

REVIEW OF ACUTE OTITIS EXTERNA

Nguyen Trieu Viet*, Nguyen Thi Thuy Duong

Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Ward An Khanh, Dist Ninh Kieu, Can Tho City, Vietnam

Received: 03/03/2025

Revised: 18/03/2025; Accepted: 25/04/2025

ABSTRACT

Acute otitis externa is a common condition involving inflammation of the ear canal. The acute form is primarily caused by bacterial infections, with *Pseudomonas aeruginosa* and *Staphylococcus aureus* being the most common pathogens. Acute otitis externa is characterized by rapid onset of inflammation of the ear canal, causing ear pain, itching, canal edema, erythema, and otorrhea, often occurring after swimming or minor trauma due to poor hygiene. Pain on moving the pinna or tragus is a very common symptom. Topical antibacterials or antibiotics such as acetic acid, aminoglycosides, polymyxin B, and quinolones are the treatment of choice in uncomplicated cases. These agents are available as preparations with or without topical corticosteroids; the addition of corticosteroids may result in more rapid resolution of symptoms. The choice of treatment is based on several factors, including the conditions of the tympanic membrane, undesirable side effects, compliance, and cost. Neomycin/polymyxin B/hydrocortisone preparations are reasonable first-line therapy when the tympanic membrane is intact. Oral antibiotics are reserved for infections that have spread beyond the ear canal or in patients at risk of rapid progression of the infection.

Keywords: Acute otitis externa, antibiotic, antifungal agent.

*Corresponding author

Email: ntviet@ctump.edu.vn Phone: (+84) 913708007 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i3.2506>

TỔNG QUAN CÁC VẤN ĐỀ VỀ VIÊM TAI NGOÀI CẤP

Nguyễn Triều Việt*, Nguyễn Thị Thùy Dương

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. An Khánh, Q. Ninh Kiều, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 18/03/2025; Ngày duyệt đăng: 25/04/2025

TÓM TẮT

Viêm tai ngoài cấp tính là tình trạng phổ biến liên quan đến tình trạng viêm ống tai. Dạng cấp tính chủ yếu do nhiễm trùng vi khuẩn, trong đó *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus aureus* là những tác nhân gây bệnh phổ biến nhất. Viêm tai ngoài cấp tính biểu hiện bằng tình trạng viêm ống tai khởi phát nhanh, gây đau tai, ngứa, phù ống tai, ban đỏ ống tai và chảy dịch tai, thường xảy ra sau khi bơi hoặc chấn thương nhẹ do vệ sinh không đúng cách. Đau khi di chuyển vành tai hoặc nắp bình tai là một triệu chứng thường gặp. Thuốc kháng khuẩn hoặc kháng sinh tại chỗ như axit axetic, aminoglycoside, polymyxin B và quinolone là phương pháp điều trị được lựa chọn trong các trường hợp không biến chứng. Các tác nhân này có dạng chế phẩm có hoặc không có corticosteroid tại chỗ; việc bổ sung corticosteroid có thể giúp giải quyết các triệu chứng nhanh hơn. Việc lựa chọn phương pháp điều trị dựa trên một số yếu tố, bao gồm tình trạng màng nhĩ, các tác dụng phụ không mong muốn, việc tuân thủ điều trị và chi phí. Thuốc kháng sinh đường uống được dành riêng cho các trường hợp nhiễm trùng đã lan ra ngoài ống tai hoặc ở những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng tiến triển nhanh.

Từ khóa: viêm tai ngoài cấp, kháng sinh, kháng nấm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai ngoài cấp là một tình trạng viêm ảnh hưởng đến ống tai ngoài. Bệnh thường khởi phát nhanh và chủ yếu do nhiễm khuẩn. Các vi khuẩn chính gây bệnh là *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus aureus*. Viêm tai ngoài cấp biểu hiện với đau tai, đỏ và sưng ống tai. Bệnh phổ biến hơn ở trẻ em và thanh niên. Đặc điểm điển hình là đau khi chạm vào loa tai hoặc nắp tai. Giảm đau và kháng sinh tại chỗ là phương pháp điều trị chính. Các loại thuốc tại chỗ bao gồm axit acetic 2%, aminoglycoside, polymyxin B và quinolone, có hoặc không có corticosteroid. Thời gian điều trị bằng thuốc tại chỗ thường kéo dài từ 7 đến 10 ngày. Các biện pháp phòng ngừa chính bao gồm tránh tổn thương ống tai và giữ cho tai khô [1,2,3].

Viêm tai ngoài cấp, còn được gọi là "tai của người bơi lội" ở các nước phát triển, là một tình trạng viêm ảnh hưởng đến ống tai ngoài và là vấn đề thường gặp trong các phòng khám Tai Mũi Họng. Ở Việt Nam thường xuất hiện ở các bệnh nhân có thói quen vệ sinh tai kém, hoặc sử dụng chung các dụng cụ vệ sinh tai...

Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện tổng quan về viêm tai ngoài cấp với các mục tiêu sau:

1. Xác định nguyên và các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tai ngoài cấp
2. Nêu các can thiệp điều trị và phòng ngừa đối với viêm tai ngoài cấp

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bài báo khoa học, các nghiên cứu trước đây. Các từ khóa được sử dụng bao gồm: "acute otitis externa", "infectious otitis externa", "swimming ear".

- Nguồn dữ liệu được thu thập từ các trang tạp chí uy tín thuộc các hiệp hội Tai Mũi Họng Hoa Kỳ, Bác sĩ gia đình Hoa Kỳ, Hội Tai Mũi Họng Brasil...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp tổng quan tài liệu có hệ thống: các tài liệu đã được thực hiện tìm kiếm và thu thập trong các cơ sở dữ liệu PubMed, MEDLINE và Medscape bằng cách sử dụng các thuật ngữ "viêm tai ngoài cấp" hoặc "viêm tai ngoài cấp nhiễm khuẩn" bằng tiếng Anh.

3. KẾT QUẢ TỔNG QUAN

3.1. Nguyên nhân

Ở Bắc Mỹ, 98 phần trăm các trường hợp viêm tai ngoài cấp tính là do vi khuẩn gây ra. Hai loại vi khuẩn phân lập phổ biến nhất là *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus aureus*. Tuy nhiên, nhiều loại vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí khác đã được phân lập. Khoảng một

*Tác giả liên hệ

phần ba các trường hợp là đa vi khuẩn. Các tác nhân gây bệnh nấm, chủ yếu là các loài *Aspergillus* và *Candida*, thường xảy ra ở môi trường nhiệt đới hoặc cận nhiệt đới và ở những bệnh nhân đã được điều trị bằng kháng sinh tại chỗ trước đó. [4,5]

Các rối loạn viêm da và phản ứng dị ứng có thể gây ra viêm tai ngoài không do nhiễm trùng, có thể là mạn tính.

Viêm tai ngoài cấp có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Khoảng 10% dân số sẽ mắc bệnh này ít nhất một lần trong đời. Bệnh phổ biến nhất ở nhóm tuổi trẻ và tỷ lệ mắc giảm dần theo tuổi tác (xem Bảng 1).

Viêm tai ngoài cấp là nguyên nhân của hơn 500.000 lượt khám cấp cứu mỗi năm tại Hoa Kỳ. Các số liệu cập nhật tại Việt Nam không đầy đủ do sự kết nối về thông kê của các đơn vị y tế chưa toàn diện.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh được tóm tắt trong Bảng 2, trong đó yếu tố phổ biến nhất là bơi lội. Thực tế trên bệnh nhân ở Việt Nam bệnh thường gặp ở các đối tượng sử dụng các dụng cụ vệ sinh tai không sạch hoặc dùng chung các dụng cụ lặp đi lặp lại nhiều lần. Bên cạnh đó là nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp thường phải làm việc trong môi trường tiếp xúc với nước dơ bẩn.

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ gây viêm tai ngoài cấp

Yếu tố	Nguy cơ
Dị tật giải phẫu	Hẹp ống tai, gai xương, nhiều lông trong ống tai
Tắc nghẽn ống tai	Dị vật, ráy tai tích tụ, u nang
Ảnh hưởng đến màng nhĩ/biểu mô	Sau khi loại bỏ ráy tai, sử dụng nút tai, dụng cụ trợ thính
Bệnh da liễu	Chàm, vẩy nến, viêm da tiết bã
Tiếp xúc với nước	Độ ẩm cao, đổ mồ hôi, bơi lội lâu
Nguyên nhân khác	Chảy mủ từ viêm tai giữa, kích ứng do xà phòng

3.2. Chẩn đoán

Bảng 2. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tai ngoài cấp

Tiêu chuẩn	Mô tả
Khởi phát nhanh	Xuất hiện triệu chứng trong vòng 48 giờ gần đây
Triệu chứng viêm ống tai	Đau tai, ngứa, cảm giác đầy tai, giảm thính lực
Dấu hiệu viêm ống tai	Đau khi ấn vào nắp bình tai hoặc vành tai, sưng đỏ ống tai, có thể có chảy mủ

Bảng 3. Chẩn đoán phân biệt viêm tai ngoài cấp

Tình trạng	Đặc điểm phân biệt	Lưu ý
Viêm tai giữa cấp	Có dịch trong tai giữa, không đau ở vùng nắp tai hoặc loa tai	Sử dụng soi tai bơm khí hoặc đo nhĩ lượng; điều trị bằng kháng sinh toàn thân
Viêm tai ngoài mạn tính	Ngứa là triệu chứng chính, kèm theo đỏ ống tai, kéo dài hơn ba tháng	Điều trị nguyên nhân cơ bản
Viêm tai giữa mạn tính có mủ	Chảy mủ kéo dài, màng nhĩ không nguyên vẹn	Kiểm soát viêm tai ngoài trước, sau đó điều trị viêm tai giữa
Viêm da tiếp xúc	Phản ứng dị ứng với kim loại, nhựa, xà phòng; ngứa là triệu chứng chính	Kiểm tra có đeo khuyên tai, tai nghe, nút tai không; tránh tiếp xúc
Chàm	Ngứa là triệu chứng chính; có thể có tiền sử dị ứng, xuất hiện ở các vị trí khác	Cần nhắc điều trị bằng corticosteroid tại chỗ
Viêm nang lông	Nhiễm khuẩn khu trú, có thể là mụn mủ hoặc nốt sần, thường ở ống tai ngoài	Điều trị bằng chườm ấm, rạch và dẫn lưu, hoặc kháng sinh toàn thân
Viêm tai ngoài ác tính	Sốt cao, mô hạt hoặc mô hoại tử trong ống tai, có thể có tổn thương thần kinh sọ; gặp ở bệnh nhân tiêu đường hoặc suy giảm miễn dịch	Tình trạng khẩn cấp; cần hội chẩn chuyên khoa, nhập viện và điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch
Viêm màng nhĩ	Viêm màng nhĩ, có thể có mưng nước; đau dữ dội; không có phù nề ống tai	Thường do viêm tai giữa cấp hoặc nhiễm virus

Tình trạng	Đặc điểm phân biệt	Lưu ý
Nấm tai ngoài	Ngứa là triệu chứng chính, chất tiết dày trong ống tai; phù nề ít	Có thể cùng tồn tại với nhiễm khuẩn; điều trị bằng axit acetic, cồn isopropyl pha loãng hoặc thuốc chống nấm tại chỗ
Hội chứng Ramsay Hunt	Loét herpes trong ống tai; có thể kèm theo tê liệt mặt, mất vị giác, đau dữ dội	Điều trị bằng thuốc kháng virus và corticosteroid toàn thân
Đau do nguyên nhân khác	Tai bình thường khi khám	Tìm kiếm nguyên nhân đau lan tỏa từ vùng khác
Viêm da tiết bã	Ngứa và phát ban ở chân tóc, mặt, da đầu	Điều trị bằng thuốc dưỡng ẩm hoặc làm mềm da ống tai ngoài
Dị ứng với thuốc nhỏ tai	Ngứa dữ dội, phát ban dạng mụn hoặc đỏ ở ống tai; có thể có vết đỏ trên vành tai do tiếp xúc với thuốc	Phản ứng quá mẫn muộn kiểu IV với neomycin hoặc thành phần khác; ngừng thuốc và điều trị bằng corticosteroid tại chỗ

Chẩn đoán lâm sàng viêm tai ngoài cấp dựa trên các triệu chứng viêm ở ống tai. Các tiêu chí được đề xuất bởi Học viện Tai Mũi Họng – Phẫu thuật Đầu và Cổ Hoa Kỳ hỗ trợ chẩn đoán bệnh.

Viện Tai Mũi Họng – Phẫu thuật Đầu và Cổ Hoa Kỳ đã đưa ra các tiêu chí hỗ trợ chẩn đoán viêm tai ngoài cấp, được liệt kê trong Bảng 3. Triệu chứng phổ biến nhất là đau ở vùng nắp bình tai, loa tai hoặc cả hai. Cơn đau thường nghiêm trọng hơn so với mức độ tổn thương quan sát được khi khám lâm sàng.[1]

Các nguyên nhân khác có thể gây viêm ống tai cần được cân nhắc trong chẩn đoán phân biệt, được liệt kê trong Bảng 3.

Các yếu tố cần xem xét trong bệnh sử: Khởi phát triệu chứng: Bác sĩ cần xem xét thời điểm bắt đầu xuất hiện triệu chứng và các yếu tố liên quan như tiếp xúc với nước (ví dụ: thói quen vệ sinh tai, bơi lội thường xuyên, hoặc nghề nghiệp chính thường xuyên tiếp xúc với nước,). Tổn thương ống tai: Kiểm tra xem có chấn thương nào ở ống tai trước đó không. Kiểm tra dấu hiệu viêm mô tế bào hoặc sự lan rộng của nhiễm trùng ra ngoài ống tai. Nuôi cấy dịch tai thường không cần thiết, vì hầu hết các trường hợp viêm tai ngoài cấp là do nhiễm vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* hoặc *Staphylococcus aureus*.

3.3. Điều trị

3.3.1. Kiểm soát đau

Theo hướng dẫn năm 2014 của Học viện Tai Mũi Họng – Phẫu thuật Đầu và Cổ Hoa Kỳ cập nhật 2019 và các hướng dẫn của các hiệp hội Tai Mũi Họng khác, điều trị viêm tai ngoài cấp cần bao gồm đánh giá và kiểm soát đau. Việc sử dụng thuốc giảm đau giúp cải thiện sự thoải mái cho bệnh nhân và tăng tốc độ hồi phục.

Các thuốc giảm đau được khuyến nghị: Acetaminophen (paracetamol), Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), Opioid ngắn hạn hiếm khi cần sử dụng đến. Liều lượng cố định được khuyến nghị thay vì dùng khi cần thiết.

3.3.2. Liệu pháp kháng sinh tại chỗ

Thuốc nhỏ tai được sử dụng phổ biến nhất có trong công thức của chúng: kháng sinh, corticosteroid và trong một số sản phẩm, thuốc gây tê. thuốc kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là: aminoglycosides (gentamicin và neomycin), polymyxin B, chloramphenicol và quinolone (ofloxacin, ciprofloxacin). Kể từ khi fluoroquinolone được đưa vào sử dụng trong y học, vào năm 1980, chúng đã được sử dụng hiệu quả trong nhiều bệnh nhiễm trùng, đặc biệt là những bệnh do *P. aeruginosa*, được thêm vào tăng hiệu quả của thuốc nhỏ tai. Ofloxacin và ciprofloxacin có sẵn dưới dạng thuốc nhỏ tai và ciprofloxacin, cũng có trong dung dịch nhỏ mắt, cũng có thể được sử dụng để điều trị bệnh lý tai ngoài. Ưu điểm lớn nhất của các tác nhân này là không có tác dụng độc đối với tai. Mặc dù việc sử dụng fluoroquinolone toàn thân thường chống chỉ định ở trẻ em, các dung dịch tại chỗ an toàn và hiệu quả.[7,8]

Phương pháp điều trị chính: Sử dụng kháng sinh tại chỗ, có hoặc không có corticosteroid đã được xác nhận hiệu quả của việc sử dụng tại chỗ. Không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm thuốc như quinolone và non-quinolone, hoặc giữa các chế phẩm có và không có corticosteroid.

Các thuốc kháng sinh tại chỗ có nhiều dạng kết hợp khác nhau. Dù sử dụng loại nào, 65%-90% bệnh nhân có sự cải thiện triệu chứng trong vòng 7-10 ngày. Giá cả và khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân là yếu tố quan trọng khi lựa chọn thuốc. Thời gian điều trị: Thông thường kéo dài 7-10 ngày.

Nếu màng nhĩ bị thủng hoặc nghi ngờ bị thủng, không nên sử dụng các thuốc có nguy cơ gây độc cho tai như aminoglycoside hoặc cồn isopropyl. Trong trường hợp này, nên dùng thuốc có độ pH thấp. Quinolone là nhóm thuốc duy nhất được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt để sử dụng cho tai giữa. Thuốc neomycin/polymyxin B/hydrocortisone (Cortisporin) có cảnh báo không sử dụng khi màng nhĩ thủng.[6,7]

3.3.3. Kháng sinh đường uống

Không khuyến nghị sử dụng kháng sinh đường uống

cho hầu hết bệnh nhân viêm tai ngoài cấp. Tuy nhiên, vẫn có 20%-40% bệnh nhân được kê đơn kháng sinh đường uống, thường là amoxicillin hoặc amoxicillin/clavulanate. Những thuốc này không hiệu quả với các vi khuẩn gây bệnh phổ biến (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*). Thuốc tại chỗ có nồng độ kháng sinh cao hơn nhiều so với thuốc uống và giảm nguy cơ kháng thuốc. Hiện nay, có tình trạng kháng amoxicillin; tuy nhiên, khi kết hợp với tăng hàm lượng amoxicillin, tác dụng của thuốc là thỏa đáng. Cephalosporin thế hệ thứ hai và thứ ba có tác dụng chống lại vi khuẩn đã thử nghiệm và có thể được sử dụng như một phương án điều trị.[8,9,10]

Việc áp dụng các liệu pháp kháng nấm toàn thân khi viêm tai ngoài do nấm chẳng hạn như polyene (nystatin uống và amphotericin tiêm tĩnh mạch B) và thuốc imidazole (miconazole - uống và tiêm tĩnh mạch và ketoconazole uống). Thuốc nhỏ tai có thuốc kháng nấm, đặc biệt là thuốc có thuốc imidazole có tác dụng tuyệt vời trong tai mũi họng; tuy nhiên, vì viêm tai giữa thường do hệ vi khuẩn đa vi khuẩn gây ra, với nấm và vi khuẩn cùng nhau, nên việc sử dụng thuốc tại chỗ có phổ rộng là rất quan trọng.[9]

3.3.4. Chỉ định dùng kháng sinh đường uống: [8]

Khi nhiễm trùng lan ra ngoài ống tai.

Bệnh nhân có suy giảm miễn dịch hoặc tiểu đường không kiểm soát. Bệnh nhân không thể sử dụng thuốc nhỏ tai.

Những trường hợp này có thể cần hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng.

3.3.5. Cần nhắc đánh giá lại và hội chẩn phối hợp thêm thuốc kháng sinh và kháng viêm khi:

Có nghi ngờ viêm tai ngoài ác tính.

Bệnh diễn tiến nặng hơn dù đã điều trị đầy đủ.

Cần làm sạch ống tai chuyên sâu do nhiều mảnh vụn hoặc mủ.

Bác sĩ chăm sóc ban đầu không có kinh nghiệm đặt bác dẫn thuốc hoặc rửa ống tai trong trường hợp phù nề nghiêm trọng.[4,5,10]

4. BÀN LUẬN

Viêm tai ngoài cấp là bệnh lý thường gặp ở các nước phát triển và không phát triển. Tuy nhiên, tác nhân gây nhiễm khuẩn thì không có sự khác biệt, chủ yếu là do *Pseudomonas*, *Staphylococcus*...[3,4,5].

Các yếu tố nguy cơ gây viêm tai ngoài cấp rất đa dạng có thể là tại chỗ hoặc toàn thân như: hẹp ống tai, gai xương, nhiều lông trong ống tai, dị vật, ráy tai tích tụ, u nang, sau khi loại bỏ ráy tai, sử dụng nút tai, dụng cụ trợ thính, chàm, vảy nến, viêm da tiết bã, độ ẩm cao, đồ mồ hôi, bơi lội lâu, chảy mủ từ viêm tai giữa, kích ứng do

xà phòng...[7,8,9]. Khi đánh giá, thăm khám trên bệnh nhân cần lưu ý đến những yếu tố này góp phần gia tăng hiệu quả điều trị

Triệu chứng của viêm tai ngoài cấp khá đa dạng tùy vào thời điểm bệnh nhân đến khám, có thể từ cảm giác đau trong tai đến đau lan tỏa vùng quanh tai, nhức, chảy dịch mủ kèm theo cảm giác bít tắc ống tai. Do vậy, tùy theo thời điểm tiếp nhận bệnh nhân mà thầy thuốc sẽ có những tiếp cận cụ thể từ đơn giản đến phối hợp để có thể mang lại hiệu quả tối ưu trong điều trị. Việc chọn lựa điều trị tùy vào mức độ lan rộng hay khu trú của bệnh. Có thể từ việc điều trị thuốc tại chỗ phối hợp với vệ sinh làm sạch ống tai cho đến việc dùng kháng sinh toàn thân, hoặc phải cần phối hợp nhiều loại thuốc cùng lúc giúp tăng hiệu quả can thiệp.[7,8,9]

Đối với việc điều trị viêm tai giữa cấp cũng rất đa dạng với nhiều phương thức phối hợp thuốc trong đó vẫn ưu tiên sử dụng các liệu pháp kháng sinh có hoặc không phối hợp với kháng nấm điều trị tại chỗ trước. Việc áp dụng các liệu pháp kháng nấm toàn thân khi viêm tai ngoài do nấm như nystatin uống và amphotericin tiêm tĩnh mạch B và thuốc nhóm imidazole. Thuốc nhỏ tai có thuốc kháng nấm, đặc biệt là thuốc có thuốc imidazole có tác dụng tuyệt vời trong tai mũi họng; tuy nhiên, vì viêm tai giữa thường do hệ vi khuẩn đa vi khuẩn gây ra, với nấm và vi khuẩn cùng nhau, nên việc sử dụng thuốc tại chỗ có phổ rộng là rất quan trọng. [6,7]

Bên cạnh đó, thay đổi thói quen hàng ngày có thể mang lại hiệu quả giảm tái phát hay hạn chế mắc bệnh từ đầu như không sử dụng que tăm bông ngoáy tai thường xuyên, không dùng các vật dụng bẩn vệ sinh tai, sử dụng các dụng cụ bảo hộ tai phù hợp khi tham gia các hoạt động dưới nước...[5,6,7]

Hạn chế của tổng quan

Viêm tai ngoài cấp là một bệnh khá thường gặp ở nước ta. Tuy nhiên, hiện nay việc thống nhất trong tiếp cận và điều trị vẫn chưa thật sự thống nhất giữa các đơn vị y tế. Tổng quan này dựa trên các số liệu thống kê từ nguồn tài liệu nước ngoài do có tính tổng hợp lớn. Nguồn số liệu trong nước mang tính của từng đơn vị y tế, không có tính đại diện cho cả nước vì vậy đây là một sự hạn chế. Bên cạnh đó, các loại thuốc, hay phương pháp xử trí cũng chưa đưa ra được khuyến nghị chung cho tất cả các trường hợp.

5. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa cấp là bệnh lý thường gặp trong Tai Mũi Họng, ở các nước phát triển nguyên nhân chủ yếu là do bơi lội. Chẩn đoán bệnh thường không quá khó khăn. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý đến những nguyên nhân phức tạp khó kiểm soát khi điều trị bệnh lý này. Sử dụng các loại thuốc tại chỗ hay toàn thân thường mang đến hiệu quả tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Academy of Family Physicians. Acute otitis externa 2019. <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/all-clinicalrecommendations/acute-otitis-externa.html>
- [2] Janaina Cândida Rodrigues Nogueira et al. Identification and antimicrobial susceptibility of acute external otitis microorganisms. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008;74(4):526-30.
- [3] Collier SA, Deng L, Adam EA, et al. Estimate of burden and direct healthcare cost of infectious waterborne disease in the United States. *Emerg Infect Dis*. 2021;27(1):140-149.
- [4] Schaefer P, Baugh RF. Acute otitis externa: an update. *Am Fam Physician*. 2012;86(11):1055-1061.
- [5] Mughal Z, Swaminathan R, Al-Deerawi HB, et al. A systematic review of antibiotic prescription for acute otitis externa. *Cureus*. 2021;13(3):e14149.
- [6] Khatri H, Huang J, Guazzo E, et al. Review article: topical antibiotic treatments for acute otitis externa: emergency care guidelines from an ear, nose and throat perspective. *Emerg Med Australas*. 2021;33(6):961-965.
- [7] Ogbru O. Antipyrine and benzocaine otic. Cortisporin otic suspension. Monarch Pharmaceuticals. <https://www.drugs.com/pro/cortisporin-otic-suspension.html>
- [8] Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(1 suppl): S1-S24.
- [9] Sander R. Otitis externa: a practical guide to treatment and prevention. *Am Fam Physician*. 2001;63(5):927-936, 941-942.
- [10] Weber PC, Roland PS, Hannley M, et al. The development of antibiotic resistant organisms with the use of ototopical medications. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;130(3 suppl):S89-S94.

