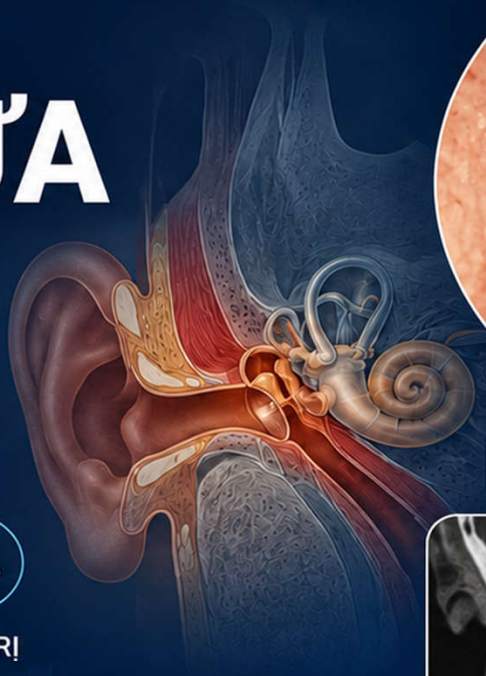
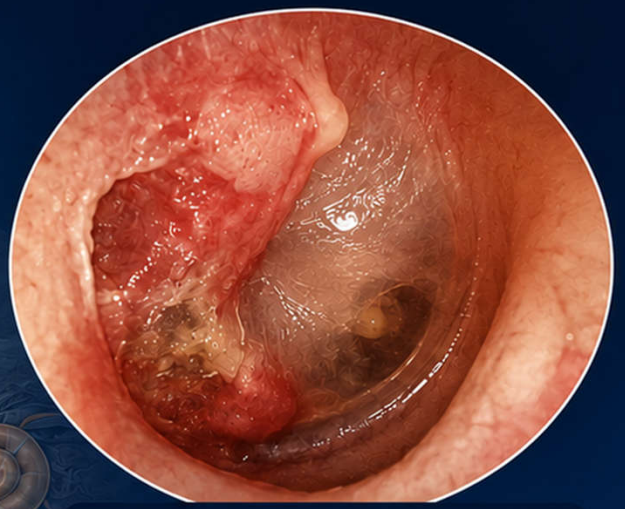
LAO TAI GIỮA

Tuberculous Otitis Media

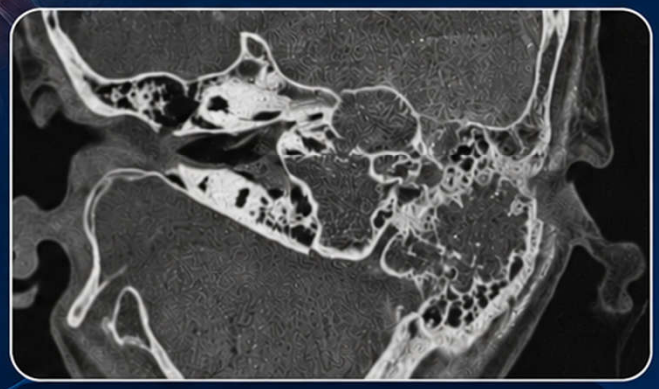
> Một bệnh lý hiếm gặp nhưng cần được nhận diện sớm trong thực hành Tai Mũi Họng

CHẨN ĐOÁN | HÌNH ẢNH HỌC | NỘI SOI | ĐIỀU TRỊ





Nội soi tai giữa: hạt, loét trên màng nhĩ, giả cholesteatoma



CT xương thái dương: tổn thương hủy xương, thâm nhiễm thượng nhĩ – xương chũm



BS. Âu Chí Nghĩa

Khoa Tai Mũi Họng I Phòng khám đa khoa Hòa Hảo

Medic 7 - 24/10/2026

1. ĐẠI CƯƠNG

Vì sao cần nghĩ đến lao tai giữa?

- Lao tai giữa (tuberculous otitis media) là biểu hiện hiếm của nhiễm Mycobacterium tuberculosis tại tai giữa.
- Có thể biểu hiện giống viêm tai giữa mạn tính thông thường, dẫn đến chẩn đoán muộn.

THÔNG ĐIỆP MỞ ĐẦU

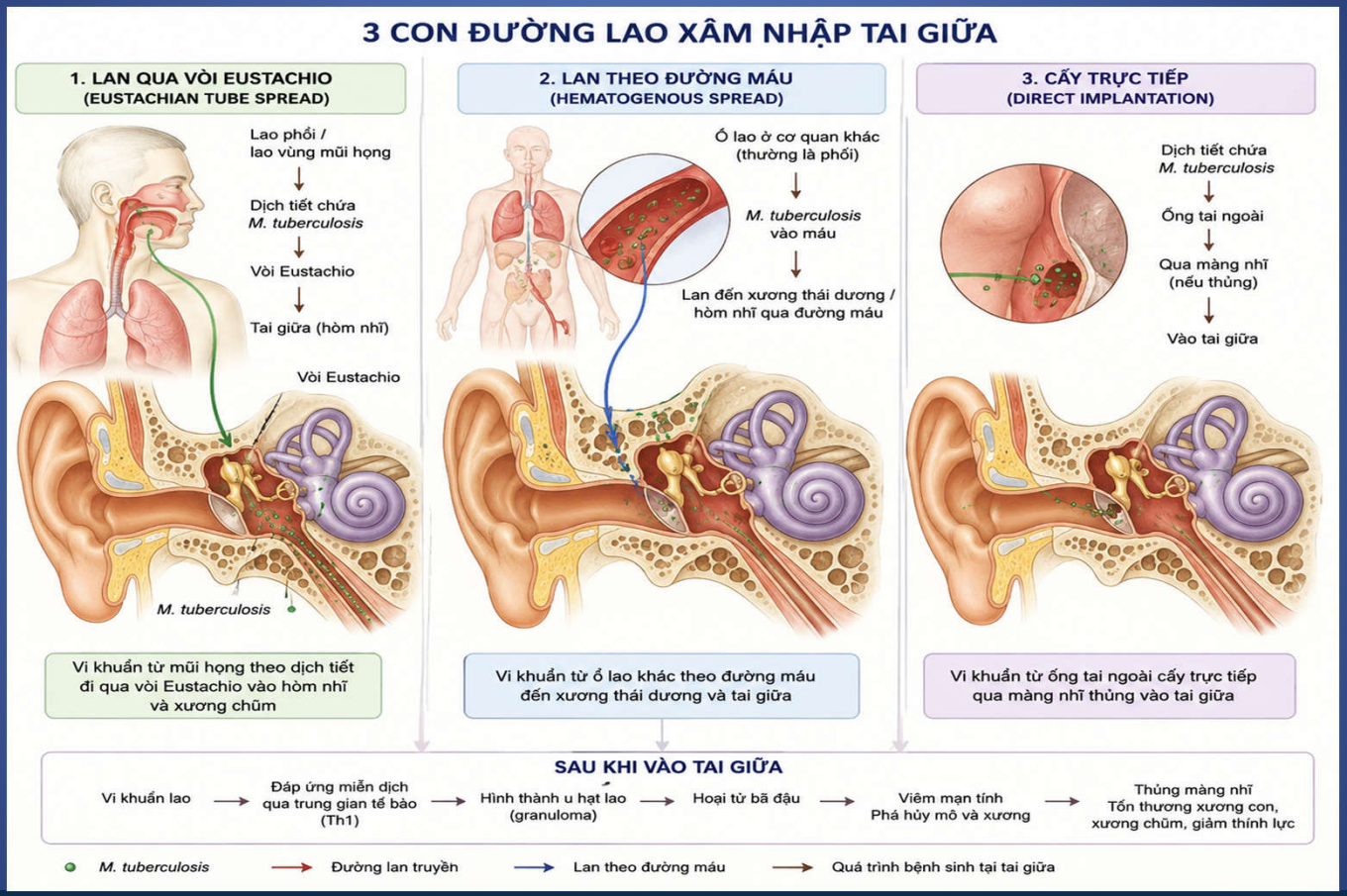
Lao tai giữa hiếm gặp nhưng không nên bỏ sót, đặc biệt khi diễn tiến không điển hình hoặc điều trị thông thường không hiệu quả.

2. LỊCH SỬ



Hình ảnh có sự hỗ trợ của AI

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH



Hình ảnh có sự hỗ trợ của AI

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG LAO TAI GIỮA

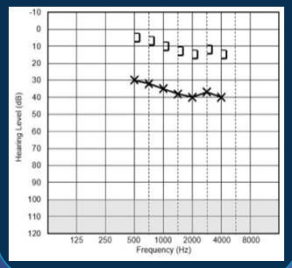
1 Chảy tai kéo dài

- Triệu chứng nổi bật nhất.
- Kinh điển: chảy tai không đau, dịch loãng, ít hoặc không hôi.
- Không hoặc đáp ứng kém với kháng sinh thông thường, dễ tái phát.
- Vẫn có thể đau tai khi bội nhiễm.



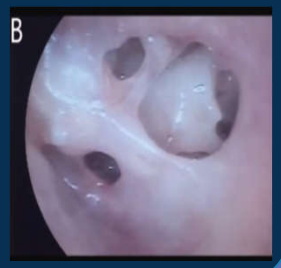
2 Giảm thính lực

- Có thể xuất hiện sớm và nặng, không tương xứng với tổn thương nhìn thấy.
- Ban đầu thường là điếc dẫn truyền do tổn thương tai giữa.
- Lan vào tai trong → điếc hỗn hợp hoặc tiếp nhận.



3 Tổn thương màng nhĩ

- Giai đoạn sớm: màng nhĩ đục, sung huyết, dày, mất mốc.
- Sau đó xuất hiện thủng màng nhĩ.
- Nhiều lỗ thủng là dấu hiệu kinh điển nhưng hiện nay khá hiếm.
- Các lỗ thủng có thể hợp lại thành thủng rộng/toàn bộ.



4 Mô hạt trong tai giữa

- Thường là mô hạt nhợt màu.
- Có thể lan rộng trong hòm nhĩ và xương chũm.
- Có thể thấy hoại tử bã đậu hoặc xương chết.



5 Liệt dây VII

- Dấu hiệu quan trọng, đặc biệt nếu xuất hiện sớm trong viêm tai giữa mạn.
- Khoảng 16% ở người lớn trong tổng quan kinh điển.
- Không phải dấu hiệu bắt buộc.



6 Các triệu chứng khác

- Đau tai
- Ù tai
- Chóng mặt / mất thăng bằng
- Viêm mê nhĩ, viêm xương chũm
- Biến chứng nội sọ (hiếm gặp)

Gợi ý lâm sàng: viêm tai giữa mạn / chảy tai kéo dài không đáp ứng kháng sinh + mô hạt nhiều + giảm thính lực hoặc liệt VII xuất hiện sớm.

5. DẤU HIỆU KINH ĐIỂN & BIỂU HIỆN HIỆN NAY

BỘ DẤU HIỆU KINH ĐIỂN (WALLNER, 1953)

1 Chảy tai không đau (painless otorrhea)

2 Nhiều lỗ thủng màng nhĩ (multiple tympanic membrane perforations)

3 Mô hạt nhợt màu (pale granulation tissue)

4 Giảm thính lực nặng xuất hiện sớm (early severe hearing loss)

5 Liệt dây VII (facial nerve palsy)

6 Hoại tử xương (bone necrosis)

Không phải lúc nào cũng có đầy đủ các dấu hiệu trên, đặc biệt trong thực hành hiện nay.

BIỂU HIỆN HIỆN NAY

- Biểu hiện thường không điển hình, dễ nhầm với viêm tai giữa mạn tính thông thường.
- Nhiều lỗ thủng màng nhĩ hiện được xem là dấu hiệu khá hiếm.
- Liệt dây VII không thường gặp và không phải dấu hiệu bắt buộc.
- Mô hạt nhợt màu, hoại tử bã đậu hoặc xương chết có thể gặp nhưng không đặc hiệu.
- Cần nghĩ đến lao tai giữa khi chảy tai kéo dài không đáp ứng điều trị, mô hạt nhiều, giảm thính lực hoặc liệt VII sớm.

Chẩn đoán dựa trên phối hợp lâm sàng, xét nghiệm vi sinh/PCR và mô bệnh học.

6. HÌNH ẢNH NỘI SOI – PHỔ BIỂU HIỆN LAO TAI GIỮA

Hình ảnh thực tế trích trực tiếp từ Abes et al., Acta Medica Philippina 2023

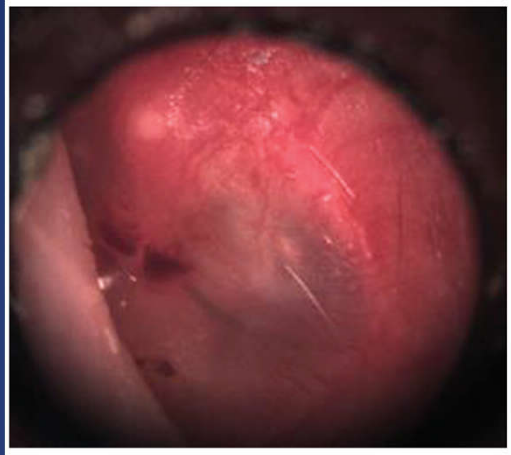


Figure 1. 50/F with acute otitis media, with bulging erythematous TM.



Figure 2. 20/M with acute suppurative otitis media, showing TM perforation.



Figure 3. 41/M with OME showing TM retraction pocket.

Ý nghĩa

- TOM có thể mô phỏng gần như mọi dạng viêm tai giữa.
- Hình nội soi đơn độc thường không đủ để phân biệt với nhiễm khuẩn thông thường.

6. HÌNH ẢNH NỘI SOI – PHỔ BIẾU HIỆN LAO TAI GIỮA

Hình ảnh thực tế trích trực tiếp từ Abes et al., Acta Medica Philippina 2023

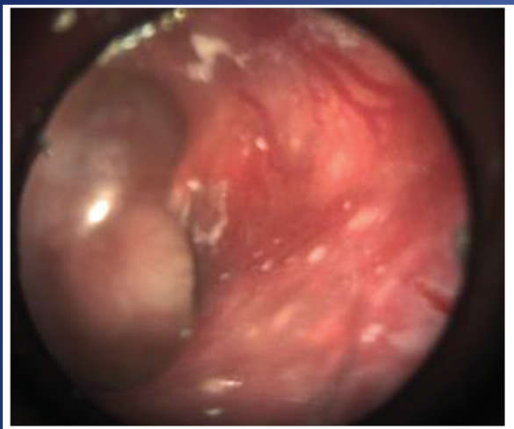


Figure 4. 31/M with adhesive otitis media.

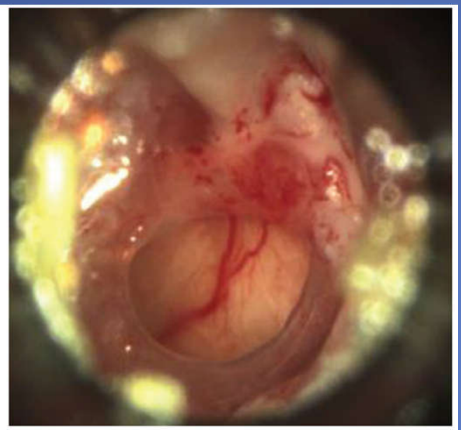


Figure 5. 21/F with dry TM perforation.

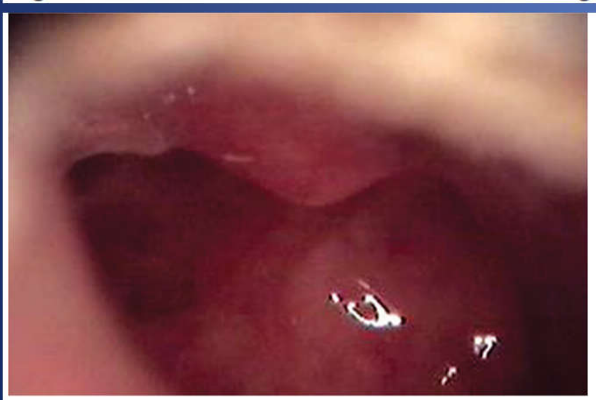


Figure 6. 19/M with CSOM without cholesteatoma.



Figure 7. 30/F with CSOM with cholesteatoma.



Figure 8. 51/F with aural polyp.

Ý nghĩa

- TOM có thể mô phỏng gần như mọi dạng viêm tai giữa.
- Hình nội soi đơn độc thường không đủ để phân biệt với nhiễm khuẩn thông thường.

7. HÌNH ẢNH NỘI SOI GỢI Ý ĐẶC TRƯNG HƠN CHO LAO TAI GIỮA

Các biểu hiện liên quan hình thành granuloma lao; hiếm gặp nhưng có giá trị gợi ý cao



Figure 9. 22/M with multiple eardrum perforations.

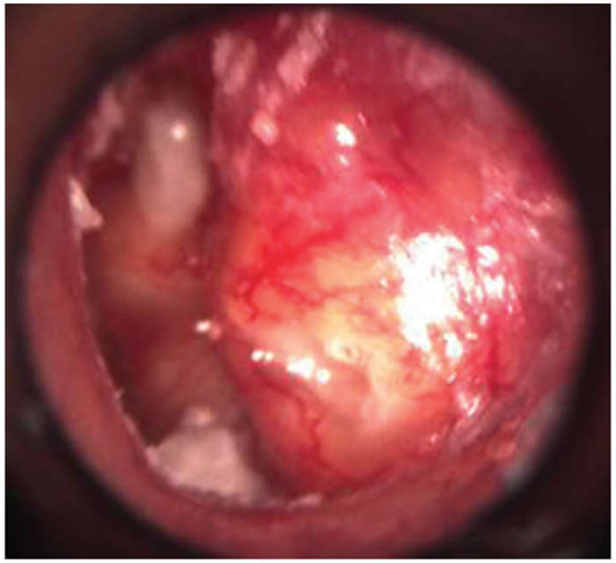


Figure 10. 22/M with middle ear mass-like lesion.

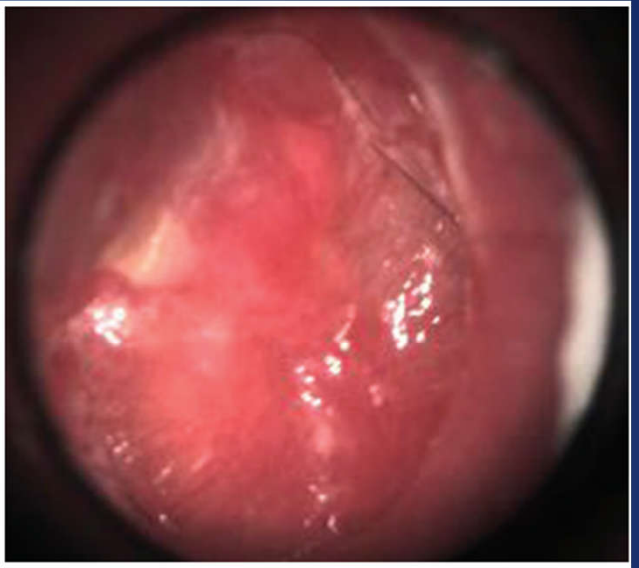


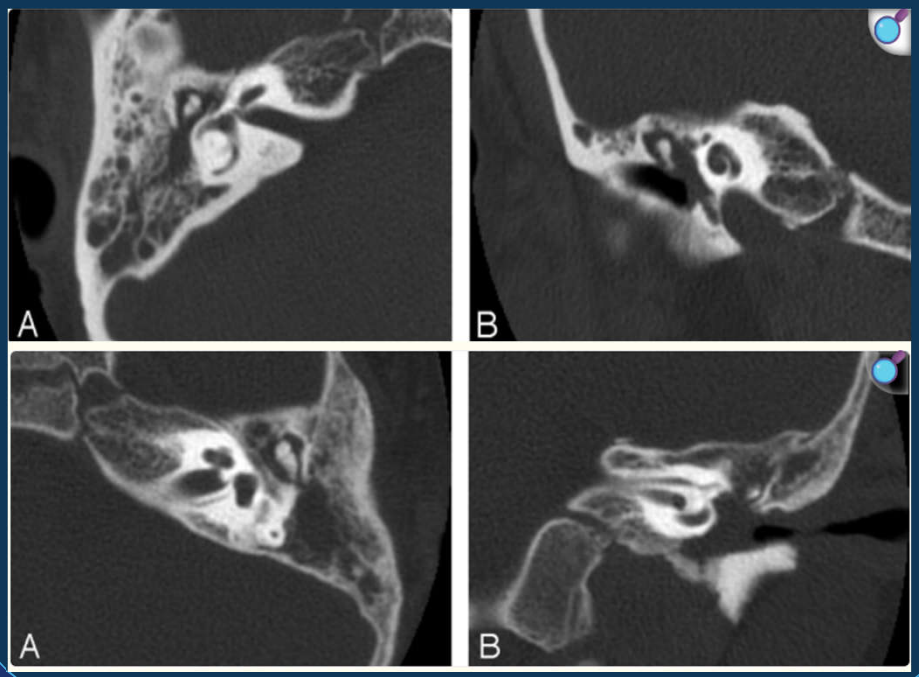
Figure 11. 49/M with thickened eardrum.

Điểm cần nhớ

Nhiều lỗ thủng + dịch/mô hoại tử dạng bã đậu là hình ảnh kinh điển nhưng hiếm. Khối dạng u và màng nhĩ dày sung huyết cũng có thể là biểu hiện của granuloma lao.

8. CT XƯƠNG THÁI DƯƠNG

Vai trò trong đánh giá mức độ tổn thương và biến chứng



- Đánh giá mức độ tổn thương hòm tai – chũm.
- Tìm dấu hiệu phá hủy hoặc mất vách xương.
- Đánh giá tổn thương xương con và các cấu trúc liên quan.
- CT không thay thế xét nghiệm xác định căn nguyên lao.

9. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Lao tai giữa có thể “giả dạng” nhiều bệnh lý

VIÊM TAI GIỮA MẠN

Chảy tai kéo dài, thủng màng nhĩ; cần tìm các đặc điểm không điển hình hoặc đáp ứng điều trị kém.

CHOLESTEATOMA

Mô bệnh lý và hình ảnh phá hủy xương có thể chồng lấp; nội soi và CT giúp định hướng.

U / BỆNH LÝ HẠT

Cân nhắc khi có mô hạt bất thường, tiến triển dai dẳng hoặc hình ảnh không phù hợp.

NGUYÊN TẮC

Không chẩn đoán lao chỉ dựa vào hình ảnh. Khi nghi ngờ, cần lấy bệnh phẩm thích hợp để xét nghiệm vi sinh và/hoặc mô bệnh học.

10. XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN

Tiếp cận theo hướng đa mô thức

01

LÂM SÀNG

Khai thác nguy cơ và diễn tiến

02

NỘI SOI

Đánh giá màng nhĩ – hòm tai

03

HÌNH ẢNH

CT xương thái dương khi cần

04

VI SINH - GPB

AFB / PCR/ GeneXpert, LPA, Bactee, MGIT,….

11. MẪU LẪN MÁU → PCR MTB ÂM TÍNH GIẢ

Dịch rửa tai giữa lẫn máu

Hemoglobin • heme
lactoferrin • IgG

→

Ức chế PCR

↓ hoạt tính DNA polymerase
± cản trở DNA / tín hiệu

→

Giảm khuếch đại DNA MTB

Ct ↑ / tín hiệu ↓

→

ÂM TÍNH GIẢ

Đặc biệt khi tải lượng MTB vốn thấp

THỰC HÀNH LẤY MẪU

Rửa tai giữa / hang chũm bằng NaCl 0,9% và hút mẫu PCR TRƯỚC thao tác gây chảy máu nếu có thể.

Abes et al. 2023: mẫu NSS washing lẫn máu có thể gây PCR âm tính giả; tác giả đề nghị lấy dịch rửa trước phẫu thuật khi có thể.

Cơ chế hỗ trợ: hemoglobin/heme là các chất ức chế PCR đã được chứng minh.

12. KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM DỊCH TAI GIỮA

THỰC HÀNH LẤY MẪU

Rửa tai giữa bằng NaCl 0,9% và hút mẫu TRƯỚC thao tác gây chảy máu nếu có thể.



Nguồn hình: Nguyễn Thị Diệp Anh. *Lao tai giữa – Lâm sàng và điều trị*. Hội nghị Khoa học Thường niên Tai–Mũi–Họng 2025.

13. ĐIỀU TRỊ

Điều trị căn nguyên là nền tảng

- Điều trị theo phác đồ Lao ngoài phổi
- Điều trị tại chỗ tai: làm sạch tai, kiểm soát nhiễm trùng và chăm sóc tai phù hợp.
- Phẫu thuật được cân nhắc khi có biến chứng, tổn thương cần lấy bệnh phẩm, bệnh tích khu trú, tái tạo màng nhĩ, xương con,…
- Theo dõi đáp ứng: triệu chứng, nội soi tai và thính lực; điều chỉnh chiến lược theo diễn tiến.

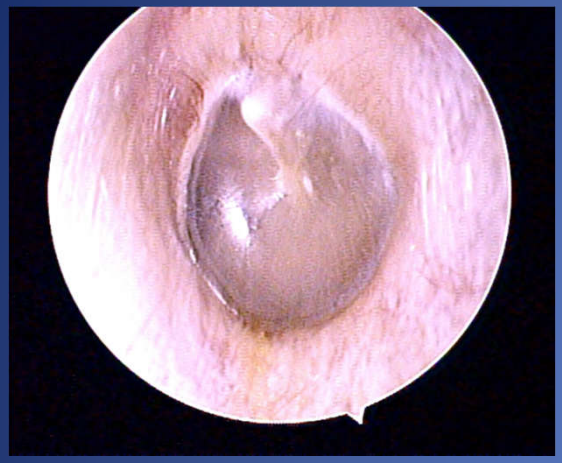
CA LÂM SÀNG

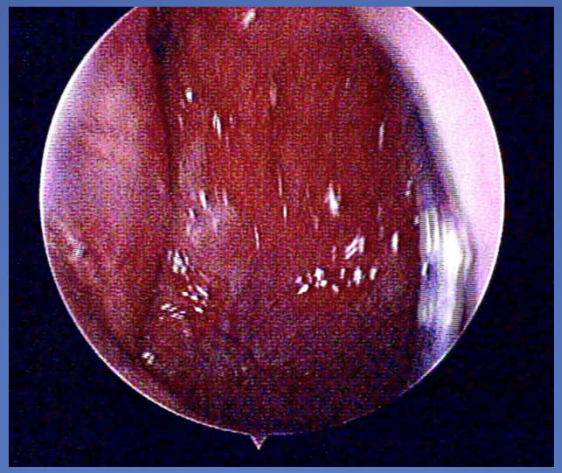
Bệnh nhân nữ 30 tuổi, đến khám vì chảy dịch tai Phải kéo dài

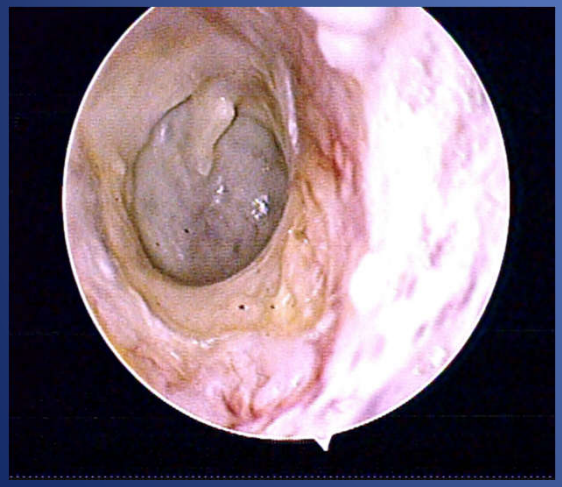
Triệu chứng chính:

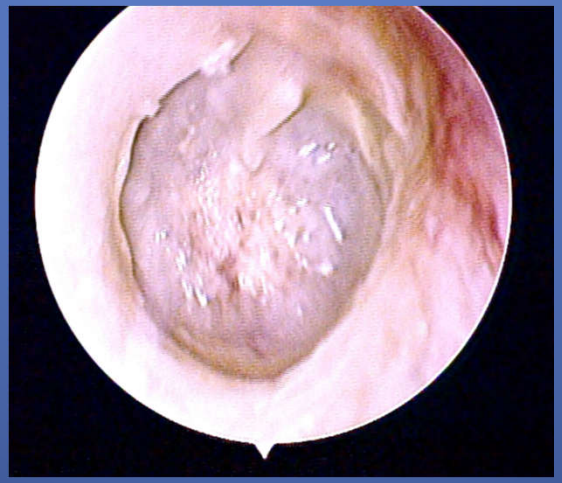
- Chảy dịch tai dai dẳng từ 2 năm nay
- Đau tai phải
- Nghe kém tai phải
- Ù tai phải
- Không sốt, không đau đầu
- Hiện không liệt mặt, không chóng mặt, không buồn nôn
- Tiền sử: viêm tai giữa phải tái diễn, đáp ứng kém với điều trị kháng sinh, đỡ giảm sau đợt trị -> tái diễn. BN đã từng khám BV TMH – điều trị viêm tai giữa phải (thủng nhĩ ??) -> Tự mua thuốc nhỏ tai để nhỏ.

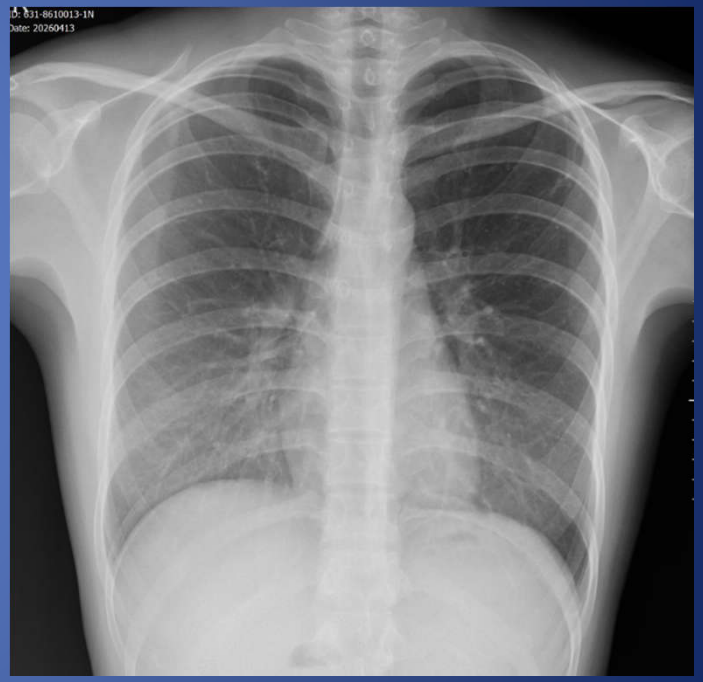
CA LÂM SÀNG









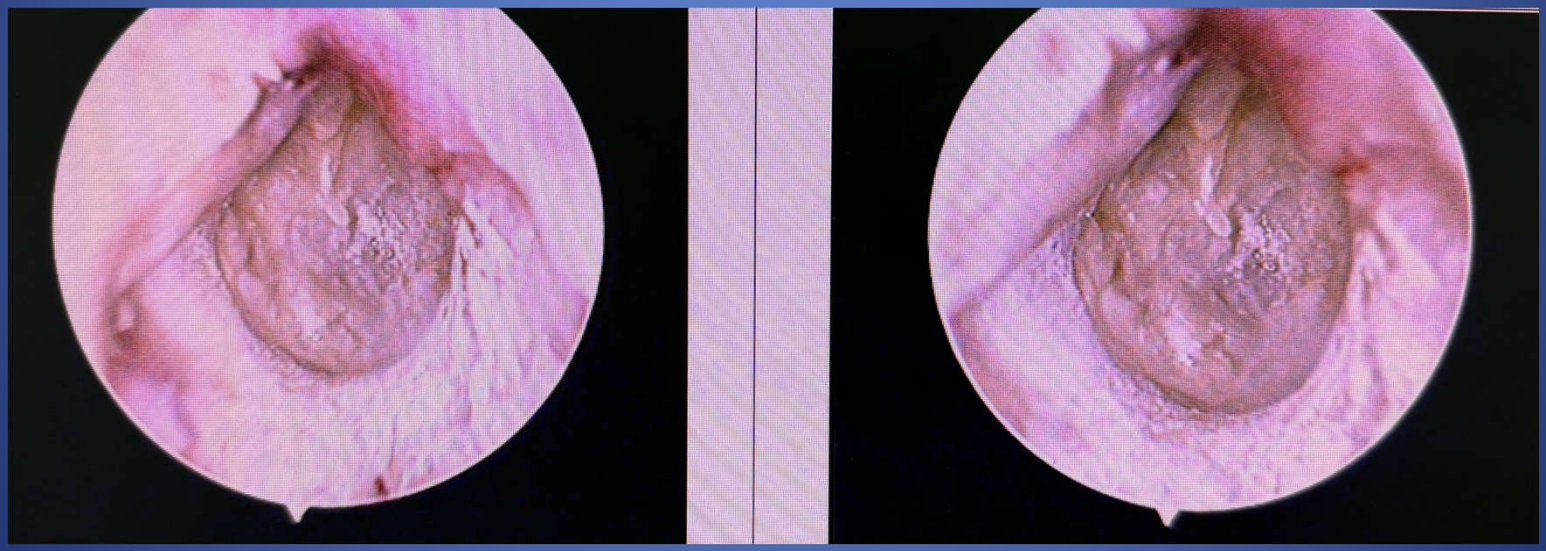


CA LÂM SÀNG

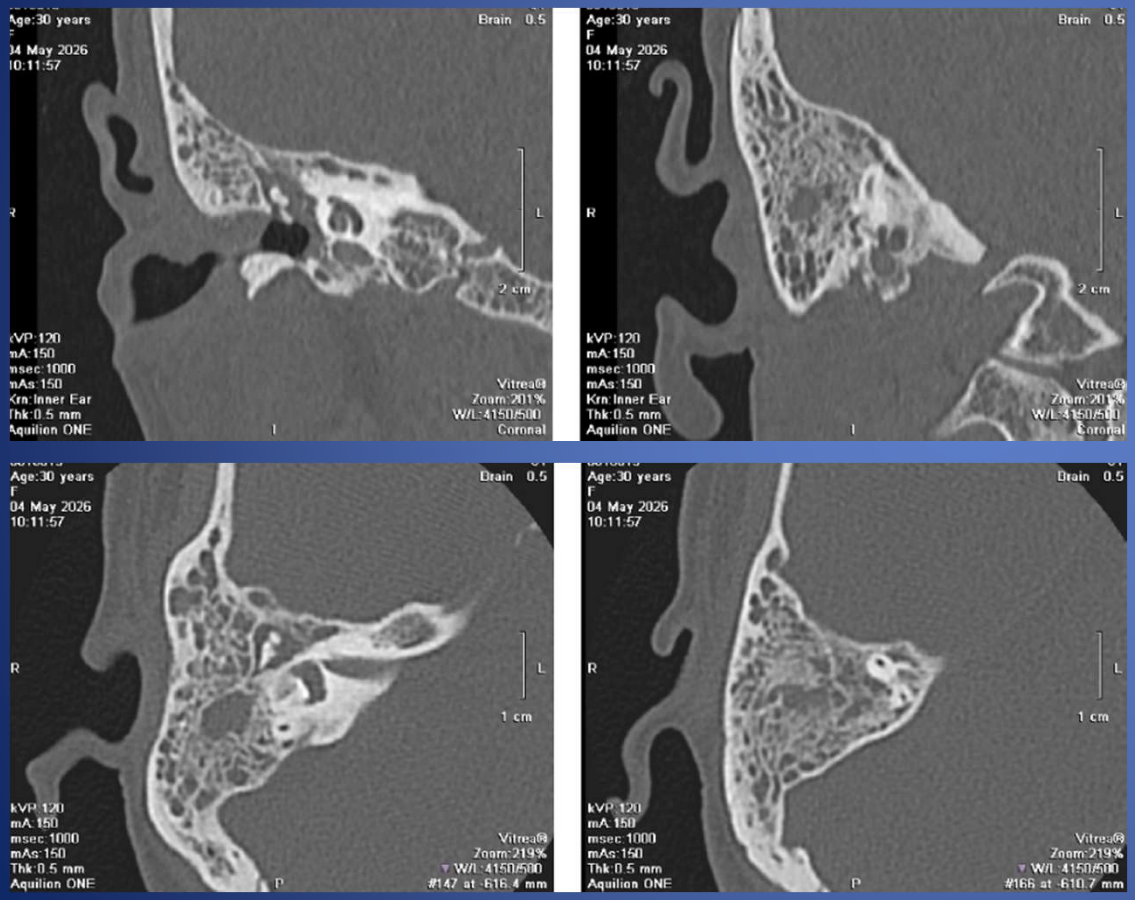
Chẩn đoán: Viêm tai giữa Phải xẹp nhĩ độ IV (Theo Sadé)

Điều trị: Kháng sinh, Kháng viêm, Kháng tiết -> Hẹn tái khám

Ngày tái khám: bệnh nhân vẫn còn đau và chảy dịch tai phải, nghe vẫn kém, giảm ù tai => MSCT



CA LÂM SÀNG



- Thương tổn đậm độ mô mềm ở niêm mạc ống tai ngoài phải, nhô vào lòng ống tai ngoài, bờ rõ.
- Mô đặc lấp đầy hòm nhĩ, hang chũm và các khí bào chũm phải. Không thấy hình ảnh hủy xương.
- Các cấu trúc tiền đình, ốc tai và các ống bán khuyên bình thường. Không thấy hình ảnh hở các ống bán khuyên. Không thấy hình ảnh mất khoáng hóa hay tạo xương bất thường quanh cửa sổ bầu dục hay quanh ốc tai.

CA LÂM SÀNG

Chẩn đoán: Viêm tai giữa Phải xẹp nhĩ độ II-III (Theo Sadé)

Điều trị: Đổi kháng sinh + thuốc tai tại chỗ -> Chỉ định phẫu thuật

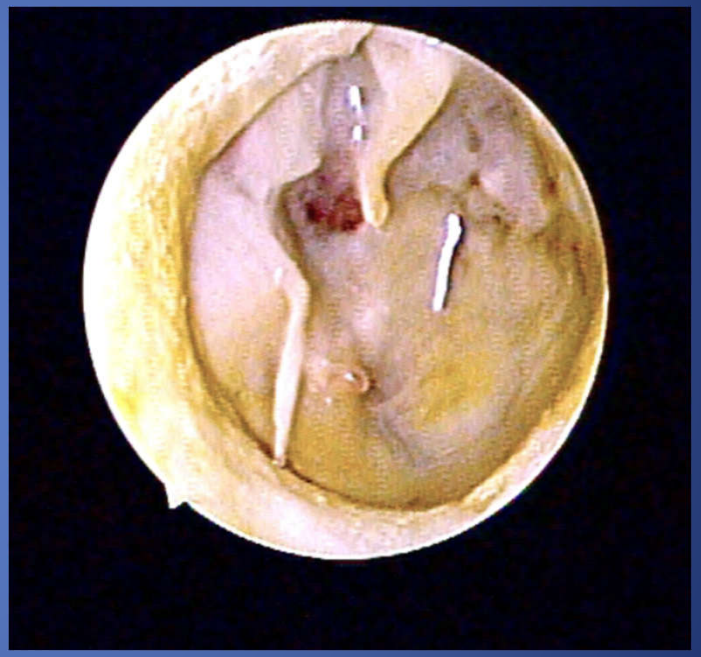
CA LÂM SÀNG

Ngày tái khám: các triệu chứng vẫn không cải thiện

⇒ Đề nghị BN sớm nhập viện phẫu thuật

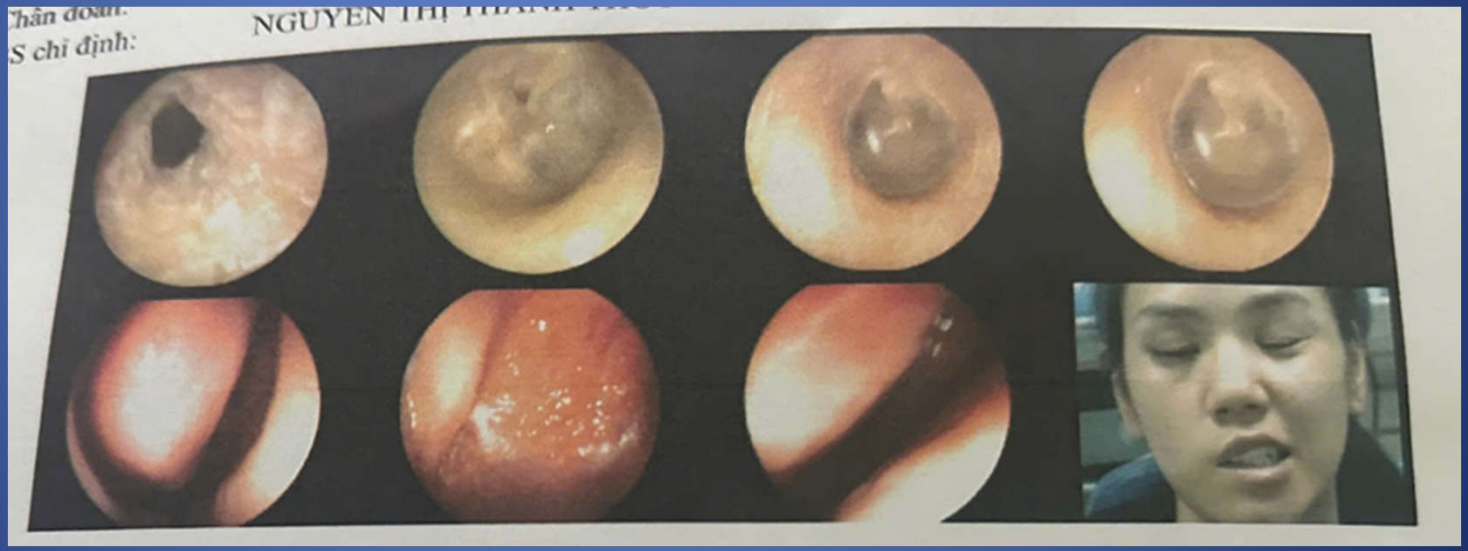
Khoảng 10 ngày sau: BN thấy cơ mặt bên phải hơi khó cử động, mắt, má, hàm đều bị. Kiểu như tiêm thuốc gây tê. Tai thì chảy nước vàng liên tục và nhức nhiều hơn, đau vùng sau. BN không sốt.

=> TD Liệt VII ngoại biên phải => Nhập viện PT



CA LÂM SÀNG

Viêm tai giữa phải mạn tính nghi cholesteatoma – Liệt VII ngoại biên phải độ IV ngày 2 – Nghe kém hỗn hợp nặng tai phải



CA LÂM SÀNG

Sau mổ 2 tuần



CA LÂM SÀNG

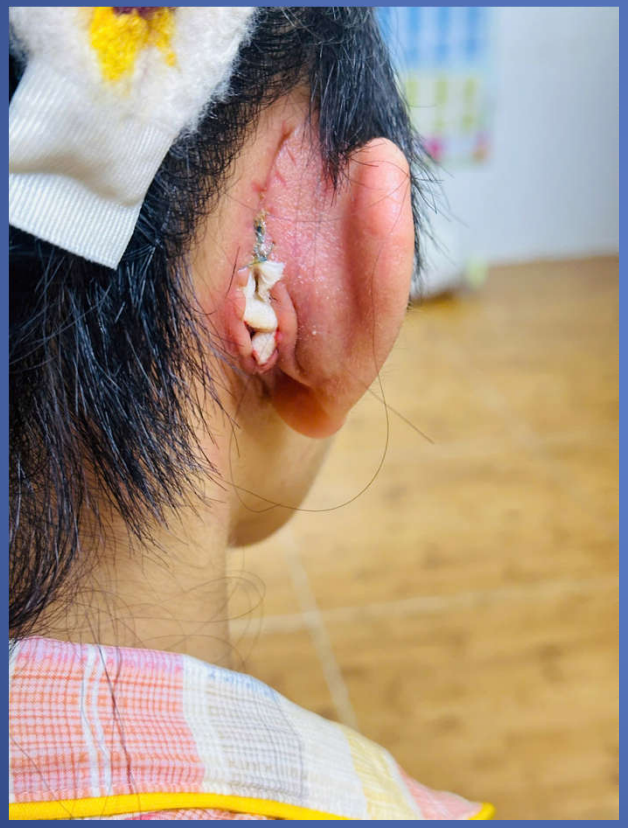
Chẩn đoán : LAO TAI P / BIẾN CHỨNG LIỆT 7 NGOẠI BIÊN P

1. LECIFEX 500MG (LEVOFLOXACIN)				**11 VIÊN**
Uống sau khi ăn	Sáng :1,5			
2. MASAPON 4200USP (CHYMOTRYPSIN)				**21 VIÊN**
Uống sau khi ăn	Sáng :1	Trưa :1	Chiều :1	
3. LIVER PLUS(L-ARGININ HCL)				**14 VIÊN**
Uống sau khi ăn		Trưa :1	Chiều :1	
4. NEOPEPTINE (MEN TIÊU HOÁ)				**14 VIÊN**
Uống sau khi ăn		Trưa :1	Chiều :1	
5. MORIAMIN FORTE (VIT.ACEDE AMINE)				**7 VIÊN**
Uống sau khi ăn		Trưa :1		
6. TELFAST BD 60MG /30V (FEXOFENADIN)				**7 VIÊN**
Uống sau khi ăn				Tối :1
7. MEKO INH 150MG (ISONIAZID150)				**4 VIÊN**
RẮT LÊN VẾT THƯƠNG TAI P		Trưa :1	Chiều :1	
8. AKURIT 4 (R150-H75-E275-Z400)				**21 VIÊN**
Uống trước khi ăn 30 phút	Sáng :3			

09 -07- 2025

CA LÂM SÀNG

Sau điều trị lao 1 tháng





KẾT LUẬN

Ba điểm cần nhớ

1 **NGHĨ ĐẾN** Chảy tai kéo dài hoặc hình ảnh tai giữa không điển hình.

2 **XÁC NHẬN** Kết hợp lâm sàng – nội soi – hình ảnh học – vi sinh/giả phẫu bệnh

3 **ĐIỀU TRỊ** Điều trị lao ngoài phổi là nền tảng; phẫu thuật tùy chỉ định và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abes GT, et al. The variable clinical presentation of tuberculosis otitis media and the importance of early detection. Otol Neurotol. 2011;32(4):539–543.

2. Abes GT, Abes FLLB, Cruz TLG, Llanes EGDV. Clinical Spectrum of Tuberculosis Otitis Media (TBOM) and Management Outcomes. Acta Med Philipp. 2023;57(9):121–132. doi:10.47895/amp.v57i9.4534.

3. Adapted from Shu C, You T, Huang M, et al. *Case Report: A rare case of tuberculous otitis media mimicking chronic suppurative otitis media—an ongoing challenge*. Front Med. 2025;12:1521011. Figure 1D. doi:10.3389/fmed.2025.1521011.

4. Anioł-Borkowska M, Niemczyk A, Masalski M, Morawski K. *Tuberculous otitis media: Clinical challenges and long-term complications in three cases*. IDCases. 2026;43:e02483. Figure 1. doi:10.1016/j.idcr.2025.e02483.

5. Aremu SK, Alabi BS. Tuberculous otitis media: a case presentation and review of the literature. BMJ Case Rep. 2010.

6. Clinical Spectrum of Tuberculosis Otitis Media (TBOM) and Management Outcomes. Acta Med Philipp. 2023.

7. Nguyễn Thị Diệp Anh. Lao tai giữa – Lâm sàng và điều trị [bài trình bày hội nghị]. Hội nghị Khoa học Thường niên Tai–Mũi–Họng 2025; 21–23/03/2025; Đà Nẵng, Việt Nam.

8. Pai KK, et al. Tuberculosis of the middle ear: A systematic review. Am J Otolaryngol. 2022;43(5):103571.

9. Rho MH, Kim DW, Kim SS, et al. *Tuberculous Otomastoiditis on High-Resolution Temporal Bone CT: Comparison with Nontuberculous Otomastoiditis with and without Cholesteatoma*. AJNR Am J Neuroradiol. 2007;28(3):493–496.

10. Skolnik PR, Nadol JB Jr, Baker AS. Tuberculosis of the Middle Ear. Rev Infect Dis. 1986;8(3):403–410.

11. Wallner LJ. Tuberculous otitis media. Laryngoscope. 1953;63(11):1058–1077.