

được nghiên cứu và mô tả trong những năm gần đây, với tỷ lệ thành công khá cao ở các bệnh nhân trưởng thành. Sự tăng cường neo chặn bằng 4 minivis chiều dài 11 mm, qua hai bản xương vò đã tạo ra sự ổn định và lực tác động lên xương lớn. Điều này cho phép tạo ra lực nong hàm lớn, tạo ra sự lỏng khớp chân bướm-khẩu cái.

Sự khác biệt về sự mở khớp giữa hai bên có thể do mật độ xương và hình thể của trụ bướm hai bên khác nhau tạo ra sức cản của khớp ở hai bên khác nhau. Một yếu tố khác có thể góp phần giải thích cho hiện tượng này có thể là chất lượng neo chặn của xương vò. Hơn nữa, sự đan xen của khớp, cấu trúc của các hướng khớp ở các lát cắt trên phim CBCT cũng rất đa dạng ở các bệnh nhân. Nếu hướng khớp song song với sự xoay của xương hàm trên, sự tách khớp sẽ nhận diện được trên lát cắt ngang ⁷.

Các nghiên cứu về sự tác động của nong hàm tới hệ thống các khớp xung quanh xương hàm trên sẽ cần được nghiên cứu nhiều thêm để bổ sung thêm các thông tin hơn nữa về cơ chế mở khớp và hướng chuyển động của xương hàm trên trong quá trình nong hàm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khớp chân bướm - khẩu cái có thể bị tách ra dưới tác dụng của MSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McNamara JA. Maxillary transverse deficiency.** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000;117(5):567-70.
2. **Melsen B. Palatal growth studied on human autopsy material. A histologic microradiographic study.** Am J Orthod. 1975;68 (1):42-54.
3. **Lin L, Ahn HW, Kim SJ, Moon SC, Kim SH, Nelson G.** Tooth-borne vs bone-borne rapid maxillary expanders in late adolescence. Angle Orthod. 2015;85(2):253-62.
4. **Cantarella D, Dominguez-Mompell R, Mallya SM, Moschik C, Pan HC, Miller J, et al.** Changes in the midpalatal and pterygopalatine sutures induced by micro-implant-supported skeletal expander, analyzed with a novel 3D method based on CBCT imaging. Prog Orthod. 2017;18(1):34.
5. **Song KT, Park JH, Moon W, Chae JM, Kang KH.** Three-dimensional changes of the zygomaticomaxillary complex after mini-implant assisted rapid maxillary expansion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2019;156(5):653-62.
6. **Rayan K. Tamburrio.** The Transverse Dimension: Diagnosis and Relevance to Functional Occlusion. RWISO Journal. 2010, 7, pp. 13-21.
7. **Stepanko LS, Lagravere MO.** Sphenoid bone changes in rapid maxillary expansion assessed with cone-beam computed tomography. Korean J Orthod. 2016;46:269-79.
8. **Ozge Colak, Ney Alberto Paredes.** Tomographic assessment of palatal suture opening pattern and pterygopalatine suture disarticulation in the axial plane after midfacial skeletal expansion. Progress in Orthodontics. 2020, 21:21

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH TÁI DIỄN Ở TRẺ EM SAU ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải¹, Nguyễn Văn Tuấn², Trần Minh Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 35 trẻ viêm tai giữa (VTG) đã được điều trị đặt ống thông khí (OTK) màng nhĩ sau đó bị VTG tái diễn trở lại tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** Nhóm từ 1-3 tuổi chiếm đa số 37,1%. Triệu chứng chảy dịch tai (68,6%), chảy

dịch mũi (62,6%) hay gặp nhất. Tình trạng OTK còn lưu trên màng nhĩ và chảy dịch qua OTK là nhiều nhất 65,7%. Trẻ thường có tình trạng VA có bị viêm (83,3%) và tình trạng viêm mũi xoang cấp (71,4%) kèm theo. **Kết luận:** Ngoài những nguyên nhân chính và thường gặp như viêm VA, viêm mũi xoang, viêm Amydan, còn những yếu tố nguy cơ khác gây VTG tái diễn sau đặt OTK như một nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK hay dị tật bẩm sinh hõm hàm ếch.

Từ khóa: Viêm tai giữa ứ dịch tái diễn, ống thông khí.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PERSISTENT MIDDLE-EAR INFECTIONS IN CHILDREN AFTER INSERTION OF VENTILATION TUBES AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

Objectives: Reserching clinical characteristics and risk factors of persistent middle-ear infections in children after insertion of ventilation tubes at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A cross-sectional description was conducted on 35 children with persistent middle-ear infections after insertion of ventilation at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Result:** The group of 1-3 years old accounted for the majority of 37.1%. Symptoms of ear discharge (68.6%), runny nose (62.6%) are the most common. The status of ventilation tubes remaining on the tympanic membrane and fluid flow through the ventilation tubes is the most 65.7%. Children often have VA with inflammation (83.3%) and acute rhinosinusitis (71.4%) with it. **Conclusions:** In addition to the main and common causes such as VA, rhinosinusitis, and tonsillitis, other risk factors for persistent middle-ear infections after insertion of ventilation tubes, such as an infection from the outside into the tympanic cavity through the ventilation tube or Cleft palate birth defect.

Keywords: Persistent middle-ear infections, Ventilation tubes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa (VTG) ứ dịch là bệnh tai phổ biến nhất ở trẻ em trong độ tuổi trước khi đi học [3].

Đặt ống thông khí (OTK) qua màng nhĩ giúp đạt được hai mục đích: tạo cân bằng áp lực của tai giữa và dẫn lưu dịch trong hòm nhĩ giúp mang lại kết quả điều trị tốt cải thiện được sức nghe, hạn chế các biến chứng và di chứng của viêm tai giữa ứ dịch. Tuy nhiên, nhiều trường hợp mặc dù đã đặt ống thông khí màng nhĩ nhưng bệnh vẫn tái diễn [8].

Viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí là tình trạng chảy dịch tai hoặc ứ dịch trong hòm nhĩ sau tắc hoặc tụt ống thông khí mà màng nhĩ liền kín. Hiện nay bệnh khá phổ biến với nhiều nguyên nhân phức tạp khác nhau, vì vậy việc nghiên cứu phân tích và xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh là rất cần thiết. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ viêm tai giữa ứ dịch tái diễn ở trẻ em sau đặt ống thông khí tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 35 trẻ VTG đã được điều trị đặt ống thông khí màng nhĩ sau đó bị VTG tái diễn trở lại tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021 với các đặc điểm:

- Chảy dịch tai qua OTK thông còn trên màng nhĩ.
- Chảy dịch tai qua lỗ thủng màng nhĩ khi

OTK bị tụt khỏi màng nhĩ.

- Ứ dịch trong hòm nhĩ khi OTK còn trên màng nhĩ nhưng bị tắc.

- Ứ dịch trong hòm nhĩ khi OTK bị tụt và màng nhĩ liền kín.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** VTG tái diễn do chấn thương, khối u tai giữa, bệnh nhân có điều trị tia xạ, hóa chất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của đối tượng nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng VTG tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK: Đặc điểm chung, Triệu chứng cơ năng, Triệu chứng thực thể

+ Phân tích và xác định một số yếu tố nguy cơ của VTG TD ở trẻ em sau đặt OTK:

- Tình trạng VA.

- Viêm nhiễm đường hô hấp trên

- Các khối u vòm mũi họng .

- Dị tật bẩm sinh: hở hàm ếch, hội chứng Down...

- Cơ địa dị ứng: Có cơ địa dị ứng / không có cơ địa dị ứng.

- Điều kiện sinh hoạt, môi trường sống ô nhiễm (thuốc lá).

- Tình trạng dinh dưỡng: Chế độ ăn, còi xương, suy dinh dưỡng.

- Tiền sử sản khoa của trẻ, cân nặng lúc sinh.

- Tuân thủ nguyên tắc điều trị của người bệnh.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của VTG tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK . Qua nghiên cứu 35 trẻ, nhóm tuổi ít gặp nhất là dưới 1 tuổi 11.4%, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm từ 1-3 tuổi với 37,1%. Tuổi nhỏ nhất là 11 tháng, lớn nhất là 7 tuổi. Nữ giới ít gặp bệnh hơn (nữ 28,6%, nam 71,4%). Lý do vào viện là chảy dịch tai với 24/35 trường hợp, tiếp theo là chảy dịch mũi với 18/35 trẻ.

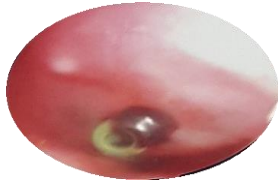
Triệu chứng hay gặp nhất ở tai là chảy dịch tai 24/35 bệnh nhân chiếm 68,6%, tiếp đến là đau tai 22,9%, ù tai 11,4%, ít gặp nhất là nghe kém 3/35 bệnh nhân.

Bảng 1: Triệu chứng cơ năng ở mũi họng

Triệu chứng	Chảy dịch mũi	Ngạt mũi	Hắt hơi	Ho	Ngủ ngáy	Không có triệu chứng
n	22	15	10	12	4	8
%	62,6	42,9	28,6	34,3	11,4	22,9

Nhận xét: Triệu chứng về mũi họng hay gặp nhất là chảy dịch mũi 62,6%. Ngủ ngáy là triệu chứng ít gặp nhất 4/35 bệnh nhân, 8 trường hợp không có biểu hiện gì ở mũi họng.

Chỉ có 40% trẻ được gia đình cho vào viện khám và điều trị khi bị bệnh dưới 1 tuần, còn lại là tự điều trị ở nhà khoảng 1 tuần 37,1% và trên 1 tuần 22,9%.



Chảy dịch qua OTK



Tắc OTK

Hình 1: Tình trạng OTK

Nhận xét: Sau đặt OTK, loại VTG chảy dịch hay gặp nhất 74,3%, VTG ứ dịch tái diễn chỉ có 25,7%. Tình trạng dịch trong hòm nhĩ thường gặp nhất là dịch nhày mù 68,6%, dịch keo

22,6%, ít gặp nhất là thanh dịch 8,6%.

3.2. Phân tích và xác định một số yếu tố nguy cơ của viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy bệnh có tỷ lệ cao hơn ở trẻ phải bú mẹ kết hợp với uống sữa ngoài 62,9%, trẻ sống ở nông thôn 68,6%, có đi nhà trẻ 80,0%, gia đình trẻ có người hút thuốc lá 71,4%, trẻ có cơ địa dị ứng 68,6%.

Trong số 24 ca bệnh chưa nạo VA, tình trạng VA có bị viêm là hay gặp nhất 83.3%. Có 4 trường hợp không bị viêm VA.

Bảng 2: Bảng tìm hiểu vai trò của Amydan.

Tình trạng Amydan	Đã cắt	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV	N
n	5	4	9	15	2	35
%	14,3	11,4	25,7	42,9	5,7	100

Nhận xét: Tình trạng Amydan quá phát độ III là hay gặp nhất 15/35. Có 2/35 ca Amydan quá phát độ IV, chỉ có 5/35 đã cắt Amydan.

Tình trạng viêm mũi xoang cấp là hay gặp nhất với 25/35 trường hợp chiếm 71.4%, có 8/35 trường hợp không thấy tình trạng viêm xoang, có 2/35 trường hợp có viêm mũi xoang mạn tính.

Bảng 3: Bảng phân bố bệnh theo những nguyên nhân chính là bệnh lý thuộc vùng tai mũi họng.

Nguyên nhân	n	%
Viêm VA	20	57,1
Viêm Amydan	8	22,9
Viêm mũi xoang	18	51,4
Nhiễm khuẩn từ bên ngoài vào tai giữa qua OTK	2	5,7
Dị tật bẩm sinh hở hàm ếch	2	5,7

Nhận xét: Nguyên nhân chính thường gặp nhất dẫn đến tình trạng VTG theo dõi sau đặt OTK ở trẻ em là viêm VA với 20/35 trường hợp tỉ lệ 57,1%. Sau đó là viêm mũi xoang với 18/35 ca chiếm 51,4%. Có 2 trường hợp có dị tật bẩm sinh hàm ếch, và 2 trường hợp bệnh xảy ra do nhiễm khuẩn từ ngoài vào tai giữa qua OTK.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của VTG TD ở trẻ em sau đặt OTK màng nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi hay gặp nhất là 1-3 tuổi (37,1%), chủ yếu là trẻ nam (71,4%). Chảy dịch tai (24/35) là lý do trẻ đi khám nhiều nhất. Do trẻ chưa có khả năng nhận biết và diễn đạt các

triệu chứng như nghe kém, ù tai, cảm giác đầy tai... Vì vậy nếu bố mẹ không quan tâm và chú ý thì sẽ dễ bỏ qua làm cho bệnh diễn biến âm thầm và dẫn tới mãn tính.

Tương tự như lý do đi khám, triệu chứng ở tai trẻ hay gặp nhất là chảy dịch tai (68,6%). Triệu chứng lắc đầu, đưa tay lên tai ngoáy tai, bứt tai bệnh nhân (42.9%) thường gặp ở trẻ 2 tuổi, tuy không đặc hiệu nhưng có giá trị chỉ điểm để bố mẹ đưa trẻ đi khám. Triệu chứng ù tai được trẻ lớn mô tả là ù tai tiếng trầm, liên tục, và gặp ở cả hai tai (11,4%). Triệu chứng nghe kém chỉ có 8,6%. Triệu chứng nghe kém thường biểu hiện gián tiếp là kém linh hoạt, không phản ứng hoặc phản ứng chậm khi bố mẹ gọi, xem tivi với âm lượng lớn, trẻ lớn hơn thường thay đổi tính tình, kém tập trung, kém linh hoạt, kết quả học tập kém đi.

Triệu chứng về mũi họng hay gặp nhất là chảy dịch mũi 62,6%, ngạt mũi 42.9%. Nhiều khi, ở các trẻ nhỏ chưa có khả năng nhận biết và diễn đạt các dấu hiệu ở tai thì các biểu hiện ở vùng mũi họng là triệu chứng cơ năng chỉ điểm quan trọng để gia đình cho trẻ đi khám.

Phần lớn trẻ bị VTG 04 lần/năm (40%),

những trẻ bị bệnh như thế đa số đều được điều trị bằng kháng sinh, chống viêm, tiêu nhầy, chống dị ứng, xịt rửa mũi tại chỗ, có trường hợp đáp ứng nhanh, nhưng lại dễ tái phát, tái phát nhiều lần/năm, cũng có những trường hợp điều trị nội khoa thất bại sau 3 tháng, hoặc tồn tại dịch ở tai giữa kéo dài.

Các chỉ định đặt OTK đều hợp lý là 91,4% loại OTK được đặt là 1,14 mm. Việc lựa chọn dựa vào tính chất dịch trong hòm nhĩ và dựa vào độ tuổi của trẻ. Nghiên cứu tình trạng OTK chúng tôi thấy tình trạng chảy dịch qua OTK là hay gặp nhất 65,7%. Theo Steven Gray và Rodney Lusk, 2 nguyên nhân chính thường gặp, là do nước vào tai hoặc một đợt viêm tai mới tái phát [7]. Với tình trạng tắc OTK có thể làm thông lòng ống bằng cách lấy bỏ nút tắc bằng que móc, nhỏ thuốc tai 10 - 14 ngày; nếu không thể làm thông ống mà lại xuất hiện hiện tượng có dịch trong hòm tai thì nên thay bằng một OTK khác [2].

Đổi chiếu loại OTK với tình trạng OTK, chúng tôi thấy những OTK có đường kính 1,14 mm đảm bảo dẫn lưu tốt hơn. Loại OTK đường kính 0,76 mm tình trạng tắc OTK và OTK bị đẩy khỏi màng nhĩ là hay gặp nhất 1/3 trường hợp, nguyên nhân là do đường kính ống nhỏ dễ bị tắc khi dịch nhày keo hoặc áp lực dịch nhày mũ trong hòm nhĩ lớn đẩy OTK ra khỏi màng nhĩ.

Bệnh lý VTG ở trẻ em thường có nguyên nhân từ mũi họng. 80% có đọng dịch mũ ở khe và sàn mũi, 57,1% trẻ có cơ địa dị ứng, 16 trường hợp có viêm VA. Có hai trẻ mắc dị tật bẩm sinh hở hàm ếch. Theo Sancho Martin và cộng sự (1997) có 84,4 % trẻ có khe hở hàm ếch bị VTGTD [5]. Theo chúng tôi đây là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra tình trạng VTG tái diễn sau đặt OTK.

4.2. Phân tích và xác định một số yếu tố nguy cơ của VTG TD ở trẻ em sau đặt OTK màng nhĩ. Tỷ lệ trẻ phải bú mẹ kết hợp với uống sữa ngoài là 62,9%, kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An ở nhóm trẻ bú mẹ tỉ lệ mắc bệnh VTG ứ dịch giảm hơn hẳn nhóm trẻ không được bú mẹ (9,78% so với 21,62% với $p < 0.05$) [1].

Trẻ em sinh sống thuộc vùng nông thôn là 68.6%. Ở nước ta vùng nông thôn thường xa các bệnh viện và trung tâm y tế lớn, trình độ nhận thức của người dân về các bệnh tai mũi họng hạn chế hơn ở thành phố, nên khả năng phòng bệnh cho con em mình không tốt, dẫn đến bệnh có thể bị kéo dài dai dẳng hoặc tái diễn nhiều lần.

80% trẻ được gửi đi nhà trẻ thường xuyên. Ở môi trường nhà trẻ các cháu dễ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hóa do lây chéo

nhau từ trẻ này sang trẻ khác.

Khói thuốc và ô nhiễm môi trường là nguyên nhân của những thay đổi cấu trúc và sinh lý của niêm mạc đường hô hấp, niêm mạc tai giữa. Etzel và cộng sự cho thấy nồng độ cao của nicotin trong máu có liên quan với tỉ lệ mắc viêm tai giữa cấp cao, và làm kéo dài thời gian ứ dịch trong tai giữa sau đợt viêm cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có tới 25/35 trường hợp các cháu nhỏ gia đình có người hút thuốc lá, và trẻ sẽ phải chịu ảnh hưởng của khói thuốc lá một cách thụ động.

Viêm mũi dị ứng được coi là một trong những nguyên nhân gây VTGTD, 68,6% trẻ có cơ địa dị ứng. Có 2 cơ chế, phù nề niêm mạc mũi họng và vòi nhĩ do phản ứng dị ứng gây tắc vòi và dịch tiết ứ đọng ở mũi họng dẫn đến bội nhiễm, dịch này chứa vi khuẩn ở mũi họng đi lên tai giữa qua vòi nhĩ gây nên tình trạng viêm tai giữa tái diễn [6]. Chúng tôi cũng thường gặp trẻ bị bệnh vào khi thay đổi thời tiết, khi giao mùa nhiều hơn.

Khả năng gây viêm tai giữa tiết dịch của VA không chỉ phụ thuộc vào kích thước của VA mà còn phụ thuộc vào tình trạng viêm của VA và vùng mũi họng của bệnh nhân. VA to, quá phát có thể chèn ép cơ học vào lỗ vòi dẫn đến tình trạng tắc vòi. Trong khi đó, quá trình viêm mạn tính của vùng mũi họng (nhất là VA) sẽ làm niêm mạc vòi nhĩ viêm mạn tính gây tắc vòi bên trong. Vì vậy VTG tái diễn sau đặt OTK vẫn có thể xảy ra dù VA nhỏ hoặc đã nạo VA [4].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tình trạng Amydan quá phát độ III là hay gặp nhất (42,9%). Những viêm nhiễm của Amydan có thể gây ra biến chứng viêm mũi xoang viêm VA, dịch viêm chứa vi khuẩn có thể qua lỗ vòi nhĩ gây ra viêm tai giữa.

Viêm mũi xoang được coi là một ổ nhiễm khuẩn kề cận gây ra tình trạng nhiễm trùng tai giữa. 71,4% trẻ có tình trạng viêm mũi xoang cấp. Chúng tôi còn thấy được rằng đặc điểm chảy dịch mũi và tính chất dịch ở mũi liên quan mật thiết với tính chất dịch trong hòm nhĩ của bệnh nhân. Nếu dịch mũi mũ đặc thì thường dịch hòm nhĩ cũng là dịch mũ nhày đặc. Như vậy ngoài tình trạng viêm VA, viêm Amydan thì tình trạng viêm mũi xoang mạn tính hay một nhiễm khuẩn mới của mũi xoang là một nguyên nhân gây tái diễn VTG sau đặt OTK.

Ngoài những nguyên nhân chính và thường gặp như viêm VA, viêm mũi xoang, chúng tôi còn gặp những yếu tố nguy cơ khác gây VTG tái diễn sau đặt OTK như một nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK hay dị tật bẩm sinh hở hàm

ếch. Nhiễm khuẩn từ ngoài vào hòm nhĩ qua OTK thường xảy ra khi trẻ để nước vào tai, trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trẻ bị VTG sau đặt OTK xuất hiện sau khi trẻ đi tắm biển và để nước vào tai.

V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa tái diễn ở trẻ em sau đặt OTK màng nhĩ có nguyên nhân chính và thường gặp là viêm VA, viêm mũi xoang. Tình trạng OTK còn lưu trên màng nhĩ và chảy dịch qua OTK là nhiều nhất 65,7%. Loại OTK thường được dùng nhất có đường kính là 1,14 mm 91,4%. Tình trạng dính đường, điều kiện sinh hoạt và môi trường sống, các bệnh lý thuộc vùng tai mũi họng đều có ảnh hưởng đến bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài An (2006), Viêm tai giữa ở trẻ em, NXB Y Học Hà Nội, tr. 33-41.
2. DJ Kay, Nelson M, Rosenfeld RM (2001), Meta

- analysis of tympanostomy tube sequelea, Otolaryngol Head Neck Surg, **124(4)**, tr. 374-380.
3. Gerhard Grevers Rudolf Probst, Heinrich Iro (2006), "Otitis media with effusion", Basic Otorhinolaryngology,, tr. 240-242.
 4. M. M. Alam, M. I. Ali, M. A. Habib và các cộng sự. (2015), Otitis media with effusion in children admitted for adenoidectomy, Mymensingh Med J, **24(2)**, tr. 284-9.
 5. Martin Sancho, Villafruela Sanz MA, Alvarez Vicent JJ (1997), Incidence and treatment of otitis with effusion in patients with cleft palate, Acta Otolaryngol Esp, **48(6)**, tr. 441-445.
 6. Mandel E M M L Casselbrant (2010), Acute Otitis Media and Otitis Media with Effusion, Cummings - Otolaryngology **5**, tr. 2761-2777.
 7. Rodney P Lusk. Gray Steven (2010), Tympanic membrane - tympanostomy tubes, Head and neck surgery otolaryngology, tr. 2971-2977.
 8. Venekamp R. P., F. Javed, T. M. van Dongen và các cộng sự. (2016), Interventions for children with ear discharge occurring at least two weeks following grommet (ventilation tube) insertion, Cochrane Database Syst Rev, **11**, tr. Cd011684.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ VAI TRÒ CỦA FDG PET/CT TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN U LYMPHO ÁC TÍNH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Hữu Thường*, Nguyễn Kim Lưu*, Nguyễn Hải Nguyễn*, Ngô Văn Đàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tìm hiểu đặc điểm hình ảnh và vai trò của PET/CT trong đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân U lympho ác tính trước điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 50 bệnh nhân U lympho PET/CT ác tính được chụp PET/CT trước điều trị ở Bệnh viện K và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2018 – tháng 01/2021. Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn được áp dụng theo Lugano 2015. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 5 vùng hạch và 15 vị trí/cơ quan cơ quan khác, tổn thương hạch chủ yếu ở vùng cổ (68% số BN), tổn thương cơ quan khác chủ yếu ở tủy xương (16% số BN), có mối tương quan thuận giữa kích thước hạch và mức độ chuyển hóa FDG (SUVmax); PET/CT làm thay đổi giai đoạn ở 30% số BN, trong đó tăng giai đoạn ở 24% số BN, tăng giai đoạn quan trọng (từ giai đoạn I, II sang giai đoạn III, IV) ở 16% số BN, giảm giai đoạn ở 6% số BN.

Từ khóa: PET/CT, U lympho ác tính, Đánh giá giai đoạn.

SUMMARY

*Bệnh viện K cơ sở Tân Triều
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Nguyễn
 Email: hainguyenhvqy@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.3.2022
 Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022
 Ngày duyệt bài: 27.4.2022

THE ROLE OF FDG PET/CT IN STAGING IN NEWLY DIAGNOSED LYMPHOMA

Background: The aim of this study is to investigate the imaging characteristics and role of PET/CT in staging in newly diagnosed lymphoma. **Methods:** This retrospective study was performed on 50 lymphoma patients who received PET/CT before treatment at K hospital and 103 Military hospital from 01/2018 – 01/2021. Diagnostic criteria for staging were applied according to Lugano 2015. **Results:** We recorded 5 lymph node regions and 15 extranodal sites/organs, lymph node involvement was mainly in the neck region (68% patients), extranodal involvement were mainly in bone marrow (16% patients). There is a relationship between lymph node size and FDG uptake (SUVmax); PET/CT changed the stage in 30% of the patients, of which increased the stage in 24% of the patients, with major change in 16% of the patients (from stage I, II to stage III, IV), and decreased the stage in 6% of the patients.

Keywords: PET/CT, Lymphoma, Staging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh u lympho ác tính (ULAT) là ung thư các tế bào lympho của hệ thống bạch huyết và là loại ung thư phổ biến. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (Globocan 2020), bệnh U lympho ác tính không Hodgkin đứng thứ 11 trong tổng số mắc mới và nguyên nhân gây tử vong, với