng	(%)		
Không dùng	2	18,2	9	81,8	11	P=0,014
Khám và theo dõi đơn	10	71,4	4	28,6	14	
Tự mua	5	83,3	1	16,7	6	
Tổng số	17	54,8	14	45,2	31	

Nhận xét: Tỷ lệ nuôi cấy dương tính ở nhóm chưa sử dụng kháng sinh là 81,8%, so với 28,6% ở nhóm dùng theo đơn và 16,7% ở nhóm tự mua; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).



Biểu đồ 1. Kết quả kháng sinh đồ của các chủng vi khuẩn phân lập (số lượng=14)

lượng=14)

Nhận xét: Trong số các chủng vi khuẩn phân lập được có kết quả kháng sinh đồ, tỷ lệ nhạy cảm thay đổi giữa các kháng sinh; cao nhất với meropenem (87,5%) và chloramphenicol (76,9%), trong khi đề kháng cao được ghi nhận với erythromycin, clindamycin (100,0%) và tetracycline (83,3%).

Bảng 5. Điều trị và kết quả tại thời điểm ra viện

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Phương pháp điều trị</i>		
Nội khoa đơn thuần	93	75,0
Nội khoa + chích rạch màng nhĩ	30	24,2
Nội khoa + đặt ống thông khí	1	0,8
<i>Thời gian điều trị</i>		
Ngoại trú (số lượng=76)		Nội trú (số lượng=48)
< 7 ngày	36	8
≥ 7 ngày	40	40
Trung bình ± SD	6,8 ± 1,4 ngày	8,4 ± 1,6 ngày
<i>Tình trạng màng nhĩ khi kết thúc điều trị</i>		
Sáng bóng	107	86,3

Dày đục	16	12,9
Có ống thông khí/còn ít dịch	1	0,8
<i>Kết quả điều trị</i>		
Khỏi	124	100,0

Nhận xét: Điều trị nội khoa đơn thuần được áp dụng ở 75,0% bệnh nhi, trong khi 24,2% được điều trị nội khoa kết hợp chích rạch màng nhĩ và 0,8% đặt ống thông khí. Thời gian điều trị trung bình là $6,8 \pm 1,4$ ngày ở nhóm ngoại trú và $8,4 \pm 1,6$ ngày ở nhóm nội trú; số trường hợp điều trị ≥ 7 ngày chiếm đa số ở cả hai nhóm. Khi kết thúc điều trị, 86,3% bệnh nhi có màng nhĩ sáng bóng và 12,9% còn dày đục. Tất cả bệnh nhi được ghi nhận kết quả “khỏi” tại thời điểm ra viện, không ghi nhận biến chứng.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, bệnh nhi dưới 24 tháng chiếm 75,0%, trong đó nhóm dưới 12 tháng chiếm 39,5%. Kết quả cho thấy viêm tai giữa cấp mũ tập trung chủ yếu ở trẻ nhỏ, phù hợp với đặc điểm thường gặp của bệnh trong những năm đầu đời. Ở lứa tuổi này, cấu trúc và chức năng vòi nhĩ chưa hoàn thiện, đồng thời nhiễm khuẩn đường hô hấp trên thường gặp, có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện viêm tai giữa cấp [1-3]. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước về viêm tai giữa cấp ở trẻ em [7,8]. Trẻ nam chiếm 55,6%, cao hơn nữ 44,4%, tuy nhiên mức chênh lệch không lớn. Có 71,8% bệnh nhi đã

mắc bệnh từ 2 đợt trở lên, tính cả đợt hiện tại. Đây là một đặc điểm của quần thể nghiên cứu, song nghiên cứu chưa được thiết kế để xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh tái diễn.

Về đặc điểm lâm sàng, chảy dịch mũi (90,3%) và ho (82,3%) là những triệu chứng thường gặp nhất, tiếp theo là đau tai/dụi tai (71,8%) và sốt (65,3%). Tỷ lệ cao của các triệu chứng đường hô hấp trên phù hợp với mối liên quan thường gặp giữa nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và viêm tai giữa cấp [1-3]. Ở trẻ nhỏ, đặc biệt những trẻ chưa có khả năng mô tả triệu chứng đầy đủ, hành vi dụi tai có thể là biểu hiện gợi ý đau tai. Giai đoạn ứ mủ chiếm 78,2%, trong khi vỡ mủ chiếm 21,8%, phù hợp với tỷ lệ bệnh nhi có chảy mủ tai được ghi nhận trong nghiên cứu. Những đặc điểm này cũng tương đối phù hợp với các biểu hiện lâm sàng được ghi nhận trong các nghiên cứu trong nước [8].

Trong 124 bệnh nhi, có 31 trường hợp được lấy dịch tai giữa để nuôi cấy, trong đó 14 mẫu dương tính, chiếm 45,2%. Tỷ lệ này tương đối gần với kết quả 44,4% của Phạm Thị Thanh Hải và cộng sự tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng [5]. Sự khác biệt về tỷ lệ phân lập vi khuẩn giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm quần thể, giai đoạn bệnh, phương pháp lấy bệnh phẩm và việc sử dụng kháng sinh trước khi lấy mẫu [4-6]. Trong 14 mẫu dương tính, *Haemophilus influenzae* chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%), tiếp theo là *Streptococcus pneumoniae* (35,7%) và *Moraxella*

catarrhalis (14,3%); ngoài ra có một chủng *Staphylococcus haemolyticus*. Kết quả này phù hợp với các tài liệu cho thấy *S. pneumoniae*, *H. influenzae* và *M. catarrhalis* là những tác nhân thường gặp trong viêm tai giữa cấp ở trẻ em [4,6,9]. Tổng quan hệ thống của Ngo và cộng sự cũng ghi nhận *S. pneumoniae* và *H. influenzae* là hai tác nhân chủ yếu được phát hiện trong dịch tai giữa của trẻ mắc viêm tai giữa, đồng thời tỷ lệ phát hiện có thể thay đổi theo phương pháp xét nghiệm và bối cảnh dịch tễ [9]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu hiện tại chỉ có 14 chủng được phân lập, do đó các tỷ lệ trên chỉ phản ánh phân bố vi khuẩn trong nhóm mẫu nuôi cấy dương tính, chưa thể đại diện cho toàn bộ 124 bệnh nhi.

Một kết quả đáng chú ý là tỷ lệ nuôi cấy dương tính ở nhóm chưa sử dụng kháng sinh trước khi đến viện là 81,8%, cao hơn nhóm sử dụng kháng sinh theo đơn (28,6%) và nhóm tự mua (16,7%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,014$). Kết quả này phù hợp với nhận định rằng việc sử dụng kháng sinh trước khi lấy bệnh phẩm có thể làm giảm khả năng phân lập vi khuẩn [4-6]. Do số lượng bệnh nhi được lấy bệnh phẩm chỉ có 31 trường hợp, kết quả này nên được diễn giải là một mối liên quan trong quần thể nghiên cứu, chưa đủ cơ sở để khẳng định quan hệ nhân quả.

Về kháng sinh đồ, các chủng vi khuẩn phân lập được có mức độ nhạy cảm khác nhau đối với các kháng sinh khảo sát. Tỷ lệ nhạy cảm với meropenem và chloramphenicol lần lượt là 87,5% và

76,9%, trong khi tỷ lệ đề kháng với erythromycin và clindamycin đều là 100,0%, và tetracycline là 83,3%. Đáng chú ý, tỷ lệ đề kháng cao đối với một số kháng sinh khảo sát là kết quả cần được lưu ý khi cân nhắc lựa chọn kháng sinh điều trị. Trong nghiên cứu này, 35,5% bệnh nhi có tiền sử tự mua kháng sinh trước khi đến viện. Việc sử dụng kháng sinh không phù hợp có thể tạo áp lực chọn lọc, góp phần thúc đẩy tình trạng đề kháng, tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại chưa đủ cơ sở để xác định mối liên quan nhân quả giữa việc tự mua kháng sinh và mức độ đề kháng của các chủng vi khuẩn phân lập được. Do số lượng chủng vi khuẩn được đánh giá còn hạn chế, các tỷ lệ đề kháng trong nghiên cứu cần được diễn giải thận trọng và chủ yếu phản ánh đặc điểm của quần thể nghiên cứu. [1-6].

Về điều trị, nội khoa đơn thuần được áp dụng ở 75,0% bệnh nhi, trong khi 24,2% được điều trị nội khoa kết hợp chích rạch màng nhĩ và 0,8% đặt ống thông khí. Phân bố này cho thấy điều trị nội khoa là phương thức chủ yếu trong quần thể nghiên cứu; các can thiệp tại tai được áp dụng ở một tỷ lệ thấp hơn. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cần dựa trên tuổi, mức độ bệnh, biểu hiện lâm sàng và tình trạng màng nhĩ, phù hợp với các hướng dẫn thực hành về chẩn đoán và điều trị viêm tai giữa cấp ở trẻ em [1-3].

Thời gian điều trị trung bình là $6,8 \pm 1,4$ ngày ở nhóm ngoại trú và $8,4 \pm 1,6$ ngày ở nhóm nội trú; số trường hợp điều trị từ 7 ngày trở lên chiếm đa số ở cả hai

nhóm. Thời gian điều trị dài hơn ở nhóm nội trú có thể liên quan đến đặc điểm bệnh và nhu cầu theo dõi, can thiệp tại cơ sở điều trị; tuy nhiên, nghiên cứu chưa được thiết kế để xác định các yếu tố quyết định thời gian điều trị. Khi kết thúc điều trị, 86,3% bệnh nhi có màng nhĩ sáng bóng và 12,9% còn dày đục. Tất cả 124 bệnh nhi được ghi nhận kết quả “khỏi” tại thời điểm ra viện và không ghi nhận biến chứng. Kết quả này cho thấy đáp ứng điều trị trong thời gian theo dõi tại cơ sở nghiên cứu nhìn chung thuận lợi. Tuy nhiên, do nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả đến thời điểm ra viện, chưa có theo dõi sau xuất viện nên chưa thể đánh giá khả năng tái phát hoặc các kết quả lâu dài sau điều trị.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 124 bệnh nhi viêm tai giữa cấp mũ từ 0-6 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, bệnh gặp chủ yếu ở trẻ dưới 2 tuổi, với các triệu chứng thường gặp là chảy dịch mũi, ho, đau tai/dụi tai và sốt; giai đoạn ứ mũ chiếm tỷ lệ cao. Trong các mẫu dịch tai giữa nuôi cấy dương tính, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* là những vi khuẩn thường gặp. Kháng sinh đồ cho thấy mức độ nhạy cảm và đề kháng khác nhau giữa các kháng sinh, tuy nhiên cần thận trọng khi diễn giải do số lượng chủng phân lập còn hạn chế. Phần lớn bệnh nhi cải thiện sau 48-72 giờ; tại thời điểm ra viện, tất cả bệnh nhi được ghi nhận kết quả “khỏi” và không ghi nhận biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Nhi khoa Việt Nam. Hướng dẫn thực hành lâm sàng chẩn đoán, điều trị và dự phòng viêm tai giữa cấp ở trẻ em. 2024.
2. Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, Hotomi M, Kojima H, Kudo F, Maruyama Y, Sawada S, Taiji H, Takahashi G, Takahashi H, Uno Y, Yano H. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children. *Auris Nasus Larynx*. 2020;47(4):493-526. doi:10.1016/j.anl.2020.05.019.
3. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, Joffe MD, Miller DT, Rosenfeld RM, Sevilla XD, Schwartz RH, Thomas PA, Tunkel DE. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964-e999. doi:10.1542/peds.2012-3488.
4. Sánchez Arlegui A, Del Arco Rodríguez J, De Velasco Vázquez X, Gallego Rodrigo M, Gangoiti I, Mintegi S. Bacterial pathogens and antimicrobial resistance in acute otitis media. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2024;100(3):173-179. doi:10.1016/j.anpede.2023.12.013.
5. Phạm Thị Thanh Hải, Đinh Dương Tùng Anh, Bé Thị Lệ Thu. 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*. 2024;535(1B). doi:10.51298/vmj.v535i1B.8381.
6. Đỗ Hoàng Điệp, et al. DeAngelis E, Thân HT, Nguyễn KT, Guzman-Holst A.

Characteristics and antimicrobial susceptibility of bacteria causing acute otitis media in children at Vietnam National Children's Hospital: A cross-sectional study. *JAC Antimicrob Resist.* 2025;7(1):dlaf006.

doi:10.1093/jacamr/dlaf006.

7. Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Giáo trình Tai Mũi Họng. Nhà xuất bản Đại học Thái Nguyên; 2023.

8. Đặng Anh Dũng, Mai Quý Hoàng, và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm

sàng viêm tai giữa cấp giai đoạn chảy mủ ở trẻ em dưới 6 tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;540(3).

doi:10.51298/vmj.v540i3.10458.

9. Ngo Chinh, Massa Helen, Thornton RB, Cripps AW. Predominant bacteria detected from the middle ear fluid of children experiencing otitis media: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150949.

doi:10.1371/journal.pone.0150949.