

MỤC LỤC

1. Viêm mũi xoang dị ứng
2. Viêm mũi xoang mạn tính
3. Viêm mũi xoang cấp tính
4. Viêm mũi họng cấp tính
5. Viêm amidan cấp và mạn tính
6. Viêm họng mạn tính
7. Viêm thanh quản cấp tính
8. Viêm tai giữa cấp tính ở trẻ em
9. Viêm tai giữa mạn tính
10. Bệnh tai ngoài

I. VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang dị ứng là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang biểu hiện bằng các triệu chứng hắt hơi, ngứa, ngứa và chảy mũi, qua trung gian kháng thể và xảy ra do tiếp xúc với dị nguyên trong không khí.

Viêm mũi xoang dị ứng có hai loại:

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa: chủ yếu là do phấn hoa và bào tử.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm: thường gặp do bụi nhà.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Khai thác tiền sử dị ứng

- Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mề đay, chàm, hen phế quản,...

- Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

3.1.2. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Ngứa mũi

+ Hắt hơi từng tràng

+ Ngạt tắc mũi

+ Chảy nước mũi trong

- Triệu chứng thực thể:

+ Soi mũi thấy:

- Niêm mạc mũi nhợt màu
- Cuốn mũi phù nề, nhất là cuốn dưới
- Nhiều dịch xuất tiết: dịch nhày, trong.

3.1.3. Cận lâm sàng

– Các test xác định dị ứng mũi xoang:

+ Test nội bì:

Cách làm: Tiêm 0,03ml dung dịch dị nguyên với nồng độ 1/50.000 vào trong da mặt trong cẳng tay.

Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

- Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.
- Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >5-7mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >7-10mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >10-15mm, ngứa, ban đỏ.

+ Test lấy da:

Cách làm: Nhỏ giọt dị nguyên với nồng độ 1/50.000 lên da mặt trong cẳng tay, dùng kim đặt góc 45° và lấy ngược lên (yêu cầu da không được chảy máu).

Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

- Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.
- Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >3-5mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >5-8mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >8-12mm, ngứa, ban đỏ.

+ Test kích thích mũi:

Cách làm: Nhỏ một số giọt dị nguyên vào niêm mạc hốc mũi.

Kết quả được coi là dương tính khi bệnh nhân xuất hiện một trong các triệu chứng lâm sàng, gồm ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi trong, ngạt tắc mũi.

+ Các phản ứng in vitro:

Các phương pháp trực tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

- RAST (Radio allerge sorbent test)
- RIST (Radio immuno sorbent test)
- PRIST (Paper Radio immuno sorbent test)

Các phương pháp gián tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

- Phản ứng phân hủy mastocyte
- Phản ứng ngưng kết bạch cầu
- Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu

3.2. Chẩn đoán phân biệt

– Với bệnh viêm mũi vậ mạch:

- + Ít hắt hơi
- + Ít chảy mũi
- + Ít ngứa mũi
- + Ngạt mũi là chủ yếu
- + Cuốn mũi luôn phù nề
- + Ít dịch tiết ở mũi
- + Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte đều âm tính.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Viêm mũi xoang dị ứng có nhiều nguyên nhân khác nhau, biểu hiện lâm sàng mỗi người một khác, thay đổi theo môi trường, cơ địa, sự quá mẫn của cơ thể nên không thể áp dụng một phương thức điều trị chung, cứng nhắc, cần được thay đổi theo từng người, từng hoàn cảnh, từng thời gian.

4.2. Sơ đồ điều trị

Các phương pháp điều trị chia làm hai nhóm:

- Điều trị đặc hiệu: Tác động vào dị nguyên và kháng thể dị ứng.
- Điều trị không đặc hiệu: Tác động vào các hoạt chất trung gian và triệu chứng lâm sàng.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Các phương pháp điều trị đặc hiệu

- Các biện pháp né tránh dị nguyên:
 - + Bằng cách thay đổi nơi ở, nơi làm việc hoặc đổi nghề, thay đổi thuốc, đổi chế độ ăn.
 - + Phương pháp này khó thực hiện vì nó làm đảo lộn cuộc sống.
- Phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu:
 - + Đây là một trong các liệu pháp miễn dịch.
 - + Đây được coi là “vaccin” trong điều trị bệnh viêm mũi xoang dị ứng.
 - + Có thể dùng đường tiêm dưới da, nhỏ dưới lưỡi hoặc nhỏ tại chỗ ở mũi.

4.3.2. Các phương pháp điều trị không đặc hiệu

- Thuốc kháng histamin đường uống.
- Thuốc xịt mũi chứa corticosteroid.
- Các biện pháp kết hợp đông y và tây y.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

– Bệnh hay tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

5.2. Biến chứng

- Làm nặng thêm các bệnh dị ứng khác như viêm kết mạc dị ứng, hen phế quản,...
- Gây viêm mũi xoang mạn tính polyp mũi, viêm thanh khí phế quản,...

6. PHÒNG BỆNH

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.

II. VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang mạn tính là viêm niêm mạc mũi xoang với các triệu chứng: đau nhức âm ỉ vùng mặt, ngạt mũi, giảm ngửi, ho, khịt khạc đờm, soi mũi thấy khe giữa, đôi khi cả khe trên có mủ. Người bệnh có thể bị sốt, kém tập trung, người mệt mỏi. Các triệu chứng này kéo dài trên 12 tuần.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang cấp không được điều trị đúng mức.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do các yếu tố môi trường (thuốc lá, ô nhiễm, chất kích thích,...).
- Do cấu trúc giải phẫu bất thường (Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,...).
- Do hội chứng trào ngược.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Ngạt tắc mũi thường xuyên.
 - + Xi mũi hoặc khịt khạc mủ nhày hay mủ đặc thường xuyên.
 - + Đau nhức vùng mặt.
 - + Mất ngủ hoặc giảm ngủ.
 - + Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
 - + Dịch mủ nhày hoặc mủ đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.
 - + Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoá thành polyp.
 - + Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,...
- Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng.
 - + Hình mờ đều hoặc không đều các xoang.
 - + Vách ngăn giữa các xoang sàng không rõ.
 - + Hình ảnh dày niêm mạc xoang.
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
 - + Hình ảnh mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.
 - + Dày niêm mạc các xoang, mức dịch trong xoang, polyp mũi xoang.
 - + Bệnh tích bịt lấp vùng phức hợp lỗ ngách.

+ Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

– Với bệnh viêm mũi xoang dị ứng:

+ Hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi và chảy nước mũi trong là chủ yếu.

+ Không có mủ ở khe giữa hay khe trên.

+ Cuốn mũi luôn phù nề, nhợt màu.

+ Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte dương tính.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

– Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.

– Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.

– Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

4.2. Phác đồ điều trị

– Điều trị nội khoa

– Điều trị ngoại khoa..

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Điều trị nội khoa

– Điều trị toàn thân:

+ Thuốc kháng sinh: thường từ 2 đến 3 tuần.

+ Thuốc corticosteroid uống.

– Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

+ Điều trị tại chỗ:

+ Dùng thuốc co mạch.

- + Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
- + Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
- + Thuốc corticosteroid dạng xịt.

4.3.2. Điều trị phẫu thuật

– Chỉ định:

- + Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa tối đa mà không kết quả.
- + Viêm mũi xoang mạn tính có cản trở dẫn lưu phức hợp lỗ ngách do dị hình giải phẫu như: lệch vẹo vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...
- + Viêm mũi xoang mạn tính có thoái hóa polyp mũi xoang.

– Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:

- + Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang tối thiểu.
- + Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng – hàm.
- + Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm - trán - bướm.

– Chăm sóc và điều trị sau mổ:

+ Điều trị toàn thân:

- Thuốc kháng sinh: thường từ 1 đến 2 tuần.
- Thuốc corticosteroid uống.
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

+ Điều trị tại chỗ:

- Rút merocel mũi sau 24 giờ.
- Dùng thuốc co mạch.
- Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
- Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
- Thuốc corticosteroid dạng xịt.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

– Bệnh viêm mũi xoang mạn tính do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để tránh tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

5.2. Biến chứng

– Biến chứng đường hô hấp:

+ Viêm tai giữa.

+ Viêm thanh quản.

+ Viêm giãn khí phế quản.

– Biến chứng mắt:

– Viêm phần trước ổ mắt.

– Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

– Biến chứng nội sọ:

+ Viêm màng não.

+ Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

+ Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não.

6. PHÒNG BỆNH

– Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.

– Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.

– Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.

– Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

III. VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang được hiểu theo nghĩa rộng là viêm mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra một nhóm các rối loạn. Phân loại viêm mũi xoang theo thời gian bị viêm gồm có: cấp tính (từ 4 tuần trở lại), bán cấp tính (4-12 tuần) và mạn tính (trên 12 tuần). Có thể phân chia thành viêm mũi xoang cấp tính tái phát (lớn hơn hoặc bằng 4 đợt trong một năm mà không có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính) và viêm mũi xoang cấp tính kịch phát.

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi xoang do các nhóm nguyên nhân chính như sau:

2.1. Sau cảm cúm (viêm nhiễm virus đường hô hấp trên)

Viêm mũi xoang do nhiễm khuẩn cấp tính điển hình thường bắt đầu với viêm nhiễm virus đường hô hấp trên kéo dài hơn 10 ngày. Trong một số trường hợp, viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính thứ phát do hậu quả của sự bít tắc lỗ thông mũi xoang (do phù nề niêm mạc) và có thể do sự tổn thương hệ thống màng nhầy lông chuyên. Kết quả cuối cùng là ứ đọng chất nhầy trong xoang và tạo ra môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm Streptococcus Pneumonia, Haemophilus Influenza, và Moraxella Catarrhalis.

2.2. Các nguyên nhân khác

- Dị ứng.
- Trào ngược dạ dày - thực quản .
- Hít phải các chất kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất...).
- Bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuốn giữa, quá phát mòm móc, bóng sừng).
- VA quá phát.
- Chấn thương mũi xoang.
- Các khối u vòm mũi họng.
- Bệnh toàn thân: suy giảm miễn dịch, rối loạn chức năng lông chuyên, bệnh

xơ nang (Cystic fibrosis)...

3. CHẨN ĐOÁN VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH DO VI KHUẨN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Cần phải nghĩ tới viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh. Các triệu chứng giúp chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính gồm có:

– Các triệu chứng chính:

- + Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt
- + Sung và nề vùng mặt
- + Tắc ngạt mũi
- + Chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau.
- + Ngủ kém hoặc mất ngủ
- + Có mủ trong hốc mũi
- + Sốt

– Các triệu chứng phụ:

- + Đau đầu
- + Thở hôi
- + Mệt mỏi
- + Đau răng
- + Ho
- + Đau nhức ở tai

– Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị viêm mũi xoang. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn... Thăm khám nội soi: Phương pháp nội soi mũi là cần thiết để xác định viêm mũi xoang. Những dấu

hiệu có giá trị bao gồm: mũ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết... niêm mạc mũi. Đối với viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn, nội soi rất hữu ích cho chẩn đoán và lấy bệnh phẩm từ khe giữa.

3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

– Chẩn đoán hình ảnh:

+ Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) là phương pháp đang được lựa chọn trong chẩn đoán viêm mũi xoang. Tuy nhiên hình ảnh trong viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn sẽ không được rõ ràng trừ khi có biến chứng.

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI) của xoang thường ít được thực hiện hơn CT Scanner bởi vì phương pháp này không tạo được hình ảnh xương rõ ràng. Tuy nhiên, MRI thường có thể giúp phân biệt được dịch nhầy còn đọng lại trong xoang với khối u của nhu mô khác dựa trên những đặc điểm đậm độ tín hiệu, mà có thể không phân biệt được trên phim CT Scanner; chính vì vậy, MRI có thể rất có giá trị để phân biệt xoang có khối u với xoang có ứ đọng dịch. MRI cũng là một phương pháp hữu ích khi nghi ngờ có bệnh tích xâm lấn ổ mắt - nội sọ.

– Xét nghiệm:

Xét nghiệm không thực sự có giá trị trong việc đánh giá viêm mũi xoang cấp tính. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm mũi xoang cấp tính cũng cần tiến hành một số xét nghiệm để đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch, HIV, bệnh tự miễn...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mũi xoang cấp tính cần chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh khác gồm có: viêm mũi do virus (cảm cúm), đau nhức khớp thái dương hàm, đau đầu (bao gồm cả hội chứng đau nửa đầu - Migraine); đau răng, đau mũi, đau dây thần kinh V và khối u tân sinh trong xoang. Triệu chứng đau nhức vùng mặt, chảy mũi mủ, sung huyết mũi, ngửi giảm, đau răng và kém đáp ứng với thuốc co mạch có thể giúp phân biệt.

3.2.1. Viêm mũi do virus (cảm cúm)

Trong chẩn đoán viêm mũi xoang cấp, vấn đề khó khăn nhất là phân biệt nó với viêm mũi do virus vì diễn biến của bệnh và sự giống nhau về triệu chứng. Tuy nhiên, khi thăm khám thấy có mũ trong hốc mũi có thể nghĩ tới viêm mũi xoang cấp. Đặc biệt phải nghĩ đến viêm xoang nếu các triệu chứng viêm mũi xấu đi sau 5 ngày hoặc kéo

dài hơn 10 ngày. Triệu chứng cấp tính của một bên mặt cũng liên quan hơn tới viêm xoang.

3.2.2. Đau nhức khớp thái dương hàm

Đau nhức khớp thái dương hàm rất phổ biến và dễ bị nhầm lẫn với đau của viêm xoang. Đau nhức khớp thái dương hàm thường gây ảnh hưởng đến trí nhớ, trí tuệ, tinh thần và chất lượng cuộc sống.

3.2.3. Đau đầu và đau nửa đầu

Đau đầu và đau nửa đầu có thể rất dễ nhầm lẫn với đau do viêm xoang. Đau nửa đầu có đặc điểm là đau ở một bên và kéo dài từ 4-72 giờ. Sự xuất hiện của những cơn này thường ngắn và đáp ứng với thuốc chữa đau nửa đầu như là ergot alkaloids. Cảm giác căng ở vùng trán như đeo đai cùng với đau đầu đặc thù sẽ giảm đi ở những ngày sau đó.

3.2.4. Đau răng và đau dây thần kinh số V

Đau răng có thể là do viêm xoang và có thể nhầm với đau do viêm xoang. Đau dây thần kinh số V thường không phổ biến, nhưng có thể gây ra cơn đau nhói kịch phát theo đường đi của dây thần kinh V. Cảm giác này trái với triệu chứng đau kéo dài liên tục của viêm xoang.

3.2.5. U xoang

U xoang thường không phổ biến, nhưng với tiền sử tắc mũi và chảy máu mũi một bên cần chụp CT Scanner và nội soi mũi. X quang, u xoang được thể hiện ở một bên và xương bị ăn mòn.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Đối với viêm mũi xoang cấp tính chủ yếu là điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong những trường hợp cần thiết.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Thuốc kháng sinh

Tỷ lệ các vi khuẩn thường gặp trong viêm mũi xoang cấp tính kháng thuốc ngày càng cao. Đối với *S. Ppneumoniae* có 25% kháng lại penicillin và kháng lại macrolides

cũng như trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMX) rất phổ biến. Có 30% H.Influenzae và hầu hết nhóm M. Catarrhalis tạo ra β -Lactamase. Những hướng dẫn gần đây cho sự lựa chọn thuốc kháng sinh trong điều trị viêm mũi xoang cấp nhiễm khuẩn cần phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và cần cân nhắc bệnh nhân đã sử dụng thuốc kháng sinh trong 4-6 tuần gần đây không.

– Đối với thể nặng thời gian điều trị từ 10-14 ngày.

– Với thể trung bình và gần đây không sử dụng thuốc kháng sinh, nên sử dụng amoxicillin/clavulanate hoặc cefpodoxime, cefuroxime hoặc cefdinir. Nếu người lớn dị ứng với β -Lactam thì nên dùng TMP/SMX, doxycycline hoặc macrolide và trẻ em dị ứng β -Lactam nên sử dụng TMP/SMX hoặc macrolide. Tuy nhiên tỉ lệ thất bại với thuốc kháng sinh không phải nhóm β -Lactam có thể tới 25%. Đối với những người sử dụng thuốc kháng sinh gần đây hoặc bệnh chưa ở mức nguy hiểm, việc lựa chọn thuốc uống ban đầu nên bao gồm thuốc quinolone đường hô hấp, amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone hoặc kết hợp với kháng sinh phổ rộng đối với người lớn và amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone đối với trẻ em. Người lớn bị dị ứng β -Lactam nên được điều trị với thuốc quinolone đường hô hấp hoặc clindamycin và rifampin, trong khi, trẻ em dị ứng β -Lactam nên sử dụng TMP/SMX, macrolide hoặc clindamycin. Nếu phương pháp chữa trị trong 72 giờ thất bại, nên đánh giá lại và thay đổi phương pháp điều trị. Trong trường hợp này, CT Scanner, nội soi mũi và nuôi cấy vi khuẩn nên được cân nhắc.

– Rửa mũi và xịt mũi:

Cùng với liệu pháp kháng sinh toàn thân, điều trị tại mũi là rất cần thiết:

+ Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương có thể giúp giữ ẩm và làm sạch dịch trong hốc mũi.

+ Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân).

+ Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn.

4.2.2. Liệu pháp corticoid toàn thân, thuốc làm thông mũi và những liệu pháp điều trị khác

Sử dụng corticoid toàn thân có hiệu quả chống viêm cao tuy nhiên chỉ sử dụng giới hạn và cần được kiểm soát cẩn thận. Các thuốc làm thông mũi và tan nhầy theo đường toàn thân như là guaifenesin có thể giúp giảm các triệu chứng. Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (montelukast, zafirlukast) và thuốc kháng sinh macrolide có hiệu quả chống viêm, có thể chữa trị có hiệu quả.

4.2.3. Điều trị dị ứng

Đối với bệnh nhân dễ bị dị ứng, kiểm soát dị ứng là cần thiết để ngăn chặn sự phát triển của viêm mũi, chính vì vậy có thể ngăn chặn quá trình phát triển thành viêm xoang.

4.2.4. Phẫu thuật xoang

Tối đa sau 4-6 tuần điều trị bằng thuốc kháng sinh phù hợp, corticoid tại chỗ và liệu pháp corticoid toàn thân không kết quả nên cân nhắc phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật có thể cần thiết nếu có những bằng chứng về tổn thương niêm mạc hoặc tắc phức hợp lồngách (khi được xác định bằng CT Scanner hoặc khám nội soi) vẫn dai dẳng mặc dù đã điều trị liên tục. Bệnh nhân chắc chắn có các bất thường về giải phẫu mũi xoang có thể cũng phải phẫu thuật.

– *Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang:*

Chỉ định:

- + Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang dựa trên một số quan sát quan trọng:
- + Quan sát rõ ràng tại vị trí của lỗ thông mũi xoang không bình thường có thể sẽ không đảm bảo cho dẫn lưu xoang trực tiếp của dòng niêm dịch.
- + Chít hẹp giải phẫu phức hợp lỗ ngách.
- + Niêm mạc mũi xoang bị tổn thương khó hồi phục và làm mất chức năng hệ thống lông chuyển ảnh hưởng đến sự dẫn lưu dịch.

– *Phẫu thuật xoang mở:*

Mặc dù phương pháp nội soi chức năng mũi xoang có nhiều ưu điểm, đôi khi vẫn cần dùng tới phương pháp phẫu thuật xoang mở như phẫu thuật Caldwell-Luc. Phẫu thuật này mở vào xoang, cho phép sinh thiết xoang và mở lỗ dẫn lưu vào hốc mũi.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Tiên lượng viêm xoang cấp tính là rất tốt, với ước tính khoảng 70% bệnh nhân mắc bệnh sẽ tự khỏi mà không được chữa trị. Kháng sinh đường uống có thể giảm thời gian bệnh nhân có triệu chứng. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm xoang có thể gây ra một số biến chứng.

5.2. Biến chứng

5.2.1. Viêm nhiễm ổ mắt

Hốc mắt được ngăn cách với xoang sàng bởi xương giấy vón rất mỏng và dễ bị rạn nứt. Mặt khác hệ thống tĩnh mạch mắt có liên hệ với mạch sàng, bởi vậy nhiễm khuẩn hốc mắt là biến chứng phổ biến nhất của viêm xoang cấp. Tỷ lệ mắc biến chứng của hốc mắt ở trẻ nhỏ thường cao hơn so với ở người lớn. Một số nhiễm khuẩn hốc mắt do biến chứng của viêm xoang là: phù nề, viêm nhiễm ở mi mắt; viêm mô tế bào ổ mắt; viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

5.2.2. Viêm màng não

Viêm màng não thường xảy ra do nhiễm khuẩn từ xoang sàng và xoang bướm. Khi thăm khám, bệnh nhân có biến chứng này có thể giảm hoặc không đáp ứng với các kích thích. Có thể có các dấu hiệu của viêm màng não như Kernig và Brudzinski (+). Nếu phát hiện viêm màng não do biến chứng của viêm xoang, cần phải chụp CT Scanner não, CT Scanner xoang và chọc dò tủy sống giúp chẩn đoán.

5.2.3. Áp xe ngoài màng cứng

Áp xe ngoài màng cứng là sự tích tụ mủ giữa xương sọ và màng cứng, điển hình liên quan đến viêm xoang trán. Một mặt do viêm nhiễm trực tiếp từ xoang lan rộng, mặt khác theo đường máu, có thể dẫn tới viêm mủ dưới màng cứng và cuối cùng dẫn tới áp xe não.

5.2.4. Tắc tĩnh mạch xoang hang

Cục huyết khối nhiễm khuẩn từ mắt có thể chảy về phía sau thông qua hệ tĩnh mạch mắt tới xoang hang, gây ra nhiễm khuẩn, viêm nhiễm và cuối cùng là nghẽn mạch xoang. Bệnh nhân có những triệu chứng ở mắt như: phù kết mạc, đồng tử phản ứng chậm chạp, liệt mắt và mù lòa.

5.2.5. Khối sưng phồng của Pott

Nếu viêm nhiễm trong xoang trán lan đến tuỷ xương trán, hiện tượng viêm xương tuỷ khu trú kết hợp với phá huỷ xương có thể gây ra khối sưng mềm vùng trán được mô tả kinh điển là khối sưng phồng của Pott.

- Có chế độ điều trị, nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý khi mắc cảm cúm.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất...).
- Quan tâm điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.
- Giải quyết các bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuộn giữa, quá phát mòm móc, bóng sàng).
- Nạo VA quá phát.
- Điều trị các khối u vòm mũi họng.
- Quan tâm, điều trị các bệnh toàn thân.

IV. VIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi họng cấp tính là viêm cấp tính niêm mạc vùng mũi và họng, thường kết hợp với viêm amidan, VA,... thuộc vòng bạch huyết Waldeyer khi bệnh nhân còn các tổ chức lympho này. Đây là một bệnh lý cấp tính hay gặp trong chuyên khoa tai mũi họng, có thể xuất hiện đơn thuần hoặc là biểu hiện viêm long đường hô hấp trên trong giai đoạn đầu của nhiều bệnh nhiễm trùng lây.

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi họng cấp tính thường gặp vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi, khởi đầu là một viêm nhiễm virus, dưới tác dụng của độc tố sức đề kháng giảm sút, là điều kiện cho bội nhiễm vi trùng, thường là vi trùng nằm vùng có sẵn trong mũi họng như liên cầu, phé cầu đặc biệt là liên cầu bê-ta tan huyết nhóm A, có thể lây lan trong cộng đồng từ nước bọt, nước mũi do khi nói, khi ho hay hắt hơi...

2.1. Viêm mũi họng đở cấp đơn thuần hay kết hợp có bọt trắng

Có thể do vi khuẩn hoặc virus.

2.1.1. Do vi khuẩn

Chiếm 20-40% tổng số viêm mũi họng gồm:

- Liên cầu bê- ta tan huyết nhóm A,B,C,G
- Haemophilus influenzae
- Tụ cầu vàng
- Moraxella catarrhalis
- Các vi khuẩn kỵ khí

2.1.2. Do virus

Chiếm 60-80% gồm:

- Adenovirus
- Virus cúm
- Virus para - influenzae
- Virus Coxsackie nhóm A hoặc B trong đó nhóm A gây viêm họng có bóng nước Herpangine.
- Virus Herpes gây viêm họng có bóng nước nhưng gây viêm miệng nhiều hơn ở họng.
- Virus Zona gây viêm họng có bóng nước Zona.
- Epstein Barr Virus (E.B.V) gây bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn và gây viêm mũi họng cấp tính.

2.2. Viêm mũi họng loét

- Chỉ xảy ra ở khoảng 5%.
- Thường bị một bên như viêm họng cấp Vincent, sãng giang mai, bị cả hai bên như viêm họng do các bệnh về máu như bệnh bạch cầu cấp, bệnh mất bạch cầu hạt, viêm họng có giả mạc như viêm họng bạch hầu...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Bệnh thường xảy ra đột ngột với các triệu chứng toàn thân, cơ năng và thực thể như sau:

- Triệu chứng toàn thân: có thể chỉ sốt vừa 380C -390C nhưng cũng có khi sốt cao 400C ở trẻ em, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, chán ăn, không làm việc được...
- Triệu chứng cơ năng: nuốt đau, đau nhói lan lên tai, ho kích thích, lúc đầu ho khan, sau ho có đờm, thường có ngạt mũi, chảy mũi nước, lúc đầu trong nhày, sau đục. Tiếng nói mất trong hay khàn nhẹ...
- Triệu chứng thực thể: niêm mạc họng đỏ rực, xuất tiết, trẻ em, hay bệnh nhân trẻ tuổi hai amidan sưng to, sung huyết, hay có những chấm mủ trắng, bựa trắng phủ trên bề mặt amidan. Niêm mạc mũi sung huyết, xuất tiết nhày, có thể có sung hạch góc hàm, ấn đau nhẹ...

3.1.2. Cận lâm sàng

Thông thường viêm mũi họng cấp không cần xét nghiệm cận lâm sàng vì chỉ cần dựa vào triệu chứng toàn thân, cơ năng và đặc biệt khám thực thể vùng mũi họng là đủ, nhưng nếu viêm mũi họng có xu hướng nặng kéo dài dễ gây biến chứng thì phải xét nghiệm vi trùng làm kháng sinh đồ thì điều trị có hiệu quả hơn. Đặc biệt nếu nghi các bệnh lây nhiễm nguy hiểm thì bắt buộc phải xét nghiệm để phòng dịch như bạch hầu, lao, giang mai,... các xét nghiệm cơ bản khác cũng có thể làm để tham khảo như công thức bạch cầu, nếu số lượng giảm và nhiều lympho thì có thể nhiễm virus, số lượng tăng chủ yếu đa nhân trung tính trong nhiễm vi trùng hay giai đoạn bội nhiễm của nhiễm virus. Làm phản ứng ASLO tìm kháng thể trong nhiễm liên cầu bê-ta.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần xác định nguyên nhân chính gây nên viêm mũi họng ở một số trường hợp như dị vật mũi gây viêm mũi cấp thường chỉ điều trị một bên, viêm mũi họng trong giai đoạn đầu một số bệnh nhiễm trùng lây như sởi, thủy đậu, cảm cúm... Lúc này điều trị bệnh chính gây ra là quan trọng chứ không chỉ triệu chứng về mũi họng...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất rằng tất cả mọi viêm mũi họng đỏ cấp, có chấm mủ trắng hay bọt trắng trên bề mặt amidan đều phải điều trị như viêm mũi họng đỏ cấp do liên cầu khi chưa có xét nghiệm phân loại vi khuẩn hay virus. Đó là điều trị kháng sinh, hạ sốt, kháng viêm, giảm đau, sát trùng họng và nhỏ mũi sát khuẩn, co mạch, chống dị ứng...

4.2. Sơ đồ / Phác đồ điều trị

Dù chưa có xét nghiệm vi trùng, virus, kháng sinh đồ, kháng virus đồ thì chúng ta cũng phải điều trị kháng sinh ngay cho kịp thời, khi có kết quả xét nghiệm (thường sau 3,4 ngày) ta lại điều chỉnh phù hợp kháng sinh đồ.

- Kháng sinh.
- Hạ sốt giảm đau.
- Giảm viêm.
- Điều trị kháng sinh theo đúng kháng sinh đồ.
- Chế độ ăn uống và sinh tố nâng cao thể trạng.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Kháng sinh

- Peniciline V uống 50-100 UI/kg cho trẻ, 3 triệu UI cho người lớn, chia 3 lần trong ngày kéo dài trong 10 ngày.
- Peniciline chậm loại Benzathin-Peniciline G liều 600.000UI cho trẻ < 30kg 1,2 triệu UI cho trẻ > 30kg và 2,4 triệu UI cho người lớn.
- Cephalosporine thế hệ 1, hoặc Peniciline A (Amoxicilline) trong 10 ngày.
- Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Peniciline thì có thể thay thế nhóm Macrolide như Rulide, Zithromax, Dynabac, hay Josacine trong 5-7 ngày.
- Tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả xét nghiệm sớm, phải thay đổi thuốc kịp thời.

4.3.2. Hạ sốt, giảm đau, kháng viêm

– Paracetamol, Anphachymotrypsine, Aspirine... cho liều phù hợp với trẻ em và người lớn, uống sau ăn, lưu ý hỏi tiền sử viêm dạ dày tá tràng để chống chỉ định vì hầu như tất cả các thuốc giảm đau hạ sốt đều có nguy cơ chảy máu dạ dày và hệ thống đường tiêu hóa.

4.3.3. Chế độ dinh dưỡng, sinh tố

– Chế độ dinh dưỡng tốt, nhiều chất, dễ tiêu hóa, giàu năng lượng, đặc biệt cung cấp các loại trái cây, nhiều vitamine C, B1.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Diễn biến, tiên lượng

– Nếu viêm mũi họng do virus thì chỉ sau 3-5 ngày là tự khỏi, các triệu chứng giảm dần rồi hết.

– Nếu viêm mũi họng do virus bị bội nhiễm đặc biệt bội nhiễm liên cầu bệnh sẽ kéo dài hơn, cần điều trị kháng sinh có hệ thống nếu không dễ bị biến chứng...

5.2. Biến chứng

– Biến chứng tại chỗ: viêm tấy, áp xe quanh amidan, áp xe thành sau, thành bên họng, biến chứng viêm mũi xoang cấp, viêm tấy hoại thư vùng cổ họng ít gặp, nhưng nếu gặp thì tiên lượng rất nặng.

– Biến chứng gần: viêm thanh khí phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp, viêm xoang cấp.

– Biến chứng xa: viêm cầu thận, viêm khớp, viêm màng tim, choáng nhiễm độc liên cầu, hoặc có thể nhiễm trùng máu...

6. PHÒNG BỆNH

– Nâng cao mức sống để tăng sức đề kháng cơ thể, sống trong môi trường trong sạch, không ô nhiễm...

– Phòng hộ lao động tốt, chống bụi, chống nóng, bỏ thuốc lá, bỏ rượu, vệ sinh răng miệng tốt, tiêm chủng mở rộng triệt để cho trẻ em, điều trị tích cực các bệnh mũi xoang, viêm họng, viêm amidan, VA bệnh nhân đang mắc mạn tính...

– Điều trị viêm mũi họng cấp tính đúng quy cách tránh biến chứng xảy ra...

V. VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm amidan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amidan khẩu cái, thường gặp ở trẻ ở lứa tuổi học đường 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên, thường thấy ở thời kỳ đầu của nhiều bệnh viêm nhiễm vì vậy có người coi amidan là "cửa vào" của một số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não. Viêm amidan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần của amidan khẩu cái. Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, amidan viêm có thể phát triển to lên (viêm quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc amidan có thể nhỏ lại (viêm xơ teo).

2. NGUYÊN NHÂN

Các tác nhân gây viêm amidan:

- Vi khuẩn: liên cầu β tan huyết nhóm A, S.pneu hemophilus, tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí;
- Virus: cúm, sởi, ho gà...

Có nhiều nguyên nhân thuận lợi gây viêm amidan:

- Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...).
- Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.
- Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.
- Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amidan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Viêm amidan cấp tính

– Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 380C-390C. Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.

– Cơ năng:

+ Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí amidan, mấy giờ sau biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho.

+ Kèm theo viêm V.A, thường có viêm mũi hoặc ở trẻ em có amidan to nên hay gặp thở khò khè, ngủ ngáy to, nói giọng mũi.

+ Viêm nhiễm có thể lan xuống thanh quản, khí quản gây nên ho từng cơn, đau và có đờm nhầy, giọng khàn nhẹ.

– Thực thể:

+ Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ.

+ Amidan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa. Đôi khi thấy hai amidan sưng đỏ và có những chấm mũ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mũ phủ trên bề mặt amidan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào amidan, dễ chùi sạch, không chảy máu, để lộ niêm mạc amidan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm amidan mũ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn).

+ Tổ chức lympho ở thành sau họng to và đỏ: đó là thể viêm amidan ban đỏ thường do virus gây nên.

3.1.1.2. Viêm amidan mạn tính

– Toàn thân:

+ Triệu chứng nghèo nàn. Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hội viêm có triệu chứng giống như viêm amidan cấp tính.

+ Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngáy ngáy sốt về chiều.

– Cơ năng:

+ Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai.

+ Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên.

+ Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

– Thực thể:

+ Trên bề mặt amidan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mũ màu trắng.

+ Thể quá phát: amidan to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng lấn vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em.

* Xếp loại amidan quá phát:

– Viêm amidan quá phát A1 (A+): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

– Viêm amidan quá phát A2 (A++): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/3 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

– Viêm amidan quá phát A3 (A+++): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/2 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

+ Thể xơ teo: Thường gặp ở người lớn, amidan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ hoặc chằng chịt xơ trắng biểu hiện bị viêm nhiễm nhiều lần. Màu đỏ sẫm, trụ trước đỏ, trụ sau dày. Amidan mất vẻ mềm mại bình thường, ấn vào amidan có thể thấy phòi mũ hôi ở các hốc.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.2.1. Viêm amidan cấp tính

Thể viêm do vi khuẩn, xét nghiệm công thức máu có số lượng bạch cầu tăng cao trên 10 G/l, nhiều bạch cầu đa nhân trung tính.

3.1.2.2. Viêm amidan mạn tính

Viêm amidan mạn tính có thể là một ổ viêm nhiễm gây nên những bệnh toàn thân khác, nhưng nhiều khi khẳng định điều đó trong những trường hợp cụ thể lại là vấn đề khó khăn và tế nhị. Người ta đã đề xuất khá nhiều test để chẩn đoán xác định:

- Test Viggo - Schmidt: thử công thức bạch cầu trước khi làm nghiệm pháp. Dùng ngón tay xoa trên bề mặt amidan trong vòng 5 phút, thử lại công thức bạch cầu. Nếu amidan viêm sẽ thấy số lượng bạch cầu tăng lên. Bạch cầu tăng dần trong vòng 30 phút, giảm dần trong vòng 2 giờ, sau trở lại bình thường.
- Test Le Mée: nếu amidan viêm đã gây các biến chứng, sau khi xoa trên bề mặt amidan có khi thấy khớp đau hơn, xuất hiện phù nhẹ hoặc trong nước tiểu có hồng cầu.
- Đo tỷ lệ ASLO trong máu: bình thường 200 đơn vị, khi viêm do liên cầu khuẩn sẽ tăng cao từ 500 - 1000 đơn vị.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm amidan cấp tính

Sốt cao, bắt đầu đột ngột, Mạch nhanh, mạnh, Mệt mỏi vừa, mặt đỏ, Chấm mủ ở bề mặt amidan hoặc màng mủ, không vượt khỏi amidan, Màng mủ mềm dễ nát và không dính chắc vào tổ chức amidan, Hạch cổ thường không sưng trừ trường hợp nặng, Nước tiểu rất ít khi có albumin, Không tìm thấy trực khuẩn Klebs –Loeffer

Bệnh bạch hầu

Sốt, bắt đầu từ từ, Mạch chậm, yếu, Mệt mỏi rõ rệt, mặt xanh tái, Giả mạc không giới hạn ở miệng hốc và có thể vượt ra ngoài amidan, Giả mạc chắc, dính, khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu, Hạch cổ sưng to, ngay cả trường hợp thông thường, Nước tiểu thường có albumin, Có trực khuẩn Klebs-Loeffer khi soi giả mạc

Viêm amidan mạn tính cần phân biệt với:

- Lao amidan: Có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.
- Giang mai thời kỳ hai: Niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amidan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.
- Ung thư amidan: Thường một bên amidan to, xù xì, có thể loét hoặc không, mật độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.

– Thể lâm sàng: Viêm A do liên cầu β tan huyết nhóm A.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

– Đối với viêm amidan cấp tính chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

– Viêm amidan mạn tính, vấn đề điều trị chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt amidan.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Viêm amidan cấp tính

– Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.

– Giảm đau, hạ sốt: paracetamol...

– Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm β lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.

– Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.

– Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: bicarbonat natri, borat natri... (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).

– Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

4.2.2. Viêm amidan mạn tính

Phẫu thuật cắt amidan hiện nay là rất phổ biến, tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ. Chỉ cắt khi nào amidan thực sự trở thành một ổ viêm (focal infection) gây hại cho cơ thể.

4.2.2.1. Chỉ định phẫu thuật

– Amidan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5 - 6 lần trong một năm).

– Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan.

- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng...
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.
- Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngưng thở khi ngủ - hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

4.2.2.2. Chống chỉ định phẫu thuật

* Chống chỉ định tuyệt đối:

- Các hội chứng chảy máu: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.
- Các bệnh nội khoa như: cao huyết áp, suy tim, suy thận, suy gan giai đoạn mất bù...

* Chống chỉ định tương đối:

- Khi đang có viêm họng cấp tính hay đang có biến chứng áp xe amidan.
- Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm mũi, viêm xoang, mụn nhọt.
- Khi đang có viêm, nhiễm virus cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, bại liệt, sốt xuất huyết...
- Khi đang có biến chứng do viêm amidan như: viêm thận cấp, thấp khớp cấp... thì phải điều trị ổn định, hết đợt cấp mới được cắt.
- Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: đái tháo đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai, AIDS...
- Phụ nữ đang thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ mang thai hoặc đang nuôi con bú.
- Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.
- Người quá yếu, trẻ quá nhỏ, người trên 50 tuổi.
- Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng, địa phương đang có dịch truyền nhiễm...

4.2.2.3. Phương pháp phẫu thuật

– Trước đây thường phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ bằng các phương pháp: Sluder và Anse.

– Ngày nay chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng các phương pháp Anse hoặc trực tiếp bằng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, cắt bằng Laser, Coblator, dao siêu âm...

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Viêm amidan nếu không được điều trị đúng và kịp thời, nhẹ thì gây ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống, nặng có thể gây ra nhiều biến chứng, thậm chí có những biến chứng rất nguy hiểm.

5.1. Biến chứng cục bộ

Loét khe amidan, sỏi amidan, viêm tấy chung quanh amidan, viêm tấy thành bên họng, viêm họng mạn tính.

5.2. Biến chứng gần

Viêm hạch cổ mạn tính, viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm thanh, khí, phế quản.

5.3. Biến chứng xa

Viêm khớp, viêm thận, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết...

6. PHÒNG BỆNH

– Giữ vệ sinh môi trường sống, đặc biệt những người có sức đề kháng kém, có cơ địa dị ứng. Có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp, khi thời tiết giao mùa...

– Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, viêm răng miệng...

– Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của bản thân.

VI. VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm họng mạn tính là tình trạng viêm họng kéo dài, thể hiện dưới ba hình thức chính là: xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể lan toả hoặc khu trú. Thể điển hình của viêm họng mạn tính và viêm họng mạn tính toả lan, viêm họng mạn tính khu trú gồm có viêm VA mạn tính và viêm amidan mạn tính (bài riêng)

2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính, đặc biệt là viêm xoang sau.
- Viêm amidan mạn tính.
- Hội chứng trào ngược.
- Tắc mũi mạn tính do vẹo vách ngăn, quá phát cuốn, polyp mũi.
- Do tiếp xúc với khói bụi, các chất kích thích như: hơi hoá học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...
- Cơ địa: dị ứng, tạng tân, tạng khốp...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng toàn thân

Có thể rất nghèo nàn. Thường hay có những đợt tái phát viêm họng cấp khi bị lạnh, cảm mạo, cúm... thì lại xuất hiện sốt, mệt mỏi, đau rát họng.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Điển hình nhất là viêm họng mạn tính toả lan. Cảm giác thường gặp nhất là khô họng, mắt đau, ngứa và vướng họng. Những cảm giác này rõ nhất là buổi sáng lúc mới thức dậy. Bệnh nhân có ho khạc dai dẳng để làm long đờm. Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường. Những bệnh nhân uống rượu, thuốc lá, hoặc nói nhiều thì triệu chứng trên tăng thêm. Nóng rát vùng ngực ở bệnh nhân có bệnh dạ dày, trào ngược dạ dày, thực quản.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

Tùy theo bệnh mà khám họng thấy có tổn thương khác nhau:

- Viêm họng xuất tiết: niêm mạc họng đỏ, có những hạt ở thành sau họng, tiết nhày dọc theo vách họng.
- Viêm họng mạn tính quá phát: niêm mạc họng đỏ bầm và dày lên. Thành sau họng có tổ chức bạch huyết phát triển mạnh làm cho niêm mạc họng gồ lên thành từng đám xơ hóa to nhỏ không đều, màu hồng hoặc đỏ. Tổ chức bạch huyết quá phát, có khi tập trung thành một dải gồ lên ở phía sau và dọc theo trụ sau của amidan trông như một trụ sau thứ hai, gọi là “trụ giả”. Loại này còn gọi là viêm họng hạt.
- Viêm họng teo: Sau giai đoạn quá phát sẽ chuyển sang thể teo. Các tuyến nhày và nang tổ chức tân xơ hoá. Hai trụ giả phía sau amidan mất đi. Các hạt ở thành sau cũng biến mất. Màng hầu và lưỡi gà cũng mỏng đi. Niêm mạc trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ. Eo họng giãn rộng, ít tiết nhày và họng trở nên khô.

3.2. Cận lâm sàng

- Huyết học: xét nghiệm công thức máu, máu lắng.
- Xquang: phổi thẳng, Blondeau, Hirtz...
- Xác định hội chứng trào ngược: nội soi thực quản dạ dày...

3.3. Chẩn đoán xác định

- Rối loạn cảm giác: ngứa, rát, họng.
- Khám họng niêm mạc dày, xuất tiết, có hạt, hoặc niêm mạc teo.

3.4. Phân loại

- Viêm họng quá phát
- Viêm họng xơ teo
- Viêm họng do các bệnh khác: mũi xoang, hội chứng trào ngược, bệnh phổi...

3.5. Chẩn đoán phân biệt

- Loạn cảm họng: bệnh nhân cảm giác nuốt vướng, lập lờ, nghèn nghẹn mơ hồ không rõ vị trí, hoặc lúc thì ở vùng này, lúc thì vùng khác. Cảm giác đó xuất hiện khi nuốt nước bọt, nhưng khi nuốt thức ăn thì không vướng. Khám miệng và họng không thấy dấu hiệu bệnh lý.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Chủ yếu là điều trị tại chỗ và điều trị triệu chứng, kết hợp điều trị các nguyên nhân bệnh lý toàn thân khi nghĩ tới.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị nguyên nhân

- Điều trị viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan, viêm VA.
- Điều trị hội chứng trào ngược: thuốc kháng H⁺ : omeprazol, lansoprazol..., thuốc kháng H₂: cimetidin, ranitidin..., kháng dopamin: domperidon...
- Giảm bớt các kích thích như: hút thuốc lá, uống rượu.
- Tổ chức phòng hộ lao động tốt, đeo khẩu trang đảm bảo khi lao động.

4.2.2. Điều trị tại chỗ

- Thở viêm họng xuất tiết: bôi, súc họng các thuốc làm se niêm mạc, kiềm tính, giảm viêm giảm đau: glycerine iod, SMC...
- Thở viêm họng teo: bôi họng, súc họng bằng các thuốc (loại có iod loãng, thuốc dầu), hoặc bằng nước khoáng.
- Khí dung họng: các dung dịch giảm viêm.
- Nhỏ mũi, rửa mũi: bằng nước muối sinh lý, nước biển sâu...

4.2.3. Điều trị triệu chứng

- Thuốc làm lỏng chất nhầy như: bromhexin, acetylcystein...
- Thuốc kháng viêm: alphachymotrypsin, lysozym...
- Thuốc chống dị ứng: các thuốc kháng histamin như cetirizin, chlorapheniramin...
- Thuốc giảm ho: thảo dược

4.2.4. Điều trị toàn thân

- Thay đổi thể trạng: Điều trị thay đổi lối sống, môi trường sinh hoạt, làm việc nếu có thể.
- Uống vitamin C, A, D.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng viêm họng mạn tính điều trị dai dẳng, dễ tái phát nếu không loại bỏ được nguyên nhân.

6. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Phòng hộ lao động tốt.
- Bỏ thuốc lá và rượu.
- Vệ sinh răng miệng tốt.
- Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em.
- Điều trị triệt để các bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan,...

VII. VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản cấp tính (VTQ cấp) là tình trạng viêm niêm mạc của thanh quản kéo dài dưới 3 tuần. VTQ cấp có rất nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng cũng rất khác nhau, tùy theo nguyên nhân, và lứa tuổi bệnh được phân loại: VTQ cấp ở trẻ em, VTQ cấp ở người lớn nhưng thường hay gặp ở trẻ em nhiều hơn.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Tác nhân gây bệnh

- Virus thường gặp là: Influenzae (cúm), APC...
- Vi khuẩn: S.pneumoniae (phế cầu), Hemophilus influenzae
- Trực khuẩn bạch hầu ngày nay ít gặp.

2.2. Điều kiện thuận lợi

- Sau một viêm đường hô hấp: bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amidan, VA ở trẻ em.
- Bệnh đái tháo đường ở người lớn tuổi.
- Sử dụng giọng gắng sức: nói nhiều, hét, hát to...
- Sặc các chất kích thích: bia, rượu...
- Trào ngược họng, thanh quản.
- Dị ứng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: phụ thuộc vào nguyên nhân và điều kiện gây bệnh, người bệnh có thể sốt hoặc chỉ gai sốt hoặc ớn lạnh, mệt mỏi ...

- Triệu chứng cơ năng:

Thay đổi giọng nói: khàn tiếng, khóc khàn ở trẻ em, ho khan có thể có đờm nhày, ở người lớn không có khó thở, ở trẻ em có thể có khó thở thanh quản nhất là trong viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn.

- Triệu chứng thực thể:

+ Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amidan có thể sưng.

+ Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:

- Niêm mạc phù nề, đỏ ở vùng thanh môn, tiền đình thanh quản.

- Dây thanh sung huyết đỏ, phù nề, khép không kín khi phát âm, có xuất tiết nhày ở mép trước dây thanh.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu có thể bạch cầu tăng.
- Chụp X Quang tim phổi để loại trừ bệnh phế quản phổi kèm theo.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử phơi nhiễm với các nguyên nhân.
- Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.
- Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

3.4. Phân loại thể lâm sàng

3.4.1. Viêm thanh quản ở trẻ em

- VTQ hạ thanh môn: là bệnh lý gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ 1-3 tuổi.
- + Bệnh thường phát hiện về ban đêm trên một trẻ nhỏ đang bị viêm mũi họng thông thường, tiến triển từ từ và đột nhiên xuất hiện khó thở thanh quản. Tiếng ho cứng và ông ông, giọng nói gần như bình thường nhưng sau đó trở nên trầm và cứng hơn. Sáng dậy trẻ vẫn chơi bình thường. Con khó thở kiểu này còn có thể xuất hiện vào tối khác.
- + Chẩn đoán xác định dựa vào bệnh sử, soi thanh quản ống mềm.
- Viêm thanh quản co thắt hoặc viêm thanh quản giả bạch hầu: Viêm và phù nề khu trú ở vùng hạ họng, co thắt thanh quản gây ra các cơn khó thở thường xảy ra nửa đêm về sáng, cơn khó thở và thở rít, giọng khàn. Ho ông ông, co kéo cơ hô hấp và các cơ liên sườn. Cơn khó thở có thể đi qua trong nửa giờ nhưng có thể tái diễn cơn khó thở khác. Không sốt, không có dấu hiệu toàn thân khác.
- Viêm thanh thiệt: thanh thiệt bị sưng nề, bệnh nhân có nuốt đau, khó thở tăng tiết, nhiều nước bọt, cổ ngả về trước, khó thở tăng khi nằm ngửa thường do Hemophilus influenza.
- VTQ bạch hầu: do vi khuẩn Loeffler xâm nhập vào thanh quản gây phù nề và loét có màng giả. Màng giả trắng, dai, dính, bít tắc đường thở gây khó thở thanh quản

nặng dần, nói khàn, kèm theo sốt nhiễm độc nội độc tố khiến tiên lượng rất nặng, dễ dẫn tới tử vong.

3.4.2. Viêm thanh quản ở người lớn

VTQ do cúm: có thể do cúm đơn thuần hoặc kết hợp với vi khuẩn khác, gây nên các thể bệnh sau:

– Thể xuất tiết: triệu chứng giống VTQ xuất tiết thông thường nhưng bệnh nhân có sốt, mệt mỏi kéo dài. Khám thanh quản đôi khi có điểm xuất huyết dưới niêm mạc, đó là dấu hiệu đặc hiệu của VTQ do cúm.

– Thể phù nề: đó là giai đoạn tiếp theo của xuất tiết, phù nề thường khu trú ở thanh thiệt và mặt sau của sụn phễu. Bệnh nhân nuốt đau và đôi khi có khó thở, tiếng nói ít thay đổi.

– Thể loét: soi thanh quản sẽ thấy những vết loét nông, bờ đỏ, sụn phễu và sụn thanh thiệt bị phù nề.

– Thể viêm tấy:

+ Triệu chứng toàn thân nặng, sốt cao, mạch nhanh, mặt hốc hác.

+ Triệu chứng cơ năng rõ rệt: khó nuốt, đau họng, nhói bên tai, giọng khàn đặc hoặc mất hẳn, khó thở thanh quản.

+ Triệu chứng thực thể: vùng trước thanh quản viêm tấy, sưng to, ấn đau. Sau khi hết viêm bệnh để lại di chứng sẹo hẹp thanh quản.

– Thể hoại tử: màng sụn bị viêm và bị hoại tử, các tổ chức liên kết lỏng lẻo ở cổ bị viêm tấy, cứng, hoặc viêm tấy mũ, thanh quản bị sưng to và có màng giả che phủ. Bệnh nhân khó nói, nuốt đau và khó thở. Triệu chứng toàn thân rầm rộ. Nhiệt độ cao, mạch nhanh yếu, thở nhanh nông, huyết áp thấp, nước tiểu có Albumin, tiên lượng rất xấu, thường tử vong do phế quản viêm truy tim mạch.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

– Dị vật thanh quản: tiền sử hội chứng xâm nhập. Soi thanh khí phế quản để chẩn đoán xác định và lấy dị vật.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

4.1.1. Viêm thanh quản không có khó thở

- Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.
- Nội khoa: thuốc kháng sinh, giảm viêm, kháng histamin H1, tiêu đờm, giảm ho...
- Điều trị tại chỗ bằng các thuốc giảm viêm nhóm corticoid, men tiêu viêm, tinh dầu...
- Nâng cao sức đề kháng, bổ sung dinh dưỡng, điện giải.

4.1.2. Viêm thanh quản có khó thở

- Khó thở thanh quản độ I: điều trị nội khoa.
- Khó thở thanh quản độ II: mở khí quản cấp cứu.
- Khó thở thanh quản độ III: mở khí quản cấp cứu kết hợp hồi sức tích cực.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Kháng sinh

- Nhóm beta lactam: Amoxicilin, cephalixin, các cephalosporin thế hệ 1,2 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, các thuốc kháng men betalactamase: acid clavulanic, sulbactam...
- Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarithromycin...

4.2.2. Kháng viêm

- Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone...
- Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym...

4.2.3. Điều trị tại chỗ

- Khí dung, bơm thuốc thanh quản bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid (hydrocortison, dexamethason...), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin...), kháng sinh (gentamycin...).
- Xúc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: BBM...

4.2.4. Hạ sốt, giảm đau

Truyền dịch, paracetamol, aspirin...

4.2.5. Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

5. TIỀN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Viêm thanh quản cấp ở người lớn không gây ra các tình trạng nguy hiểm có khả năng hồi phục tốt, nhưng ở trẻ em phải theo dõi sát vì dễ gây khó thở thanh quản, có thể ảnh hưởng đến sinh mạng. Viêm thanh quản cấp có thể tiến triển thành viêm phế quản, viêm phổi nhưng hiếm gặp.

6. PHÒNG BỆNH

- Giữ ấm cho trẻ em về mùa lạnh, tránh lạm dụng giọng quá sức ở người lớn.
- Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm...

VIII. VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH TRẺ EM

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) cấp tính là tình trạng viêm nhiễm trong khoang tai giữa. Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa... thời gian kéo dài dưới 3 tháng. Tình trạng viêm nhiễm này có thể lan đến xương chũm, các tế bào quanh mê đạo và đỉnh xương đá.

2. NGUYÊN NHÂN

– Nguyên nhân chính của viêm tai giữa cấp tính là viêm vòm mũi họng, quá trình viêm vào tai bằng con đường vòi Eustache là chủ yếu, ít khi viêm nhiễm xâm nhập bằng đường máu hoặc đường bạch huyết. Sự viêm nhiễm này có thể gây ra bởi các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm, sởi... hoặc những bệnh cục bộ như viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, u vòm mũi họng, hoặc nút mũi sau để quá lâu. Nói chung viêm tai giữa cấp tính thường gặp ở trẻ em có VA hoặc có thể địa bạch huyết.

– Rách màng nhĩ do chấn thương cũng là một nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa... Ở đây mô tả thể điển hình. Giai đoạn đầu: Bệnh nhân thường là em bé đang bị sổ mũi, ngạt mũi, đột nhiên bị đau tai nhiều kèm theo sốt cao 40 độ C. Khám màng nhĩ thấy một vùng sung huyết đỏ ở góc sau hoặc ở dọc theo cán búa, hoặc ở màng Shrapnell.

Giai đoạn toàn phát: Mủ bắt đầu xuất hiện trong hòm nhĩ, có hai trường hợp:

a. Màng nhĩ chưa vỡ: Mủ bị tích trong hòm nhĩ như trong một áp xe và gây ra những triệu chứng chức năng, toàn thân và thực thể rõ rệt.

* Triệu chứng chức năng:

– Đau tai mỗi ngày một tăng, đau rất nhiều, đau sâu trong tai, đau theo nhịp đập của mạch, đau lan ra sau tai, ra vùng thái dương hoặc xuống răng làm cho bệnh nhân không ngủ được.

– Nghe kém là triệu chứng quan trọng, thường xuyên có: nghe kém khá nhiều, nghe kém theo kiểu dẫn truyền tức là nghiệm pháp Swabach kéo dài, nghiệm pháp Rinne âm tính, nghiệm pháp Weber thiên về bên bệnh (tam chứng Bezold). Bệnh nhân nghe giọng trầm khó khăn.

– Ngoài ra chúng ta còn thấy những triệu chứng phụ như ù tai, cảm giác đầy tai, tự thính, chóng mặt...

* Triệu chứng toàn thân:

– Nhiệt độ lên cao và sẽ xuống khi mủ được dẫn lưu. Trẻ em nhỏ sốt cao có thể vật vã, co giật hoặc ở trạng thái lả.

* Triệu chứng thực thể: Toàn bộ màng nhĩ bị nề và đỏ, không nhìn thấy tam giác sáng, không thấy cán búa, không thấy mỏm ngắn. Màu sắc của màng nhĩ hòa lẫn với màu sắc của da ống tai.

– Ở mức độ nặng hơn màng nhĩ sẽ phồng lên như mặt kính đồng hồ đeo tay, điểm phồng nhiều nhất thường khu trú về phía sau. Riêng đối với những màng nhĩ bị xơ

hóa, màng nhĩ của người già, màu sắc sẽ không đỏ mà lại trắng bệch, có nhiều mạch máu đỏ tỏa ra từ cán búa như nan hoa bánh xe.

– Xương chũm có vẻ bình thường, nhưng nếu ấn vào đáy bệnh nhân sẽ kêu đau. Hiện tượng này không có gì đáng ngại nó chỉ là viêm niêm mạc ở sào bào và ở các tế bào mà người ta quen gọi là phản ứng xương chũm.

– Khám mũi và họng có thể cho chúng ta thấy nguyên nhân của bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, viêm amidan.

b. Màng nhĩ vỡ

– Màng nhĩ có thể vỡ do thầy thuốc chích để tháo mủ, hoặc vỡ tự phát do sức ép của mủ vào khoảng ngày thứ tư. Để cho màng nhĩ tự vỡ không tốt bằng chích rạch vì hai lý do sau đây:

+ Lỗ vỡ xuất hiện muộn, mủ tích tụ trong nhiều ngày có thể gây ra bệnh tích xương.

+ Lỗ vỡ thường ở cao và nhỏ, dẫn lưu mủ không tốt, tạo điều kiện cho viêm kéo dài.

Khi màng nhĩ đã vỡ và mủ chảy ra ngoài thì các triệu chứng sẽ thay đổi.

• Triệu chứng chức năng và toàn thân: các triệu chứng chức năng bớt hẳn, bệnh nhân không đau tai nữa, nhiệt độ trở lại bình thường, bệnh nhân ăn được ngủ được.

• Triệu chứng thực thể: Ống tai ngoài đầy mủ, không có mùi, lúc đầu chỉ là mủ loãng vàng nhạt sau biến thành mủ vàng đặc, phải lau sạch mủ mới thấy được màng nhĩ.

– Lỗ thủng của màng nhĩ sẽ khác nhau tùy theo tai có được chích rạch hay không.

Nếu có chích rạch thì lỗ thủng sẽ rộng và ở về góc sau dưới của màng căng, màng nhĩ hết phồng. Khi bệnh nhân ngậm mồm bịt mũi và thổi mạnh vào vòi Eustache (nghiệm pháp Valsalva) thì mủ và bọt trào ra ở lỗ thủng, đồng thời chúng ta nghe có tiếng kêu trong tai của bệnh nhân. Nếu không chích rạch, để cho màng nhĩ tự vỡ thì lỗ thủng có thể ở bất cứ chỗ nào, bờ dày, đỏ, nham nhở. Trong trường hợp lỗ thủng lớn, mủ được dẫn lưu tốt chúng ta thấy có những triệu chứng giống như là chích rạch. Trái lại nếu lỗ thủng nhỏ, sự dẫn lưu bị hạn chế và triệu chứng ứ đọng tồn tại: đau nhức, sốt, phồng màng nhĩ; làm nghiệm pháp Valsalva không thấy mủ trào ra ở lỗ thủng. Có khi lỗ thủng nhỏ bằng đầu kim và thể hiện bằng một chấm mủ óng ánh đập theo nhịp mạch. Lỗ thủng có thể ở góc sau và trên màng nhĩ, trên một cái ụ phồng căng giống như cái

vú bò. Riêng trong trường hợp viêm tai do cúm, do sởi, do bạch hầu, màng nhĩ có thể bị tiêu hủy toàn bộ.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai: Tùy theo giai đoạn sẽ ghi nhận hình ảnh màng nhĩ và các dấu hiệu bên trong hòm nhĩ như mức dịch, bóng khí...
- Thính lực đồ: Nghe kém kiểu dẫn truyền.
- X quang kinh điển tư thế Schuller: Dùng chủ yếu để chẩn đoán phân biệt.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng nhĩ đơn thuần: màng nhĩ đỏ, sung huyết, bệnh nhân không nghe kém, không có triệu chứng toàn thân.
- Nhọt ống tai ngoài: bệnh nhân có những điểm đau khác biệt ở nắp tai, ở rãnh trước xương chũm, ở bờ trên ống tai (kéo vành tai).
- Zona tai: Zona cũng gây ra đau tai, chảy tai và điếc nhưng trong zona thấy có mụn nước ở nắp tai, vành tai, ở thành sau ống tai và ở màng nhĩ kèm theo giảm cảm giác da ở vùng nói trên (vùng Ramsay-Hunt).
- Viêm ống tai ngoài đơn thuần hoặc viêm tai giữa kèm theo viêm ống tai ngoài: ở đây không soi màng nhĩ được nên không thể dựa vào đó để chẩn đoán. Có thể điều trị thử bằng kháng sinh, sau vài hôm, ống tai ngoài bớt nề, sẽ nhìn thấy màng nhĩ và đánh giá được tai giữa.
- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai từ lâu, có triệu chứng thực thể mạn tính như bờ lỗ thủng rõ rệt, mủ thối, xương bị viêm. X quang rất cần thiết để khám phá bệnh tích của xương chũm trong viêm tai giữa mạn tính hồi viêm. Hướng điều trị của bệnh này khác hẳn với viêm tai giữa cấp tính.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Đây là bệnh lý cấp tính ảnh hưởng đến toàn thân và đe dọa nhiều biến chứng nguy hiểm nên cần phối hợp điều trị kháng sinh, kháng viêm phối hợp dẫn lưu tại chỗ.

4.2. Sơ đồ/ Phác đồ điều trị

- Điều trị toàn thân + Màng nhĩ chưa thủng: Chích rạch màng nhĩ.
- Điều trị toàn thân + Màng nhĩ đã thủng: Làm thuốc tai.
- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.
- Điều trị phòng ngừa biến chứng.

4.3. Điều trị cụ thể

Tùy theo màng nhĩ có thủng hay chưa, cách điều trị có khác nhau.

4.3.1. Màng nhĩ chưa thủng

a. Điều trị bằng thuốc tại chỗ

- Dùng một số thuốc nhỏ tai có tác dụng giảm sung huyết tại chỗ: Polymycin...

b. Chích rạch màng nhĩ

- Chúng ta phải chích rạch màng nhĩ trong những trường hợp sau đây:
 - + Triệu chứng toàn thân xấu: nhiệt độ cao, mất ngủ, bộ mặt nhiễm trùng.
 - + Ở trẻ nhỏ bị viêm tai, khi có triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy.
 - + Triệu chứng chức năng quá rõ rệt: đau tai, nhức nửa bên đầu và nghe kém.
 - + Triệu chứng thực thể nói lên có mủ trong hòm nhĩ: màng nhĩ căng phồng như mặt kính đồng hồ đeo tay.
 - + Có những phản ứng đáng ngại như triệu chứng màng não, triệu chứng mê nhĩ, triệu chứng viêm xương chũm.
 - + Viêm tai giữa cấp tính đã kéo dài trên bốn ngày và không tự vỡ.
- Nói chung trong trường hợp nghi ngờ có mủ cũng nên chích rạch màng nhĩ, thà chích rạch không có mủ còn hơn là để cho viêm mủ tiến vào xương chũm.

4.3.2. Màng nhĩ đã thủng

- Sau khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc thủng do chích rạch cần phải làm thuốc tai hàng ngày. Thầy thuốc hút rửa tai và nhỏ tai các loại thuốc có kháng sinh, kháng viêm như Hydrocortisol và Chloramphenicol.

– Nhiệm vụ của thầy thuốc là phải theo dõi tình hình của lỗ thủng và các triệu chứng toàn thân. Nếu thấy lỗ thủng đóng lại nhưng bệnh nhân sốt và đau tai thì phải chích rạch lại để dẫn lưu.

– Nếu sau bốn tuần mà mủ vẫn tiếp tục chảy, phải nghĩ đến các nguyên nhân sau đây và tìm cách giải quyết: viêm mũi xoang, viêm vòm mũi họng (V.A), viêm xương chũm, thể trạng suy nhược.

4.3.3. Điều trị toàn thân

– Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Beta lactam, Cephalosporin, Macrolid... tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ. Trong khi dùng kháng sinh, nên chụp X quang xương chũm để phát hiện viêm xương chũm tiềm tàng.

– Thuốc kháng viêm Corticoid, kháng viêm dạng men.

– Hạ sốt, giảm đau.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Tùy thuộc thời gian khởi phát, sức đề kháng, độc tính của vi trùng mà bệnh VTG cấp tính có tiên lượng và diễn biến khác nhau.

– Nếu mủ được dẫn lưu tốt, cơ thể có sức đề kháng cao thì viêm tai giữa cấp tính mủ có xu hướng đi đến lành bệnh.

– Nếu mủ không được dẫn lưu tốt, nếu mãnh độc của vi trùng quá mạnh, bệnh sẽ kéo dài hoặc sinh ra biến chứng.

5.2. Biến chứng

Có biến chứng cấp tính và biến chứng kéo dài.

– Biến chứng cấp tính phổ biến và quan trọng nhất là viêm xương chũm, quá trình viêm sẽ gây những biến chứng nội sọ như: viêm mê nhĩ, liệt dây thần kinh mặt, viêm tắc tĩnh mạch bên, viêm màng não, áp xe não....

– Biến chứng kéo dài, hay nói đúng hơn sự chuyển thành viêm tai mạn tính là hậu quả của việc không điều trị hoặc điều trị không đúng.

6. PHÒNG BỆNH

- Tuyệt đối không xì mũi bằng cách bịt cả hai lỗ mũi cùng một lúc, phải bịt một bên và để hở bên kia cho mũi và dịch thoát ra ngoài.
- Không nên bơi lội khi bị viêm mũi, viêm xoang. Nên điều trị viêm mũi, viêm xoang càng sớm càng tốt.
- Nên nạo V.A. và cắt amidan ở những em bé hay bị viêm tai tái phát.
- Ở những em bé bị sởi, bị cúm, bị thương hàn phải khám màng nhĩ thường xuyên.

IX. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ bị thủng, chảy tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào).

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm tai giữa thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*. Những trường hợp khác bao gồm *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Trong số các thanh thiếu niên lớn tuổi hơn và người lớn trẻ tuổi, nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhiễm trùng tai là *Haemophilus influenzae*. Các loại virus như virus hợp bào hô hấp (RSV) và những loại gây ra cảm lạnh thông thường cũng có thể dẫn đến viêm tai giữa bằng cách làm tổn hại đến hệ thống phòng thủ bình thường của các tế bào biểu mô đường hô hấp trên. Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn. Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối liền tai giữa với vòm họng, nó giúp dẫn lưu dịch tiết trong hòm nhĩ về họng. Nếu vòi nhĩ bị tắc, dịch nhầy bị ứ đọng trong tai giữa và gây nên viêm tai giữa. Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt. Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi. Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.

Các yếu tố thuận lợi: Cấu trúc xương chũm loại có thông bào nhiều, độc tố của vi khuẩn nhất là *streptococcus hemolytique*, *pneumococcus mucosus*... và thể trạng, cơ

địa của bệnh nhân: trẻ em suy dinh dưỡng, người lớn bị suy nhược cơ thể thì sức đề kháng bị giảm, do đó dễ bị viêm tai giữa.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy: Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.
- Viêm tai giữa mạn tính mủ: Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.
- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co giật, rối loạn tiêu hóa... Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương. Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt. Trong một vài trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mặt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thểBezold)...

3.1.2. Cận lâm sàng

- Khám tai: mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nham nhỡ, đáy hòm nhĩ bần, có thể có polyp ở hòm nhĩ.
- Cây dịch tai để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.
- Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm để xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa.
- Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm ống tai ngoài (không có tiền sử chảy mủ tai, kéo vành tai, ấn bình tai đau, phim Schuller bình thường).

- Viêm tấy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai (không có tiền sử chảy mủ tai, không nghe kém, dấu hiệu Jacques (-), phim Schuller bình thường).
- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp tính (mủ không thối, không nghe kém nhiều, X quang tai bình thường).
- Viêm tai giữa sau lao phổi (hỏi tiền sử và chụp X quang phổi...).
- Viêm tai giữa do xoắn khuẩn bệnh giang mai (hỏi tiền sử bệnh và làm các xét nghiệm chuyên biệt...).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhày, mủ...) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.
- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.
- Nếu không có chuyên khoa, nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.
- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

4.2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6-10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.
- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Neomycin, Polymyxin, Chloromycetin hoặc Gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2-4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn Pseudomonas.
- Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng trong các đợt cấp của VTG mạn tính nhưng phải rất hạn chế.
- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.

- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v...

4.3. Điều trị ngoại khoa

- Khi phát hiện bệnh nhân có Polyp hòm nhĩ thò ra ở ống tai, hoặc mô hạt thì phải được phẫu thuật cắt bỏ thì việc nhỏ thuốc vào tai mới có hiệu quả. Tuy nhiên phải cẩn thận khi cắt bỏ vì những khối polyp này có thể mọc ra từ niêm mạc xương bàn đạp, dây thần kinh số VII, hoặc ống bán khuyên ngang, và như vậy có thể dẫn tới tai biến liệt mặt hoặc viêm mê nhĩ sau mổ.
- Phẫu thuật phục hồi: vá màng nhĩ đơn thuần và mở sào bào thượng nhĩ, có hoặc không có vá màng nhĩ.
- Phẫu thuật tiết căn xương chũm với hai phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai (canal wall up) và hạ thấp thành sau ống tai (canal wall down).

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- VTG mạn tính nhạy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.
- VTG mạn tính mủ ít khi bệnh tự khỏi, thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

5.2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.
- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.
- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.
- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanosclerosis).
- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.
- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Áp xe ngoài màng cứng hoặc áp xe não.
- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.

– Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

6. PHÒNG BỆNH

– Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm VA, sâu răng...

– Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo

– Nếu đã bị viêm tai giữa mạn tính thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết.

– Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.

X. BỆNH TAI NGOÀI

Tai ngoài bao gồm vành tai và ống tai ngoài, được cấu tạo bởi tổ chức sụn, bọc bên ngoài là lớp tổ chức dưới da mỏng và lớp da. Có hệ thống mạch máu và thần kinh phong phú nên bệnh ở tai ngoài gây đau nhức và ảnh hưởng tới chức năng nghe và thẩm mỹ.

1. DỊ HÌNH BẨM SINH TAI NGOÀI

1.1. Định nghĩa

Là những biểu hiện bất thường bẩm sinh gặp ở vành tai hoặc ống tai ngoài, hai dị hình này thường phối hợp với nhau. Có thể ảnh hưởng tới chức năng nghe và thẩm mỹ.

1.2. Dị hình vành tai

Thường gặp hơn, nói chung ảnh hưởng tới thẩm mỹ, ít hoặc không ảnh hưởng tới chức năng nghe.

1.2.1. Biểu hiện lâm sàng

– Thiếu một phần hay toàn bộ vành tai: có thể gặp ở một bên hay cả hai bên tai. Vành tai hoàn toàn không có hay chỉ có một phần, thường chỉ như một nụ, một cục. Hay gặp kèm theo tật hoặc chít hẹp ống tai.

- Vành tai to hay nhỏ quá: có thể gặp vành tai to quá (tai voi) hoặc nhỏ quá (tai chuột), nếu chỉ thấy một bên, tai bên kia bình thường, sẽ ảnh hưởng nhiều đến thính lực.
- Dị hình nắp tai: nắp tai có thể quá to, không có sụn nắp hay có 2 - 3 nắp tai.
- Vành tai vênh ra trước quá nhiều hay sụn quá mềm làm bẹp xương, mất các gờ nếp.

1.2.2. Điều trị

Phẫu thuật chỉnh hình để tái tạo lại vành tai.

1.3. Dị hình ống tai

Thường gặp tật ống tai ngoài hoàn toàn hay một phần làm chít hẹp ống tai. Dị hình ống tai thường gặp kèm với dị hình vành tai, đôi khi có kèm theo dị hình tai giữa.

1.3.1. Biểu hiện lâm sàng

- Tịt hay chít hẹp có thể do đơn thuần hoặc cả sụn, xương ống tai, chỉ ở cửa ống tai hay dọc cả ống tai.
- Tịt hoặc chít ống tai ngoài gây nghe kém dẫn truyền đơn thuần, có thể gây viêm vì chất tiết ở da ống tai không thoát được ra ngoài.
- Cần chụp X quang để xác định tình trạng của tai giữa và hệ thống xương con.

1.3.2. Điều trị

Phẫu thuật tạo hình ống tai ngoài hay lấy bỏ u biểu bì bên trong chỗ hẹp, cần ghép da tốt vì dễ gây sẹo chít hẹp lại.

1.4. Rò bẩm sinh

Thường gặp nhất là rò gờ trước tai hay thường gọi là rò Helix.

- Rò luân nhĩ.
- Rò tai cổ: rò xuất phát từ tai chạy xuống vùng cổ.

1.4.1. Biểu hiện lâm sàng

– Lỗ rò có thể thấy ở một bên hay cả hai bên, ở trên nắp tai, trước gờ rìa tai. Tiếp theo thường là đường rò, nhiều khi ngoằn ngoèo và đi xa, ra sau tai hoặc vào ống tai...

– Do lỗ rò nhỏ, đường rò thường tiết nhầy nên khi bị viêm thường gây sưng tấy vùng trên trước nắp tai, có thể thành áp xe rồi vỡ mủ.

1.4.2. Điều trị

– Nếu rò chưa bị áp xe có thể bơm chất ăn mòn như sút loăng (NaOH 20%), hoặc Betadin vào làm cháy lớp biểu bì để đường rò dính tịt lại.

– Phẫu thuật cắt đường rò: bơm xanh mêthylen vào để theo dõi đường rò, quado phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ.

– Khi bị áp xe nên chích rạch tháo mủ và dẫn lưu, không nên chích rạch quá rộng vì làm mất đường rò sau khó phẫu thuật lấy hết đường rò.

2. BỆNH VIÊM TAI NGOÀI

2.1. Nhọt ống tai ngoài

2.1.1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn.

2.1.2. Nguyên nhân

– Do ngoáy tai bằng vật cứng, bản, gây xước da ống tai.

– Do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

2.1.3. Chẩn đoán

– Triệu chứng cơ năng:

+ Đau tai là triệu chứng nổi bật, đau ngày càng tăng dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm.

+ Nghe kém tiếng trầm, thường kèm theo ù tai.

+ Có thể sưng tấy ở nắp tai hoặc sau tai.

+ Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy lan tỏa.

– Triệu chứng thực thể:

+ Ấn nắp tai hoặc kéo vành tai gây đau rõ rệt.

+ Ống tai mới đầu thấy gờ đỏ, chạm vào rất đau. Sau đó to dần và che lấp một phần ống tai, xung quanh tấy đỏ, ở giữa mọng mủ trắng. Nhọt ống tai ngoài có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.

2.1.4. Điều trị

- Tại chỗ: chườm nóng giảm đau. Nếu mới tấy đỏ thì chấm Betadin ở đầu nhọt. Khi đã nung mủ trắng thì dùng dao nhọn hay que nhọn chích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn.
- Toàn thân: Kết hợp kháng sinh, giảm đau.

2.1.5. Phòng bệnh

- Giữ vệ sinh ống tai, dùng tăm bông sạch lau khô sau khi tắm hoặc bơi.
- Không sử dụng những vật sắc, nhọn ngoáy tai khi ngứa...

2.2. Viêm tấy lan tỏa ống tai ngoài

2.2.1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm nhiễm lan tỏa khắp ống tai ngoài, thường gặp do bơi lội, tắm biển...

2.2.2. Nguyên nhân

- Do sang chấn nhỏ ở ống tai ngoài: ngoáy tay, vật cứng khi có nước hay cát vào tai.
- Do dịch hay mủ ở tai giữa bị bít, đọng trong ống tai.

2.2.3. Chẩn đoán

- Lúc đầu ngứa trong ống tai sau trở nên nóng, rát như bỏng, vài ngày sau đau dữ dội.
- Nghe kém và ù tai.
- Kéo vành tai, ấn nắp tai gây đau tăng rõ rệt.
- Da ống tai nề đỏ, sau đó ống tai bị chít hẹp lại do sung nề và ứ dịch vàng, có thể bong từng đám biểu bì trắng.
- Nếu không được điều trị sẽ thành mủ, da bị hoại tử gây sẹo chít hẹp hay sùi lấp ống tai ngoài.

2.2.4. Điều trị

- Chườm nóng ngoài tai hoặc chiếu tia hồng ngoại, làm giảm đau tại chỗ, đặt bác phẩm Glycerin borate 2% hoặc thuốc mỡ kháng sinh vào ống tai ngoài.
- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm, giảm đau.

2.3. Viêm sụn vành tai

2.3.1. Định nghĩa

Là tình trạng ứ thanh dịch giữa sụn và màng sụn hoặc viêm sụn hoại tử, nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại di chứng ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

2.3.2. Nguyên nhân

Có thể do tụ máu, dịch vành tai, nhưng thường do nhiễm tụ cầu, sau sang chấn (gãi gây xước) hay sau chấn thương (đụng, đập).

2.3.3. Chẩn đoán

- Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây xước (thường ở phần trên vành tai) sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ.
- Khi viêm tấy thành mũ đau tăng rõ, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.
- Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.
- Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mũ và vỡ mũ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

2.3.4. Điều trị

- Toàn thân: tùy theo mức độ và toàn trạng của bệnh nhân để sử dụng kháng sinh. Đối với viêm sụn hoại tử cần dùng kháng sinh phối hợp và liều cao, lưu ý cho kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.
- Tại chỗ:

- + Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.
- + Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bắc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.
- + Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.
- + Khi đã viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai.

2.4. Chàm ống tai (Eczema): thường gặp ở trẻ nhỏ.

2.4.1. Nguyên nhân

- Do mủ, thường mủ nhầy, chảy thường xuyên hay ứ đọng mủ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai.
- Do thể địa dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

2.4.2. Chẩn đoán

- Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phỏng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phỏng vỡ thành các vảy màu nâu, mỏng phủ lên trên.
- Nếu chàm khô: da ngứa, mẩn đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vảy dễ bong ra.
- Do ngứa nên trẻ thường hay gãi gây xây xước dễ bị nhiễm khuẩn tạo thành chàm nhiễm khuẩn với những mụn loét nhỏ, nóng, có mủ, trên bề mặt có vảy nâu cứng có thể gây viêm tấy rộng cả tổ chức dưới da vùng sau tai, thái dương.

2.4.3. Điều trị

- Tại chỗ:
 - + Lau sạch mủ ở ống tai nếu có.
 - + Rắc bột oxyt kẽm hoặc bôi thuốc mỡ oxyt kẽm.
 - + Nếu nhiều dịch ướt, bôi bằng dung dịch nitrat bạc 5%.
 - + Nếu có nhiễm khuẩn thành mủ bôi xanh mêtylen.

+ Bôi mỡ corticoid.

– Toàn thân: tăng cường sức đề kháng, dinh dưỡng tốt, chống dị ứng.

2.5. Phòng bệnh

– Không sử dụng vật sắc nhọn, chưa được sát khuẩn ngoáy ống tai ngoài.

– Khi có dị vật trong ống tai hoặc ráy tai phải đến cơ sở y tế để lấy và vệ sinh.

– Không tự động xử trí những vết trầy xước xảy ra trên bề mặt da vành tai.