

DOI: 10.59715/pntjmp.1.2.20

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội

Trần Minh Dũng¹, Nguyễn Nam Hà²

¹Chuyên ngành Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trưởng Đơn vị Tai Mũi Họng, Phòng khám đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai ngoài, tỉ lệ viêm tai ngoài và các yếu tố liên quan ở vận động viên bơi lội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 340 vận động viên bơi lội tại 4 trung tâm chính của Thành phố Hồ Chí Minh. Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Kết quả: Bệnh gặp ở hai giới (tỉ lệ nam: nữ là 1:1). Lâm sàng: ngứa tai (75%), ù tai (48,8%), chảy nước tai (21,4%), đau tai (4,8%). Nội soi tai: ống tai ngoài có vảy (95,1%), da khô (86,4%), sợi nấm (8,6%). Phân lập vi sinh vật: viêm tai ngoài: nấm (60,5%), vi khuẩn (15,1%), nấm và vi khuẩn (12,8%). Không viêm: 64,6% xét nghiệm nấm dương tính. Định danh nấm: viêm tai ngoài: A.niger (20,6%), C.albicans (19,0%), Penicillium sp. (17,5%). Không viêm: A. niger (32,1%), Penicillium sp. (19,8%), C. parapsilosis (13,6%). Tỉ lệ viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội là 24,7% (cấp: 1,2%, mạn: 23,5%, 17,3% cần điều trị). Yếu tố liên quan: tỉ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo tuổi, thời gian dưới nước, tần suất bơi, số năm tham gia bơi lội.

Kết luận: Vận động viên bơi lội dễ bị mắc bệnh viêm tai ngoài hơn người ít bơi lội. Các triệu chứng của viêm tai ngoài mạn thường không gây khó chịu nhiều như viêm tai ngoài cấp nên dễ bị bỏ sót. Cần khám và điều trị kịp thời bệnh lý viêm tai ngoài, cũng như hướng dẫn phòng ngừa bệnh cho vận động viên bơi lội.

Từ khóa: Viêm tai ngoài, vận động viên bơi lội, nấm tai ngoài.

Abstract

Clinical and laboratory characteristics of otitis externa in swimmers

Ngày nhận bài:

15/02/2022

Ngày phản biện:

20/3/2022

Ngày đăng bài:

20/4/2022

Tác giả liên hệ:

Trần Minh Dũng

Email:

tranminhdung08@gmail.com

ĐT: 0768615645

Introduction: The aim of this study is to document the clinical and laboratory characteristics, prevalence and associated factors of otitis externa in competitive swimmers.

Materials and methods: This is a descriptive cross-sectional study performed in 340 swimmers who is trained at four main centers of Ho Chi Minh City.

Results: Male to female ratio was 1:1. Clinical signs and symptoms: itchy ears (75%), tinnitus (48.8%), discharge (21.4%), earache (4.8%), debris (95.1%), dry skin (86.4%), fungi (8.6%). Isolated microorganisms: Inflammatory ears: fungi (60.5%), bacteria (15.1%), both fungi and bacteria (12.8%).

Non - inflammatory ears: fungi (64.6%). Identification of fungi: Inflammatory ears: *A. niger* (20.6%), *C. albicans* (19.0%), *Penicillium sp.* (17.5%). Non - inflammatory: *A. niger* (32.1%), *Penicillium sp.* (19.8%), *C. parapsilosis* (13.6%). The prevalence of otitis externa in the swimmers was 24.7% (acute: 1.2%, chronic: 23.5%, requiring treatment 17.3%). Predisposed factors of otitis externa in swimmers included: increase by age, length of time in the water, frequency of swimming, and years of swimming.

Conclusion: Swimmers are more susceptible to otitis externa than those who rarely swim. Symptoms of chronic otitis externa are usually not as discomfort as acute otitis externa, so they are easily missed. It is necessary to promptly examine and treat otitis externa, as well as educate swimmers how to prevent it.

Key words: Otitis externa, competitive swimmer, fungi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai ngoài là bệnh phổ biến, [1] nhất là ở vận động viên bơi lội. [2] Bệnh không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến các biến chứng nguy hiểm. [3] Viêm tai ngoài được chẩn đoán dễ dàng thông qua bệnh sử, khám lâm sàng và nội soi tai. [1] Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay chưa có nhiều công trình nghiên cứu về tình hình dịch tễ, đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai ngoài. Để xác định tầm quan trọng của viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội, giúp các thầy thuốc và nhà quản lý phát hiện sớm và chữa trị bệnh viêm tai ngoài, chúng tôi thực hiện đề tài: “Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội”, nhằm mục tiêu:

1. Mô tả được đặc điểm lâm sàng, đặc điểm nội soi tai, đặc điểm vi nấm học viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội.

2. Xác định được tỉ lệ viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội.

3. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội. (môi trường nước, thời gian dưới nước, tần suất tập luyện, thói quen chăm sóc tai ngoài, đeo nút tai khi bơi...)

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 340 vận động viên bơi lội tại 4 trung tâm huấn luyện bơi của Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2021 đến 9/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Vận động viên bơi lội chuyên nghiệp và

bán chuyên nghiệp của Sở Văn hóa và Thể thao Thành phố Hồ Chí Minh với tiêu chuẩn: đạt thành tích ở cấp cơ sở (quận huyện, trường học) và tập trung huấn luyện từ 3 tháng trở lên

- Vận động viên có kết quả khám chuyên khoa Tai Mũi Họng và nội soi tai

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh lý tai ngoài bẩm sinh (tật tai nhỏ)
- Có bệnh lý tai giữa

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ khám tai mũi họng thông thường: banh mũi, que đè lưỡi gỗ, đèn clar

- Bộ nội soi tai: ống nội soi tai, máy nội soi tai mũi họng xách tay

- Bộ lấy mẫu bệnh phẩm: que tăm bông vô trùng lấy bệnh phẩm, lọ vô khuẩn đựng mẫu bệnh phẩm

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Giới tính, tuổi

- Tiền sử viêm tai, chấn thương tai ngoài, phẫu thuật tai giữa

- Triệu chứng cơ năng

- Nội soi tai: ống tai ngoài, màng nhĩ

- Kết quả phân lập vi sinh vật, nhóm nấm, định danh nấm.

- Yếu tố liên quan:

- Dụng cụ bảo vệ tai, thói quen chăm sóc tai ngoài

- Thời gian bơi mỗi ngày, tần suất bơi mỗi tuần, số năm tham gia bơi

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi tai và vi nấm học viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng theo chẩn đoán

Đặc điểm lâm sàng	Viêm tai ngoài cấp		Viêm tai ngoài mạn		Không viêm	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngứa tai	3	75,0	60	74,1	5	1,9
Đau tai	4	100,0	0	0,0	0	0,0
Ù tai	0	0,0	41	50,6	0	0,0
Chảy nước tai	1	25,0	17	21,0	0	0,0
Nghe kém	0	0,0	10	12,3	0	0,0

Viêm tai ngoài cấp: đau tai chiếm tỷ lệ cao nhất (100%), ngứa tai (75%), chảy nước tai (25%). Viêm tai ngoài mạn: ngứa tai chiếm tỷ lệ cao nhất (74,1%), ù tai (50,6%), chảy nước tai (21%), nghe kém (12,3%).

3.1.2. Đặc điểm nội soi tai

Tình trạng ống tai ngoài

Bảng 2: Tỷ lệ các đặc điểm ống tai ngoài theo chẩn đoán

Đặc điểm	Viêm tai ngoài cấp		Viêm tai ngoài mạn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
da khô	1	25,0	77	95,1
vảy	3	75,0	70	86,4
dịch	0	0,0	0	0,0
sợi nấm	0	0,0	7	8,6
phù nề	2	50,0	0	0,0
đỏ	2	50,0	0	0,0

Viêm tai ngoài mạn: vảy (95,1%) và da khô (86,4%). Tỷ lệ ống tai có hình ảnh sợi nấm là 8,6%. Tình trạng màng nhĩ

Bảng 3: Tỷ lệ các đặc điểm màng nhĩ theo chẩn đoán

Đặc điểm màng nhĩ	Viêm tai ngoài cấp		Viêm tai ngoài mạn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
vảy	1	25,0	33	40,7
sợi nấm	0	0,0	3	3,7
dày	1	25,0	19	23,5

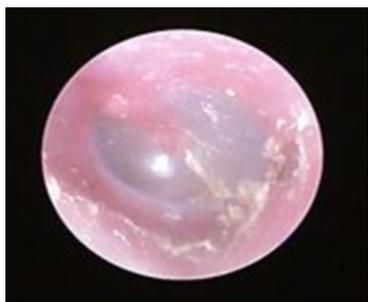
Viêm tai ngoài mạn: vảy (40,7%), dày (23,5%), sợi nấm (3,7%). Có 2 trường hợp vảy máu bám ở màng nhĩ.

Bảng 4: Một số hình ảnh bệnh tai ngoài qua nội soi tai

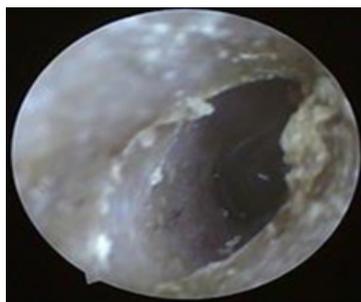


Viêm tai ngoài cấp: da ống tai ngoài đỏ, phù nề, đọng mủ vàng.

A



B



C

Viêm tai ngoài mạn: da ống tai ngoài khô, đọng vảy trắng



D



E

Nấm tai ngoài: da ống tai ngoài khô, đọng vảy, mảng nấm trắng

3.1.3. Kết quả phân lập vi sinh vật

Bảng 5: Tỷ lệ vi sinh vật theo chẩn đoán

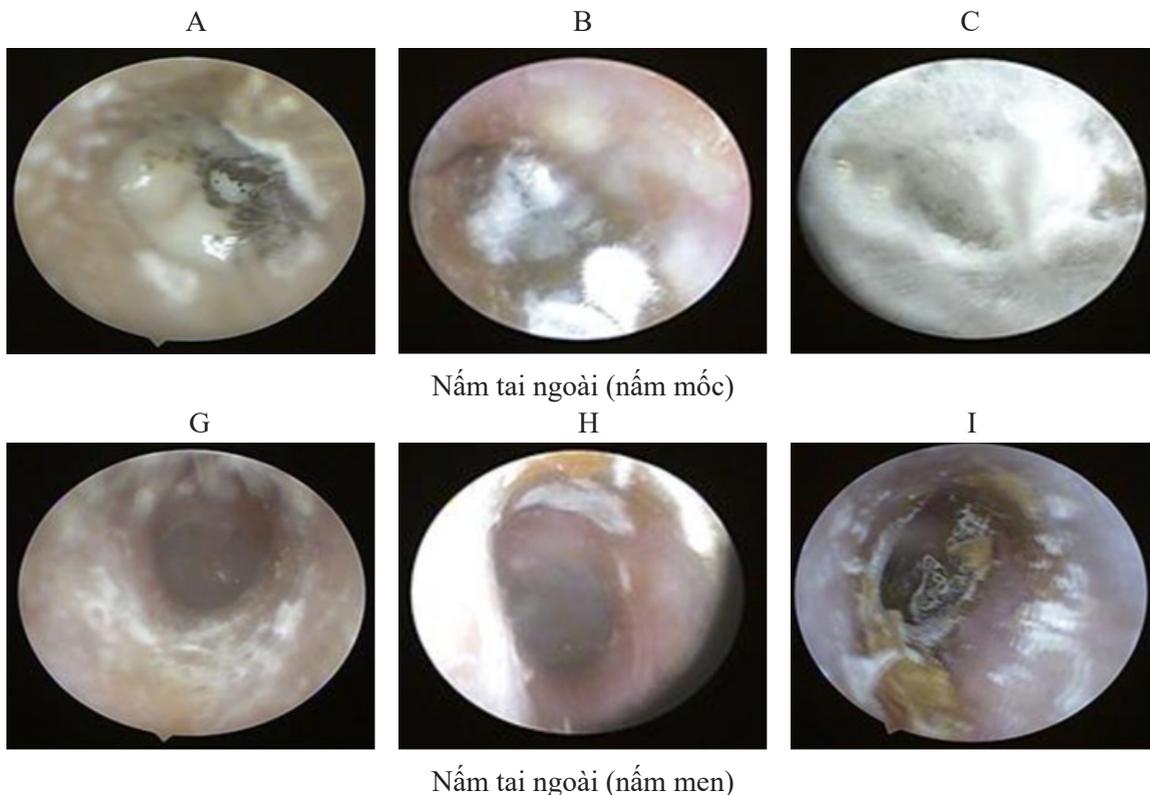
Kết quả nuôi cấy	Viêm tai ngoài cấp		Viêm tai ngoài mạn		Không viêm	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nấm	2	66,7	52	60,5	144	64,6
Vi khuẩn	0	0,0	13	15,1	23	10,3
Nấm + vi khuẩn	1	33,3	11	12,8	18	8,1
Âm tính	0	0,0	10	11,6	38	17,0

Viêm tai ngoài mạn: nấm (60,5%), vi khuẩn (15,1%), nấm và vi khuẩn (12,8%), âm tính (11,6%). Không viêm: nấm (64,6%), âm tính (17,0%), vi khuẩn (10,3%), nấm và vi khuẩn (8,1%).

3.1.4. Kết quả phân lập nhóm nấm

Tỷ lệ nấm ở tai viêm (27,2%) tương đương tai không viêm (28,0%). nấm mốc chiếm tỷ lệ cao hơn (49,6%), sau đó là nấm men (31,1%), cuối cùng là nấm men và nấm mốc (19,3%).

Bảng 6: Một số hình ảnh nấm tai ngoài theo nhóm



3.1.5. Kết quả định danh nấm

Viêm tai ngoài mạn: *Aspergillus niger* (20,6%), *Candida albicans* (19,0%), *Penicillium sp.* (17,5%) và *Aspergillus terreus* (14,3%). Không viêm: *Aspergillus niger* (32,1%), *Penicillium sp.* (19,8%), *Candida parapsilosis* (13,6%). Nấm tai ngoài: *Aspergillus niger* (45,1%), *Candida albicans* (20%).

3.2. Tỷ lệ viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội

3.2.1. Tỷ lệ hiện mắc viêm tai ngoài

Bảng 7: Tỷ lệ bệnh viêm tai ngoài

Viêm tai ngoài	Cấp tính	Số lượng	4
		Tỷ lệ %	1,2
	Mạn tính	Số lượng	81
		Tỷ lệ %	23,8
	Ác tính	Số lượng	0
		Tỷ lệ %	0,0

Tỷ lệ hiện mắc viêm tai ngoài là 24,7%. Trong đó, viêm tai ngoài cấp tính (1,2%), viêm tai ngoài mạn tính (23,8%).

3.2.2. Tỷ lệ viêm tai ngoài theo mức độ

Bảng 8: Tỷ lệ viêm tai ngoài theo mức độ

			Mức độ		
			Nhẹ	Trung bình	Nặng
Viêm tai ngoài	Cấp tính	Số lượng	3	1	0
		Tỷ lệ %	75,0	25,0	0,0
	Mạn tính	Số lượng	67	14	0
		Tỷ lệ %	82,7	17,3	0,0

Viêm tai ngoài cấp: nhẹ (75%), trung bình (25%). Viêm tai ngoài mạn: nhẹ (82,7%), trung bình (17,3%). Tiêu chuẩn phân độ: dựa trên đặc điểm lâm sàng và nội soi tai theo đề xuất của tác giả Medina - Blasini Y. và Sharman T.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội

3.3.1. Đặc điểm chung

Tỉ lệ viêm tai ngoài ở nam (24,6%) tương đương nữ (24,8%). Nhóm tuổi 21 - 30 (33,3%) có tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo tuổi. Tuổi trung bình mắc bệnh: $12,31 \pm 4,89$.

3.3.2. Đặc điểm tiền sử

Nguy cơ viêm tai ngoài ở vận động viên có tiền sử viêm tai (51,9%) cao gấp 3,2 lần so với không có tiền sử viêm tai (16,2%). Mối tương quan giữa tiền sử viêm tai và viêm tai ngoài là 35,2%.

Tiền sử chấn thương, sử dụng dụng cụ bảo vệ tai khi bơi và thói quen chăm sóc tai ngoài không khác biệt giữa nhóm viêm tai ngoài và không viêm. Tỉ lệ dùng dụng cụ tại nhà (87,3%), ra tiệm hớt tóc (11,6%) và gặp bác sĩ tai mũi họng (8,8%).

3.3.3. Đặc điểm bơi lội

Thời gian dưới nước mỗi buổi tập ở nhóm viêm tai ngoài là $1,99 \pm 0,67$ giờ/buổi, nhóm không viêm là $1,77 \pm 0,69$ giờ/buổi. Tỉ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo thời gian dưới nước mỗi buổi (từ 15,4% ở nhóm 0.5 - 1 giờ/buổi đến 50% ở nhóm 3,5 - 4 giờ/buổi).

Tần suất bơi mỗi tuần ở nhóm viêm tai ngoài là $5,73 \pm 1,41$ buổi/tuần, nhóm không viêm là $5,32 \pm 1,44$ buổi/tuần. Tỉ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo tần suất bơi mỗi tuần (từ 19,1% ở nhóm 3 buổi/tuần đến 35,4% ở nhóm 7 buổi/tuần)

Nhóm viêm tai ngoài có số năm tham gia bơi lội là $7,58 \pm 0,56$ năm cao hơn nhóm không viêm là $4,41 \pm 0,25$ năm. Tỉ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo số năm tham gia bơi lội. (từ 15,3% ở nhóm dưới 5 năm đến 71,4% ở nhóm 15 năm trở lên)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi tai và vi nấm học viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng ngứa tai (75,0%) và đau tai (4,8%) chiếm tỷ lệ cao, các triệu chứng ù tai, chảy nước tai, nghe kém thay đổi tùy theo tình trạng

của ống tai ngoài. Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Tư Thế [4] và Adegbiyi. [5]

Viêm tai ngoài cấp: đau tai chiếm tỉ lệ cao nhất (100%), ngứa tai (75%), chảy nước tai (25%). Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Hui [6]. Viêm tai ngoài mạn: ngứa tai chiếm tỉ lệ cao nhất (74,1%), ù tai (50,6%), chảy nước tai (21,0%), nghe kém (12,3%). Kết quả này phù hợp với quan điểm của Kesser, trong đó đau tai không điển hình trong viêm tai ngoài mạn. [7]

4.1.2. Đặc điểm nội soi tai

Tình trạng ống tai ngoài

Viêm tai ngoài mạn: vảy (95,1%) và da khô (86,4%). Theo tác giả Kesser, viêm tai ngoài mạn tính thường gặp hai thể lâm sàng chính là: dạng tiết bã và dạng chàm hoá. [7] Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là viêm tai ngoài mạn thể tiết bã với biểu hiện da khô, vảy. Tỉ lệ ống tai với hình ảnh sợi nấm (8,6%) không tương đồng với tỉ lệ nấm (trên 60%). Điều này gợi ý các bác sĩ cần lưu ý tình trạng nhiễm nấm ở vận động viên bơi lội dù nội soi không thấy hình ảnh sợi nấm.

Tình trạng màng nhĩ

Viêm tai ngoài mạn: vảy (40,7%), dày (23,5%), sợi nấm (3,7%). Có 2 trường hợp vảy máu bám ở màng nhĩ. Theo tác giả Nguyễn Tư Thế (2018), có 13,2% tai trong nghiên cứu có thủng màng nhĩ và 86,8% tai không có thủng màng nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm tai giữa là tiêu chuẩn loại trừ, vì vậy không có vận động viên nào thủng màng nhĩ. [4] Do vận động viên tiếp xúc thường xuyên với nước, màng nhĩ sẽ có thay đổi gần giống với ống tai ngoài, xuất hiện vảy.

4.1.3. Kết quả phân lập vi sinh vật

Viêm tai ngoài mạn: nấm (60,5%), vi khuẩn (15,1%), nấm và vi khuẩn (12,8%), âm tính (11,6%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Kulal (2017), tỉ lệ nấm là 51,3%, 23,3% là vi khuẩn, 19,3% đồng thời có nấm và vi khuẩn. [8] Không viêm: nấm (64,6%), âm tính (17,0%), vi khuẩn (10,3%), nấm và vi khuẩn (8,1%). Nghiên cứu của Stroman (2001) cho thấy tỉ lệ vi khuẩn Gram dương (92 - 93%), nấm (2,5 - 7%) và vi khuẩn Gram âm (1 - 4%). [9] Sự khác biệt này do sự thiếu hụt ráy tai cùng với ống tai ngoài thường xuyên ẩm ướt, môi trường khí hậu nóng ẩm ảnh hưởng đến tỉ lệ nuôi cấy so

với các nghiên cứu trên. Chính các yếu tố nguy cơ này tạo điều kiện cho nấm phát triển mạnh mẽ, hơn hẳn vi khuẩn. Đồng thời, môi trường bơi lội dưới nước càng dễ lây lan nấm.

4.1.4. Kết quả phân lập nhóm nấm

Tỉ lệ nấm ở tai viêm (27,2%) tương đương tai không viêm (28,0%). Theo các tác giả Martin (2005), Kesser (2011) và Agarwal (2017), nấm có liên quan tới viêm tai ngoài mạn. [7, 10, 11] Sự khác biệt này có thể do tỉ lệ nấm xuất hiện ở cả hai nhóm trong mẫu nghiên cứu dẫn đến sự khác biệt không có ý nghĩa giữa hai biến số.

Kết quả nuôi cấy nấm mốc chiếm tỉ lệ (49,6%), nấm men (31,1%), nấm men và nấm mốc (19,3%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Tư Thế với nấm *Aspergillus* (58,1%), nấm *Candida* (16,1%), nấm *Aspergillus* và *Candida* (9,7%). [4]

4.1.5. Kết quả định danh nấm

Viêm tai ngoài mạn: *Aspergillus niger* (20,6%), *Candida albicans* (19,0%), *Penicillium sp.* (17,5%) và *Aspergillus terreus* (14,3%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với phần lớn các nghiên cứu của tác giả Barati [12] và Aneja: [13] nấm *A. niger* là loài gây bệnh thường gặp nhất, sau đó là *Candida albicans*, *A. terreus* và *Penicillium sp.*

Không viêm: *Aspergillus niger* (32,1%), *Penicillium sp.* (19,8%), *Candida parapsilosis* (13,6%). Theo tác giả Stroman tỉ lệ nấm ở người bình thường là *Penicillium sp.* (74,19%), *Candida parapsilosis* (22,6). [9] Có sự khác biệt như vậy là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên vận động viên bơi lội, thường xuyên tiếp xúc với nước, hai nhóm tai viêm và không viêm bơi chung với nhau, có thể làm lây lan nấm. Biểu hiện rõ rệt nhất là hầu hết các chủng nấm ở tai không viêm đều là loài gây bệnh.

4.2. Tỉ lệ viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội TPHCM

4.2.1. Tỉ lệ hiện mắc viêm tai ngoài

Tỉ lệ hiện mắc viêm tai ngoài là 24,7%. Tỉ lệ của chúng tôi tương đồng với tác giả Kujundžić là 25,7% [14] và Springer là 30,5%. [15] Trong đó, viêm tai ngoài cấp tính (1,2%), viêm tai ngoài mạn tính (23,8%). Theo Hoadley tỉ lệ viêm tai ngoài cấp là 7,3%, [16] Powis (1984) là 8,2%. [17] Sự khác biệt này là do thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là cắt ngang tại một thời điểm,

không thể theo dõi vận động viên liên tục nên ít gặp các đợt cấp của viêm tai ngoài, chủ yếu gặp vận động viên bị viêm tai ngoài mạn tính, gây khó chịu nên đến khám và nội soi kiểm tra. Ở bệnh viêm tai ngoài cấp, đa số vận động viên đã được điều trị trước đó, hoặc triệu chứng khiến họ khó chịu nên khó tiếp cận và đưa vào nghiên cứu. Vì vậy tỉ lệ viêm tai ngoài cấp tương đối thấp. Theo Kesser và Osguthorpe, tỉ lệ viêm tai ngoài mạn vào khoảng 3 - 5% dân số bình thường. [7, 18] Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp, vì tỉ lệ viêm tai ngoài ở người bơi lội so với người không bơi gấp khoảng 5 lần.

4.2.2. Tỉ lệ viêm tai ngoài theo mức độ

Trong nghiên cứu của chúng tôi: viêm tai ngoài cấp: nhẹ (75%), trung bình (25%); viêm tai ngoài mạn: nhẹ (82,7%), trung bình (17,3%).

Do đa số vận động viên viêm tai ngoài cấp khó tiếp cận (do không đi bơi, đau nên từ chối khám), đã được điều trị trước đó. Chủ yếu là vận động viên có triệu chứng kéo dài như tai khó chịu, lo lắng nên đến khám.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến viêm tai ngoài ở vận động viên bơi lội

4.3.1. Đặc điểm chung

Tỉ lệ viêm tai ngoài ở nam (24,6%) tương đương nữ (24,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế, [4] Adegbiyi, [5] Abraham. [19] Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn là vận động viên trẻ và nhỏ tuổi, ở cả hai giới, các em đều nhận được sự quan tâm về sức khỏe của cha mẹ, đi khám và điều trị ngay khi xuất hiện các triệu chứng.

Nhóm tuổi 21 - 30 (33,3%) có tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo tuổi. Tuổi trung bình mắc bệnh: $12,31 \pm 4,89$. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Tư Thế, [4] và Pradhan. [20] Do các vận động viên ở độ tuổi này có nhiều thời gian hơn để tham gia các hoạt động thể dục thể thao như bơi lội, hoạt động ngoài trời, qua đó, làm tăng nguy cơ tiếp xúc với nước, nhiệt độ và độ ẩm cao.

4.3.2. Đặc điểm tiền sử

Nguy cơ viêm tai ngoài ở vận động viên có tiền sử viêm tai cao gấp 3,2 lần so với không có tiền sử viêm tai. Mối tương quan giữa tiền sử viêm tai và viêm tai ngoài là 35,2%. Tỉ lệ tiền sử viêm tai giữa cấp: 28,6%, viêm tai ngoài cấp: 17,9% và viêm tai ngoài mạn: 7,1%.

Tiền sử chấn thương, sử dụng dụng cụ bảo vệ tai khi bơi và thói quen chăm sóc tai ngoài không khác biệt giữa nhóm viêm tai ngoài và không viêm. Tỷ lệ dùng dụng cụ tại nhà (87,3%), ra tiệm hớt tóc (11,6%) và gặp bác sĩ tai mũi họng (8,8%). Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Tư Thế. [4] Theo tác giả Wiegand, sử dụng nút tai khi bơi là yếu tố nguy cơ của viêm tai ngoài, vì gây chấn thương ống tai ngoài khiến vi khuẩn dễ dàng xâm nhập. [1] Việc sử dụng dụng cụ lấy ráy tai tại nhà thường xuyên làm mất đi hàng rào bảo vệ tự nhiên của ống tai, nếu dùng chung với người khác, sẽ làm lây lan bệnh viêm tai ngoài, cụ thể là nấm tai ngoài.

4.3.3. Đặc điểm bơi lội

Thời gian dưới nước mỗi buổi ở nhóm viêm tai ngoài là $1,99 \pm 0,67$ giờ/buổi, nhóm không viêm là $1,77 \pm 0,69$ giờ/buổi. Tần suất bơi mỗi tuần ở nhóm viêm tai ngoài là $5,73 \pm 1,41$ buổi/tuần, nhóm không viêm là $5,32 \pm 1,44$ buổi/tuần. Nhóm viêm tai ngoài có số năm tham gia bơi lội là $7,58 \pm 0,56$ năm, nhóm không viêm là $4,41 \pm 0,25$ năm. Tỷ lệ viêm tai ngoài tăng dần theo thời gian dưới nước mỗi buổi, tần suất bơi mỗi tuần, số năm tham gia bơi lội. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,05$).

5. KẾT LUẬN

Các triệu chứng viêm tai ngoài ở vận động viên chủ yếu là ngứa tai, ù tai, chảy nước tai và đau tai. Đau tai gặp trong viêm tai ngoài cấp trong khi ngứa tai gặp trong viêm tai ngoài mạn. Nội soi ống tai ngoài phần lớn là vảy, da khô; màng nhĩ có vảy và dày. Nấm chiếm tỷ lệ cao trong viêm tai ngoài. Vận động viên không triệu chứng vẫn có xét nghiệm nấm dương tính, cần khám chữa bệnh định kỳ để phát hiện sớm viêm tai ngoài ở những đối tượng này.

Khi vận động viên có triệu chứng cần khám và điều trị ngay để giảm tỷ lệ viêm tai ngoài mạn. Thời gian dưới nước, tần suất bơi, số năm bơi lội tăng lên, sẽ làm tăng tỷ lệ viêm tai ngoài, cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, chăm sóc tai mũi họng hàng ngày ngay từ khi vận động viên bắt đầu tham gia bơi lội để phòng tránh bệnh viêm tai ngoài từ sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wiegand S., Berner R., Schneider A. et al (2019). "Otitis Externa". Deutsches Ärzteblatt International, vol 116(13), pp. 224-234.
2. Wang M.C., Liu C.Y., Shiao A.S. et al (2005). "Ear problems in swimmers". Journal of the Chinese Medical Association, vol 68(8), pp. 347-352.
3. Wiperman J. (2014). "Otitis externa". Primary Care: Clinics in Office Practice, vol 41(1), pp. 1-9.
4. Nguyễn Tư Thế, Hồ Mạnh Hùng and Nguyễn Cảnh Lộc (2018). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Viêm ống tai ngoài". Tạp chí Y Dược học, vol 8(6), pp. 68-75.
5. Adegbiyi W.A., Aremu S.K., Olatoke F. et al (2017). "Epidemiology of Otitis externa in developing country". International Journal of Recent Scientific Research, vol 8(6), pp. 18023-18027.
6. Hui C.P.S. (2013). "Acute otitis externa". Paediatrics Child Health, vol 18(2), pp. 96-98.
7. Kesser B.W. (2011). "Assessment and management of chronic otitis externa". Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, vol 19(5), pp. 341-347.
8. Kulal B., Bhat K.S., Meundi M. et al (2017). "A microbiological study of otomycosis". Indian Journal of Microbiology Research, vol 4(1), pp. 118-125.
9. Stroman D.W., Roland P.S., Dohar J. et al (2001). "Microbiology of normal external auditory canal". The laryngoscope, vol 111(11), pp. 2054-2059.
10. Agarwal P. and Devi L.S. (2017). "Otomycosis in a Rural Community Attending a Tertiary Care Hospital: Assessment of Risk Factors and Identification of Fungal and Bacterial Agents". Journal of Clinical and Diagnostic Research, vol 11(6), pp. 14-18.
11. Martin T.J., Kerschner J.E. and Flanary V.A. (2005). "Fungal causes of otitis externa and tympanostomy tube otorrhea". International journal of Pediatric Otorhinolaryngology, vol 69(11), pp. 1503-1508.
12. Barati B., Okhovvat S.A.R., Goljanian A. et al (2011). "Otomycosis in Central Iran:

- A Clinical and Mycological Study”. Iranian Red Crescent medical journal, vol 13(12), pp. 873-876.
13. Aneja K.R., Sharma C. and Joshi R. (2010). “Fungal infection of the ear: A common problem in the north eastern part of Haryana”. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, vol 74(6), pp. 604-607.
 14. Kujundžić M., Braut T., Manestar D. et al (2012). “Water Related Otitis Externa”. Collegium antropologicum, vol 36(3), pp. 893-897.
 15. Springer G.L. and Shapiro E.D. (1985). “Fresh water swimming as a risk factor for otitis externa: a case-control study”. Archives of Environmental Health: An International Journal, vol 40(4), pp. 202-206.
 16. Hoadley A.W. and Knight D.E. (1975). “Swimmers and Nonswimmers”. Archives of Environmental Health: An International Journal, vol 30(9), pp. 445-448.
 17. Powis B. and Hazzard A. (1984). “Effects of swimming on health”. The Medical Journal of Australia, vol 141(4), pp. 235-236.
 18. Osguthorpe J.D. and Nielsen D.R. (2011). “Otitis externa: review and clinical update”. South African Family Practice, vol 53(3), pp. 223-229.
 19. Abraham Z.S., Tarimo O., Kahinga A.A. et al (2019). “Prevalence and clinical characteristics of otitis externa among patients attending Otorhinolaryngology Department at Muhimbili National Hospital, Tanzania”. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, vol 5(4), pp. 826-829.
 20. Pradhan B., Tuladhar N.R. and Amatya R.M. (2003). “Prevalence of otomycosis in outpatient department of otolaryngology in Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathmandu, Nepal”. The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, vol 112(4), pp. 384-387.