

# DI VẬT ĐƯỜNG THỞ

## I- ĐẠI CƯƠNG:

Di vật đường thở là những vật không phải là không khí rơi vào thanh khí phế quản gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm.

Di vật đường thở là một cấp cứu TMH thường gặp, nếu chẩn đoán và xử trí không kịp thời dễ gây tử vong. Loại di vật là:

- Hạt: đậu phộng, mẩu cầu, saboche,.....
- Xương cá, vẩy ốc, vẩy cá,....
- Nắp bút,....

## II- LÂM SÀNG:

Diễn hình của di vật đường thở là hội chứng xâm nhập. Đó là một phản xạ bảo vệ của cơ thể tìm cách tống di vật ra ngoài (bệnh nhân khó thở, tím tái, ho sặc sụa).

### 1. Di vật thanh quản:

#### - *Khó thở thanh quản:*

- + Khó thở chậm
- + Khó thở hít vào
- + Khó thở có tiếng rít
- Khàn tiếng hay mất tiếng

### 2. Di vật khí quản:

- Khó thở cả 2 thì
- Có thể tạo nên tiếng “lật phật cờ bay”

### 3. Di vật phế quản:

- Túc ngực, đau ngực
- Cảm giác khó thở một bên phổi

### 4. Di vật bỏ quên:

Triệu chứng giống viêm phế quản mãn tính hoặc lao phổi

## III- CHẨN ĐOÁN:

Tùy theo tính chất của di vật, vị trí của di vật, bệnh nhân đến sớm hay muộn mà có các x-quang phổi thẳng, nghiêng

## IV- ĐIỀU TRỊ:

### 1. Soi thanh – khí - phế quản:

- Gây mê tĩnh mạch kèm sử dụng thuốc giãn cơ
- Soi bằng ống cứng nguồn sáng lạnh
- Kiểm soát di vật các cỡ
- Ngay sau khi soi lấy được di vật, cần phải soi lại ngay để kiểm tra
- *Chú ý dùng que bông tẩm Adrenalin để cầm máu và làm co niêm mạc khí phế quản trước và sau khi lấy di vật*

### 2. Điều trị và theo dõi toàn thân:

- Chảy máu trong lòng khí - phế quản: cần soi lại kiểm tra
- Khó thở
- Theo dõi biến chứng
- Corticoide liều cao đường tĩnh mạch
- Cephalosporin - Thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim, Cefetamet...
- Giảm đau

### **3. Vấn đề mở khí quản:**

Được chỉ định có khó thở thanh quản độ II, độ III

- **Kết luận:**

- Bệnh thường gặp ở trẻ em hơn người lớn
- Đây là bệnh nguy hiểm cần xử trí đúng lúc, kịp thời
- Bệnh có thể phòng ngừa được, cần chú ý khi cho trẻ ăn các loại trái cây có hạt, thực phẩm có xương, không ngậm đồ vật trong khi làm việc.

# DI VẬT THỰC QUẢN

## **I- ĐẠI CƯƠNG:**

Di vật thực quản là một cấp cứu thường gặp. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm dễ gây nên các biến chứng nguy hiểm.

Di vật thường là:

- Động vật: xương cá, xương gà, xương heo,...
- Thực vật: các loại hạt...
- Kim loại: kim tây, đinh, hàm răng giả...

## **II- LÂM SÀNG:**

- Tùy theo bản chất của dị vật mà các bệnh lý ở thực quản sẽ khác nhau
- Tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn mà bệnh cảnh lâm sàng sẽ khác nhau:

### **1. Giai đoạn đầu:**

Ngay sau khi nuốt phải dị vật, khó nuốt, nuốt đau. Triệu chứng tắc nghẽn là chính.

### **2. Giai đoạn thối rữa:**

Viêm thối quản abscess đôi khi niêm mạc thối quản. Thông xuất hiện sau 24 giờ  
Triệu chứng: sốt, nuốt đau, chảy nước miếng nhiều

### **3. Giai đoạn thối bả: ( giai đoạn biến chứng )**

Viêm tấy quanh thối quản, có thể mũi ngoài thối quản, abscess cảnh cổ viêm trung thất, thủng nông mạch lớn,.... Thông xuất hiện muộn hơn, sau 5-7 ngày.

## **III- CHẨN ĐOÁN:**

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng thời gian nên sớm hay muộn mà xác định chẩn đoán ở các giai đoạn có dấu hiệu nặng nhẹ khác nhau
- Triệu chứng x-quang: chụp có thẳng, có nghiêng, phổi, quan sát nội cộng sinh lý có sống có khoảng Henke tìm hình ảnh cản quang của dị vật, quan sát trung thất...
- CT scanner có góc nghiêng với những trường hợp nặng và khó quan sát nội cộng sinh lý
- Nội soi thanh quản ống cứng, nội soi thối quản ống mềm kiểm tra

## **IV- NIỆM TRÒ:**

### **1. Giai đoạn sớm:**

- Soi thối quản trực tiếp đôi khi gây mê hoặc gây tê để lấy dị vật, sau khi lấy nội cộng sinh lý ra ngoài, kiểm tra lại lòng thối quản, nếu thấy bình thường thì cho bệnh nhân xuất viện không cần dùng thuốc.
- Nếu niêm mạc thối quản thấy sần sùi nghi ngờ thủng thì đặt tube Levin, nhập viện theo dõi trong 3 ngày. Thuốc:
  - + Cephalosporin – Thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim, Cefetamet...
  - + Giảm đau.
  - + Sinh tố

Dị vật thối quản vào theo đường tiêu hóa cũng có thể lấy qua đường tiêu hóa. Tuy nhiên vẫn có thể có những trường hợp không lấy nội cộng sinh lý nhờ trường hợp ham răng giả lớn có một kim loại, khi nội soi cần thiết phải phẫu thuật.

- Dị vật nội cộng sinh lý có thể có biến chứng loét thối quản, rách thối quản tìm lấy dị vật.
- Dị vật nội cộng sinh lý: phổi hợp với phẫu thuật lồng ngực.

### **2. Giai đoạn muộn :**



# CHẨN THƯỜNG THANH KHÍ QUẢN

## I- ĐẠI CƯƠNG:

Chẩn thường thanh khí quản là do một vật thể tại nơi tiếp vào vùng thanh khí quản hoặc do hít phải không khí có nhiều nước hoặc bình thông (quai nước, quai lạnh) hoặc hít phải chất làm tổn thương nên các tổ chức của vùng này.

## II- TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

### 1. Tiêu chuẩn lâm sàng:

#### a) Thăm khám lâm sàng:

Tất cả những bệnh nhân có bệnh sử chấn thương vùng cổ trước nên được thăm khám và chú ý tìm thông tổn thương thanh khí quản.

Triệu chứng thông cổ là khan tiếng hay nói giọng, khó nuốt, nuốt đau, khó thở hay đau vùng cổ trước. Những bệnh nhân này nếu có khó thở nhiều thì cho biết có thông tổn thương nặng.

Những dấu hiệu thăm khám thực thể như: sưng mắt, tràn khí dưới da, khạc máu, chảy máu vùng thanh quản, mất nước bọt của sưng giáp, tím mắt hay phù nề da bên ngoài. Thở rít thì hít vào liên quan với tác nghe thông thanh môn và thở rít thì thổi ra thông tác nghe hai thanh môn. Trong khi thổi rít 2 thì tổn thương lan ngang xuống hai dây thanh.

#### b) Nói soi thanh khí quản:

Khi không thể nhìn thấy nói soi thanh quản bằng ống mềm nếu nhìn thấy một tổn thương thanh khí quản như: nước ngoài của dây thanh, phù nề, tím mắt niêm mạc. Những chấn thương nhẹ như: tổn thương cổ họng có tổn thương thực quản, tổn thương mạch máu phải được xem xét và hành giải phẫu

### 2. Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

#### a) X-quang:

X-quang cổ thể thẳng, nghiêng

#### b) CT scanner:

CT scan cổ thể trong các trường hợp mổ soi ống mềm bì giới hạn do phù nề. Ngoài ra có thể sử dụng CT scan trong hầu hết các trường hợp hoặc chẩn đoán khi kết quả lâm sàng khác với kế hoạch điều trị.

Có thể không chụp CT scan trong những trường hợp chấn thương thanh quản nặng mà cần mổ mở ra xem và môi khí quản hay những trường hợp nhẹ mà không có dấu hiệu thực thể. Hầu hết trường hợp một nước trung bình nên khuyến cáo chụp CT scan, chụp baryte thực quản hay chụp mạch máu cận quang nếu có chấn thương nặng.

## III- NIỆU TRÒ:

### 1. Niệu trò nội khoa:

Khởi đầu có thể điều trị nội khoa hay phẫu thuật cô bản dựa trên phân loại thông tổn thương và tình hình dựa trên thăm khám thực thể và CT scan.

Một bệnh nhân nước nội khoa nếu thông tổn thương hoặc phục nước mà không cần can thiệp phẫu thuật và thông là bệnh nhân có nước thông tổn thương.

- Thông tổn thương cổ

1. Phèo nề
2. Tui mau ít, niêm mạc con nguyên vẹn
3. Rạch nhẹ thông thanh quản hay thanh môn. Không liên quan bộtôi do của dây thanh hay nếp trôôic không bóc lõasuñ.
4. Vôisuñ giáp ñôn gian không di lệch, chuiyngay khi vôigặp góc không di lệch, ñôn gian cũtheítạo nên thay ñổi dây thanh tinh tế

- **Niêu trò nội khoa** theo trình tồ:

- + Theo dõi sát tình trạng ñông thổi 24giờ
- + Không nói chuyeñ, gặp cố ñóoxy ẩm
- + Kháng sinh dụng khi cũxeừrạch niêm mạc thanh quản: Cephalosporine thế hệ II: Cefuroxim
- + Ồc chế Histamin H<sub>2</sub> lam giảm mớic ñỏ ñông toàn tồphản xạ tráo ngồic dồch và dai dầy
- + Sôidùng steroid toàn thân giai ñoạn sớm ñểgiảm phèo nềniêm mạc.

## **2. Niêu trò phẫu thuật:**

- Chấn thông hôilàcần màmmôirong hôn làchấn thông kín.
- Những bệnh nhân cũthông toàn ñặng ñổic ñỏ vào phòng màñeasoì thanh khí phế thớic quản trực tiếp. Môikhí quản nếu cũchặ ñồnh.
- Những thông toàn cần phải màvãmôithanh quản ñểtạo lại bao gồm:
  1. Rạch liên quan bộtôi do dây thanh hay nếp trôôic.
  2. Rạch niêm mạc nhiều, bóc lõasuñ
  3. Vôisuñ di lệch nhiều
  4. Di lệch suñ pheù
  5. Bất ñồng dây thanh
 Khi màbóc lõathanh quản ñể ñổic thớic hiện ngay 24giờsau chấn thông.

## **IV- BIẾN CHỨNG:**

- Hình thành màhạt là1 biến chứng ngay tồc thì phỏbiến nhất.
- Dính thanh môn nếp trôôic.
- Chấn vòt nếp sau hay sẹo liên pheù.
- Hẹp thanh khí quản
- Hẹp hai thanh môn.
- Liết vớinh viếñ tạo nên giọng nói không ñều

## **V- KẾT LUẬN:**

Viếc xác ñịnh toàn thông thanh quản quan trọng làchấn thông kín, chấn thông hôil

Một bệnh sôichấn thông vùng cổkèm với khan tiếng, ñau, thớirít, mau tui hay tran khí dồil da nên kiểm soát ñông thổi và ñình giai chấn thông thanh quản. Chuẩn bị nầy gồm soi thanh quản – phếáquản bằng ống cứng vàsoi thớic quản.

Niêu trò ñể trên và trí vàmớic ñỏ củatồn thông.

Lõa chỏin ñể trò bao gồm ñể trò bằng ñổi khoa vôil theo dõi sát và ñể trò phẫu thuật môicủñstent hoặ cũkhổng ñổi stent.

# KHOÌ THÔI THANH QUẢN NGỒI LỒN

## I- ĐẠI CƯƠNG:

Là tình trạng khi hô hấp xảy ra thì hít vào có thể cảm nhận theo tiếng rít ở vùng thanh quản, có cơn ứ đọng hơi ở, thông non do sợi gang sọc của các cơ hô hấp phổi. Tuy mỗi cơn khác nhau nhưng có thể ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh nếu không can thiệp kịp thời.

## II- TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

### 1. Tiêu chuẩn lâm sàng:

- khi thì hít vào có rít, những biểu hiện có cơn trên hơi, trên xông non, khoảng liên sôn.
- Giọng nói thay đổi: khan, rè ..
- Khi nuốt, chảy nước bọt.
- Sờ thấy dấu hiệu vô thanh quản
- Tràn khí dưới da
- Phèo Quink
- U ở vùng cổ (hạch)
- Khám các dấu hiệu bệnh lý của phổi.

### 2. Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

Sau khi đã nằm baring cho bệnh nhân sơ hô hấp tạm ổn định

- Khí máu
- Công thức máu
- Chụp phổi thẳng
- CT scan thanh quản nhằm phát hiện ra những bệnh lý bất thường

### 3. Dấu hiệu bệnh nặng:

- Xanh tái, tim đập nhanh, chảy mồ hôi
- Phổi ồ ồ thở gấp
- Thở co kéo trên 1 giờ
- Xanh tím: dấu hiệu muộn
- Nếu có chảy nước miếng = viêm thanh thiệt
- Disphagie fabrile

## III- CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN:

- Viêm van viêm trung, đặc biệt là viêm thanh thiệt cấp: thông xảy ra ở người trẻ tuổi trong viêm trung, giọng nói ngảm hoà thò, khi nuốt, chảy nước miếng ra miệng.
- U ở cổ (lành hay ác tính): thông xảy ra, với những khối u ác tính thông là những người lớn tuổi (55 – 60) nghiến răng và hút thuốc lá với biểu hiện khi thì tiến triển từ từ nhiều ngày hay nhiều tháng. Khám tổng quát phát hiện bệnh nhân thay đổi suy sụp tổng trạng, khi nói, khi nuốt và khi thông ngay cả tăng dần, xuất hiện hạch cổ
- Nguyên nhân chấn thương: Chấn thương ở bên ngoài, sau ngã nói khí quản, sau xạ trị...

- Thông toàn thân kinh: liệt thân kinh hồi qui ngoài biên 2 bên, liệt thanh quản trung ương (hồi chững Gerhart) thông lưỡng loạn thân kinh của cầu não.
- Co thắt cổ trên một số cơ nữa: tetanie, hysteric, công giập...
- Dò vật thanh quản

Luôn phải khám tai mũi họng nếu chẩn đoán chính xác căn nguyên trước một bệnh nhân có triệu chứng khó thở thanh quản.

#### IV- NIEU TRÒ:

- Cho bệnh nhân thở oxy
- Dùng corticoide:
  - + 150mg Methyl Prednisolon hoặc Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch, có thể dùng lại 30 phút nếu chưa đáp ứng nếu
  - + Hoặc Depersolone 30mg: 1 ống tiêm bắp
- Nếu bệnh nhân không giảm khó thở nên chuyển đến cấp cứu bệnh viện
- Nằm bất sỏi lâu thông mũi thông thì nên làm trong nhiều kiến phòng mọi cơn nếu các dụng cụ cần thiết nhờ ống nối khí quản, ống soi thanh khí quản, dụng cụ môi khí quản.
- Luôn luôn nên đặt ống nối khí quản trước, nếu nỗ lực nghe thấy một tiếng trong họng đặt mũi thì phải môi khí quản.
- Chọc kim số 12 vào giữa mang giập nhân: cũng có giá trị giúp bệnh nhân thở trong khoảng 10 phút trước khi tiến hành mũi môi khí quản.
- **Một số triệu chứng cần tránh:**
  - Trồng hộp khó thở nặng hay nặng dai, mọi thao tác ở vùng họng cần nên tránh (nếu có), cũng nhớ những thay đổi tổ chức cấu trúc dẫn đến ngừng tim ngừng thở
  - Không nên bắt bệnh nhân nằm, nên kê hơi ở thể nằm nửa ngồi sao cho dễ chịu nhất, không kê dài các xét nghiệm.

# VIÊM THANH THIẾT CẤP

## **I- ĐẠI CƯƠNG:**

Viêm thanh thiết cấp là một tình trạng viêm mô tế bào cấp tính nguy hiểm tính mạng ở vùng trên thanh môn. Bệnh có thể xảy ra trên mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở trẻ em từ 1 – 6 tuổi, tiến triển nhanh trong vòng 12- 24 giờ những trường hợp nặng bệnh nhân sốt, tình trạng nhiễm độc, đau họng, bọt rớt, khó nuốt, khó thở, chảy nước miếng, có thể có những dấu hiệu ngừng hô hấp. Ở người lớn bệnh nhân khó nuốt và đau họng, các dấu hiệu lâm sàng không tương hợp với chẩn đoán ban đầu. Khi thối có thể xảy ra nhưng ít gặp.

## **II- KHAM LÂM SANG:**

- Khám bằng đèn lồng: nhìn thấy bờ cửa thanh thiết dày, niêm mạc thanh thiết to che khuất cửa thanh môn, trên bề mặt có thể có mủ trắng, phù nề (hình ảnh mô phỏng)
- Cũng có thể khám bệnh nhân bằng gương nhìn gián tiếp hay khám bằng optic cũng có những hình ảnh tương tự.

## **III- CẬN LÂM SANG:**

Phim cổ nghiêng: thấy thanh thiết dày lên bất thường.

## **IV- NIỆM TRÒ:**

- Cho bệnh nhân ở tư thế ngồi. Nhập viện
- Theo dõi chặt chẽ tình trạng tri giác, hô hấp, dấu hiệu sinh tồn.
- Nằm bẹp không hô hấp
- Thở oxy 4 – 6 lít/phút
- Ngắt ống nội khí quản, mở cửa đường hô hấp phải môi khí quản cấp cứu.
- Corticoid: Hydrocortisone hoặc Depersolone 30mg x 2 ống
- Kháng sinh:
  - + Cephalosporine: - Thế hệ II: Cefuroxim 1,5g IV mỗi 8 giờ
  - Thế hệ III: Cefpodoxim, Cefetamet... uống 1g x 2/ngày
  - + Hay Ceftriaxone 2g IV trong 24 giờ
- Thời gian dùng kháng sinh ít nhất là 7 – 8 ngày

## **I- TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LŨNG:**

- Tiến triển tốt nếu các dấu hiệu lâm sàng giảm dần.
- CTM trở về bình thường, bệnh nhân có thể ra viện sau 7 – 10 ngày.
- Nếu bệnh tiến triển nhanh và không đỡ theo dõi sát của y tá bệnh nhân có thể ở trong phòng.

# ÁP XE QUANH AMIDAN

## **I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Áp xe quanh amidan là sự nung mủ của tổ chức liên kết lỏng lẻo ở bên ngoài bọc amidan.
- Tác nhân: + Vi khuẩn yếm khí có tỷ lệ cao (75%)  
+ Vi khuẩn hiếu khí: Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenza, Staphylococcus aureus.

## **I. LÂM SÀNG:**

### **1. Chẩn đoán:**

- Khởi đầu bằng đau họng, đau lan lên tai
- Sốt 39 – 40<sup>0</sup>C, bộ mặt nhiễm trùng.
- Chảy nước bọt, giọng ngậm hạt thị.
- Hơi thở hôi.
- Há miệng hạn chế.
- Khám: họng đỏ, lưỡi gà bị đẩy lệch 1 bên, trụ trước amidan sưng phồng và amidan to đẩy vào trong.

### **2. Cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng
- Phết họng hay chọc hút mủ tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

## **III. ĐIỀU TRỊ:**

- Kháng sinh phổ rộng: tùy theo mức độ của bệnh lựa chọn kháng sinh cho phù hợp
  - + Curam 1g 1 lọ x2 TMC
  - + Cephalosporine thế hệ II, III:
    - Thế hệ II: Viciroxim (Cefuroxim) 1,5g 1 lọ x 2 TMC/ngày
    - Thế hệ III: - Cefotaxim 1g 1 lọ x2TMC/ngày
      - Ceftriaxon 1g 1 lọ x 2 TMC/ngày
      - Thời gian điều trị 5 – 7 ngày
- Kết hợp thêm Metronidazole 500mg/100ml 1chai x2 truyền tĩnh mạch/ngày
- Kháng viêm chống phù nề: Corticoid dạng uống hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 30 – 40mg/kg/ngày uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- Rạch dẫn lưu ổ mủ.
- Nâng tổng trạng.
- Cắt amidan sau 3 tháng.

# NHIỄM TRUNG CƠ SÀU

## **I. ĐẠI CƯƠNG:**

Là nhiễm trùng của các khoang cơ thể nên bởi các cơ sở, gây hậu quả nghiêm trọng nhờ nhiễm trùng huyết, nhiễm não, chèn ép cấp tính nặng nề viêm tắc các mạch máu và các biến chứng trung thất lan rộng gây nên viêm trung thất, tràn mủ trung thất, màng phổi và các biến chứng khác.

## **II. NGUYÊN NHÂN:**

Do tập trung, các vi trùng gram (+), vi trùng gram (-) và vi trùng kỵ khí. Các vi trùng thông thường có trong họng, áp xe răng lõi, amidan, viêm xoang, chấn thương vùng hầu họng, nhiễm trùng hạch có thể hay từ các khoang cơ thể lân cận

Các loại vi trùng gây bệnh: Staphylococci, streptococci, H. Influenzae và các vi trùng kỵ khí.

## **III. HỒI VÀ KHAM LÂM SÀNG:**

- Bệnh sớm có tiền căn nhiễm trùng:
  - + Nhiễm trùng răng (thông răng hàm 2-3 dưới)
  - + Nhiễm trùng amidan
  - + Từ các nguồn khác: tuyến mang tai, tuyến giáp, viêm xương chũm, viêm họng, nhiễm trùng cổ họng có viêm hạch cổ
  - + Chấn thương vùng cổ mặt
- Những dấu hiệu lâm sàng:
  - + Tổng trạng nhiễm trùng nhiễm não
  - + Sốt các vùng cổ mặt có liên quan (khoang bên họng và dưới cằm thông hay bị ảnh hưởng nhất). Số bạch cầu tăng cao (có thể giảm nếu bệnh nặng)
  - + Khó thở nếu nặng nề có chèn ép
  - + Khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt
  - + Khít hàm, xoay cổ khó khăn
  - + Tim đập nhanh, có thể rơi vào tình trạng choáng

## **V- CÁN LÂM SÀNG:**

- Công thức máu: bạch cầu tăng > 10.000
- X-quang thể có thể thấy vòm họng: xem độ dày trong thể quản và chiều dày khoang Henke (cán trước cổ họng)
- Siêu âm: giúp chẩn đoán và định vị các ổ
- CT scan có thể chẩn đoán: rất có giá trị
- MRI: giúp xem tổn thương phần mềm

## **VI- NHIỀU TRÒ:**

- Bệnh nhân cần được nhập viện – nhiều trò sớm – theo dõi sát (chẩn đoán sớm các biến)
- Nhập viện nhiều trò nội khoa: chỉ 10-20% bệnh nhân, hầu hết cần kết hợp nhiều trị ngoại khoa
- Chọc hút mủ có giá trị chẩn đoán chính xác, không có giá trị thay thế cho nhiều trò phẫu thuật rạch rộng dẫn lưu.
- Kháng sinh: phải đưa trên kháng sinh nội

- Trong trường hợp chửa có kháng sinh nào nên dùng kháng sinh phổ rộng nhỏ sau:
  - + Amox/Acid clavulanic: Augtipha 562,5mg, claminat 625mg
  - + Hoặc Cephalosporin thế hệ III: Cefpodoxim, cetamet hoặc Ceftriaxone (2g x2 lần tiêm tĩnh mạch trong 24 giờ)
  - + Luôn luôn dùng phối hợp với Metronidazol 500mg (100ml) x 2 lần/ngày
  - Thời gian sử dụng kháng sinh: 3-4 tuần
  - + Duy trì nồng độ ho hấp
  - + Nứt nổi khí quản < 24 giờ
  - + Môi khí quản: hạn chế – tính toán
  - + Cân bằng nước và điện giải
- Phẫu thuật: trong trường hợp nhiễm trùng lớn gây chèn ép và biến chứng hay dùng kháng sinh trong 24 giờ mà không hiệu quả
- Phẫu thuật dẫn lưu và làm sạch ổ nhiễm trùng: rạch rộng (hình cánh cung hay hình chữ U ngược qua 2 môm chún) – Môi rộng các khoang và cắt hết các mô hoại tử ở dẫn lưu áp xe, dẫn lưu trung thất – tối ưu liên tục bằng nước có pha nước oxy già (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>). Nếu hồi vết thông và thay bằng hàng ngày.
- Phẫu thuật tạo hình khi bệnh ổn và mất chất nhiều.

#### **VII- TIỀN LŨNG:**

- Là bệnh lý nhiễm trùng có tiến triển sống còn
- Tiến triển rất nhanh

##### **\*Tiền lâm toát:**

- Bệnh nhân giảm các triệu chứng trong vòng 24-36 giờ
- Bứt sốt
- Giảm đau
- Công thức máu bạch cầu giảm và gain bình thường

##### **\*Không toát:**

- Viêm hoại tử các lớp cân mạc, tác các mạch máu => Lan rộng + tử vong
- Viêm trung thất
- Sốt cao, đau nhói ổ ung thư
- Sờng nề sô và xa ổ ung thư xung quanh
- Khoi thối nhịp tim nhanh

#### **VII- CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

- Nang khe mang bẩm sinh
- Các khối u vùng cổ (mạch máu, thần kinh...)
- Bẩm sinh từ các khối u, hạch, ung thư di căn.

# **NIỀM NỔNG NGOÀI**

## **I- ĐẶC CƯƠNG:**

Niềm nổng ngoài là sởi xuất hiện thành tình hình niềm tiếp nhận thông lượng một bên tai không có nguyên do rõ ràng. Đây là một cấp cứu nội khoa. Bệnh thông xảy ra ở người trung niên khoảng 40-55 tuổi nam hoặc nữ

## **II- CÁN NGUYÊN:**

Hiện chưa biết rõ có 2 giả thuyết nào đó như sau:

### **1. Giả thuyết mạch máu:**

Tắc hoặc co thắt mạch máu tai trong, nhanh tần cung của hồng mạch tiểu não đôi trước.

### **2. Giả thuyết virus:**

Tổn thương hạch xoan của ốc tai, có 3 lý do bệnh với giả thuyết này:

- Bệnh cảnh dịch tễ sởi xuất hiện theo mùa
- Sởi xuất hiện nhiễm trùng nông hoặc trên trước giai đoạn chóng mặt, niềm
- Các xét nghiệm huyết thanh học cho thấy kháng thể kháng virus trong dịch não tủy

## **III- CHẨN ĐOÁN:**

### **1. Lâm sàng:**

Niềm nổng ngoài thông xảy ra nôn nóng. Tuy nhiên có thể kèm theo u tai, cảm giác ngứa tai, chóng mặt những bệnh nhân không bỏ liếc mắt và không có dấu thần kinh khu trú. Sởi tai: bình thông

### **2. Cận lâm sàng:**

Thính lực nào cho thấy niềm tiếp nhận

#### **\*Xử trí:**

- Nên tìm nguyên nhân cần can thiệp phẫu thuật
- MRI xương não có cản quang, PEA nếu loại trừ dây thần kinh VIII
- CT scan xương não để phát hiện dòng chảy dịch
- Làm các xét nghiệm tìm yếu tố nguy cơ mạch máu: cao HA, tiểu đường, rối loạn mỡ trong máu, tăng urea...

## **IV- NIỀM TRÒ:**

1. Piracetam (Nootropyl) 10g/24 giờ pha trong 200ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch nhanh trong 15 phút
2. Prednisolone: 40-60mg/ngày tiêm tĩnh mạch chậm
3. Natidrofuryl Oxalate (Praxilene) 600mg/ngày uống chia làm 3 lần
4. Nghỉ ngơi, thời gian nghỉ ngơi 5 ngày

## **I- TIỀN LƯỢNG: tốt nếu**

1. Niềm nhẹ
2. Niềm ổn định sớm
3. Không có dấu hiệu tiến triển
4. Niềm trở lại trong vòng 3 ngày sau khỏi bệnh
5. Không có các yếu tố nguy cơ mạch máu

# XÖÛTRÍ CHẢY MÁU MŨI

## I- NÏNH NGHÓA:

Chảy máu mũi là một bệnh lý cấp cứu do rất nhiều nguyên nhân khác nhau.

## II- NGUYÊN NHÂN:

### 1. Nguyên nhân tại chỗ

a. **Chấn thương:** thói quen ngoáy mũi là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của chảy máu mũi, tuy nhiên hầu hết đều có thể tự cầm, không đáng lo ngại nhờ chấn thương lặp trực tiếp vào mũi mỗi thức sởi nguy hiểm vì nó khi có thể gây nguy hại đến tính mạng người bệnh.

b. **Viêm nhiễm:** viêm mũi họng ho hấp trên, viêm xoang, dị ứng, các cuộc phẫu thuật cho thấy rằng những bệnh nhân bị viêm nhiễm tại phát thông xuyên thông dễ chảy máu mũi do nhiễm loại vi trùng tiết ra enzyme tiêu protein nhỏ: streptokinase, staphylokinase dẫn đến chảy máu mũi kéo dài, tái phát.

Chảy máu do hít phải hơi nóng: hít phải cocaine gây hủy hoại niêm mạc tại chỗ và thường vách ngăn dẫn đến chảy máu.

\* **Lech vách ngăn:** gây ảnh hưởng đến thông khí qua mũi dẫn đến niêm mạc mũi dễ bị khô và chảy máu, khi chảy bong ra gây chảy máu...

\* **Dò vạt:** Nếu một lần trẻ bị chảy máu hoặc chảy máu một bên mũi thì nên nghi ngờ dò vạt, dò vạt có thể là hơn bi, nứt áo, hoặc vạt xẹp nấc biệt dò vạt là con vạt (nấn) chẳng hạn, thông gặp ở vùng trung du, miền núi.

\* **U bướu:** gồm những tổn thương lành và ác tính vùng hoặc mũi.

- U máu vùng vách ngăn (Septal hemangioma)
- U tế bào ngoài mạch (hemangio pericytoma)
- U nhú (Papilloma)
- Ung thư nang tuyến (Adenoid cystic carcinoma)
- Ung thư tế bào vảy (Squamous cell carcinoma)
- Ung thư dạng tuyến (Adenocarcinoma)
- U hắc bào (Melanoma)

Những tổn thương trên ít gây chảy máu trầm trọng trừ u xơ vòm (Juvenile angiofibroma) có thể gây chảy máu nhiều, loại này phải bóc bỏ nên khi bệnh nhân lớn tuổi trẻ trai với biểu hiện lâm sàng sưng mũi và chảy máu mũi.

\* **Phình mạch (Aneurysms):** trước kia hiếm khi xảy ra, tuy nhiên vẫn gặp những phình mạch ngoài màng cứng (Extradural) hoặc xoang hang (Cavernous sinus), hiện nay chúng ta gặp nhiều do tỷ lệ chấn thương nặng nhiều nên khi cũng gây thủng hoặc lõm hệ dẫn tính mạng bệnh nhân.

\* **Chui mũi**

Nếu khai thác tiền sử thì có thể nhận thấy chi tiết về bệnh nhân có chấn thương sọ não, mổ sọ não, chấn thương mắt... hoặc trên bệnh nhân chấn thương não có kèm theo bị một bên, liệt các dây thần kinh số II, IV, V, VI. Việc nhiều trò chơi kết hợp ngoài thần kinh.

### 2. Nguyên nhân toàn thân:

A. **Cao huyết áp do xơ mạch (Arteriosclerosis Hypertension):** thông gặp ở người lớn tuổi, chảy máu từ phần sau mắt mang nguyên nhân trên võng mạc giải thích là lớp ab có cấu trúc thành mỏng mạch nhỏ mỏng mạch sang, mỏng mạch ham bị thay thế bởi dạng sợi và collagen kết hợp với calci hóa -> làm cho thành mạch yếu rất dễ gây hẹp lòng mạch cao huyết áp -> gây chảy máu.

B. **Beñh lyù và quá trình ñoàng máu:**

- Ít khi gây chảy máu mắt, tuy vậy cũng có thể gây ra các biến chứng về bệnh lý này liên quan đến chảy máu mắt.
- Khiếm khuyết yếu tố ñoàng máu (yếu tố VIII) gặp trong Hemophilia hoặc Von-Willebrand (Von-Willebrand's disease) bệnh tan sỏi huyết...
- Do ung thư máu (Leukemia), u tủy (Myeloma)...
- Những bệnh lý không phải do u tân sinh như thiếu máu bất sản (aplastic anemia).
- Xuất huyết giảm tiểu cầu: tại phòng cấp cứu BVCR chúng tôi gặp những trường hợp tiểu cầu chỉ còn 15000-25000, gây xuất huyết não và chảy máu mắt.
- Do thuốc: gồm các thuốc ức chế cyclo-oxygenase (như aspirin...), thuốc liên quan đến vitamin K (Coumarin) hoặc về Heparin nếu ảnh hưởng đến quá trình chuyển Prothrombin -> thrombin.

C. **Beñh ñaãn mạch xuất huyết di truyền:**

Như bệnh Osler-Weber-Rendu, bệnh lý do ñoàng hợp trở nên là có sỏi bất thường dưới biểu bì lòng mạch máu, thông thường xuất hiện ở da, niêm mạc miệng, đại dương, nails, phổi, đôi mắt có thể gây xuất huyết mắt, rất nguy hiểm.

D. **Chảy máu do nguyên nhân nội tiết nhỏ:** suy gan, suy thận hoặc rối loạn kinh nguyệt chẳng hạn, thối tại khoa chúng tôi vẫn gặp những trường hợp rối loạn kinh nguyệt trung thời gian mô xoang những bệnh nhân không báo, gây chảy máu nhiều sau mổ.

E. **Chảy máu mắt không rõ nguyên nhân:** chỉ 10% bệnh nhân chảy máu mắt không rõ nguyên nhân rõ rệt.

Chúng tôi phân A, B, C là nhóm nguyên nhân dựa trên mức độ trầm trọng khác nhau.

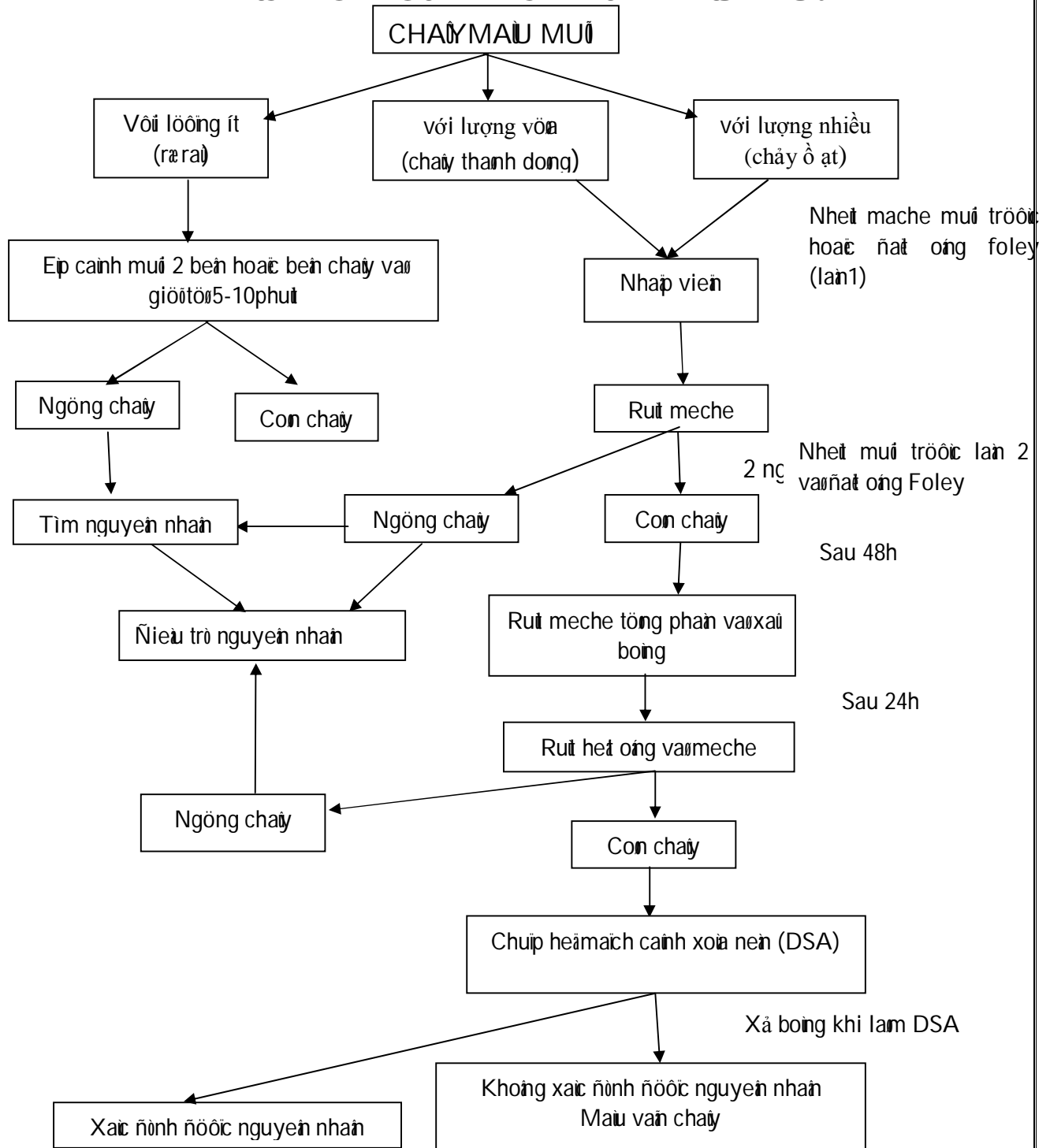
- Nhóm A gồm: Tất cả các bệnh nhân trên chảy máu mắt khi có khi không và có thể tái phát, có thể cảm nhận và không cần nhập viện.
- Nhóm B: bao gồm hầu hết những bệnh nhân trên mắt không thể tái phát mắt nếu tái phát phải nhập viện.
- Nhóm C: những trường hợp nặng bao gồm chủ yếu những bệnh nhân bị chấn thương nặng vùng mắt hoặc liên quan đến mạch gây xuất huyết do di truyền, cao huyết áp (hiếm hơn).
- Thối tại BV Chối Raỹ những chấn thương nặng thông thường do tai nạn giao thông, ñặc biệt những cas bị chấn thương trước ñó từ 5 - 7 ngày nay ñó nhiều chảy máu lại và những tổn thương của ñoàng mạch nhỏ: phình ñoàng mạch ham trong bì võ (chiếm > 60%), tổn thương ñoàng mạch cảnh trong, ñoàng mạch cảnh trong - xoang hang ñó có thể gây tử vong cho bệnh nhân.

I- **XÖÜTRÍ:**

**Khi nhập viện:**

- Việc rửa tiêu: cầm máu thông thường lau hết meches máu trước và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn nhỏ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
  - Sau đó làm mọi xét nghiệm cần thiết về máu, từ đây bác sĩ có thông tin ban đầu về tình trạng máu mất thông qua các số Hematocrit, HA...
  - Buồn nôn và nôn giảm giải cần thiết, kháng sinh đời phòng và giảm đau ....
  - Hai ngày sau (48 giờ) hết meches):
    - + Meches phải được rút ra, việc rút meches có thể tiến hành cả buổi (2 – 4 tiếng) nếu tránh tình trạng chảy máu do rách niêm mạc ruột do rút ruột ngoài.
    - + Kháng sinh đời phòng trong giai đoạn này thông thường là những loại thông thường nhóm Beta-lactam (ampicillin, Amoxicillin...) cho các loại vi khuẩn Gram (+), hoặc nhóm Aminoglycoside (Gentamycin, Nebcin...) ngoài ra còn có thể dùng các thuốc giảm đau như Acetaminophen (paracetamol, Efferalgan..).
    - + Nếu còn chảy sau rút meches, thì việc rửa tiêu phải hết meches lại (lần 2) có hoặc không kết hợp với đặt ống Foley, tùy thuộc vào mức độ chảy máu.
    - + Nếu không chảy lại thì việc khám bằng nội soi ở thời điểm thích hợp phải được tiến hành nhằm tìm nguyên nhân.
- Hai ngày sau rút meches và xả một phần trong ống foley, sau 24 giờ nếu rút hết (các meches trước và ống foley)
- Việc dùng kháng sinh, giảm đau tiếp tục nhỏ những ngày rửa tiêu trở lại khi có phát sinh nhỏ bệnh nhân kháng thuốc hoặc không giảm đau.
  - Truyền máu phải được tính đến dựa trên các chỉ số của xét nghiệm này cho thông thường khi các số Hematocrit (Hct) < 20% lau cần truyền máu, việc truyền máu phải được hỏi chẩn với chuyên khoa huyết học, thông thường mất máu nhiều sau chẩn thông thì cần truyền máu tối đa cùng loại, trong những thiếu máu mãn (kéo dài, từ từ) thì cần truyền hồng cầu lạnh để tránh tình trạng kháng thể trong các thành phần máu chúng ta nhận thấy rằng ở những trường hợp có tiền sử chẩn thông rất cần phải được lưu ý vì có thể chảy máu rất bất cứ lúc nào.
  - Nếu còn chảy thì việc hết lại (lần 3) và đặt ống foley lau cần thiết để tránh tình trạng mất thêm máu, trên thời kỳ ở giai đoạn này thông thường là máu ngừng chảy trong hầu hết trường hợp không có chảy lại thì thông thường những trường hợp chảy nhiều và thậm chí chảy rất.
  - Việc chụp mạch xoắn nên (DSA) nếu chẩn đoán nguyên nhân và nếu chảy lại và cũng cần thiết trong lúc nâng chảy máu và việc chụp mạch có thể có 2 kết quả sau:
    - + Phát hiện ra nếu chảy máu: Các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh sẽ thực hiện công việc này, lúc này y lệnh sẽ làm tắc mạch hoặc chèn vào bất thông mà bác sĩ tại mũi hồng phải thực hiện tiếp theo nhờ một thiết bị thông mạch sang hoặc thay thế... hoặc phải phối hợp với chuyên khoa khác cùng giải quyết nhờ khoa phẫu thuật ham mật, ngoài thần kinh, huyết học...
    - + Không tìm ra nguyên nhân mà máu vẫn chảy thì việc tắt mạch phải được tiến hành theo thời điểm sau:
      1. Tắt động mạch ham trong (nếu các trường hợp từ 60% trở lên)
      2. Tắt động mạch sang trước
      3. Tắt động mạch cảnh ngoài
      4. Tắt động mạch cảnh chung

# PHÁC NẪU XỬ LÝ CHẢY MÁU MŨI



1. Làm tác nghein chọn lọc.
2. Thất năng mạch qua nôngng mô ngoài.

# BIẾN CHỜNG NỘI SỞI ĐO TAI

## I. ĐẶC ƯƠNG:

Lạc sỏi lan truyền của nhiễm trùng ra khỏi khoang thông bao và niêm mạc của xương chũm và tai giữa vào nội sọ.

## II. TRIỆU CHỜNG LÂM SANG - CẢM LÂM SANG & CÁC THE LÂM SANG:

### + Triệu chứng ô tai

- Viêm xương chũm cấp.
- Viêm tai xương chũm mãn tính hoặc viêm (có thể có cholesteatome)

### + Hội chứng nhiễm trùng

- Sốt cao, mất khối lồi đỏ, tiêu ít.
- Bạch cầu tăng cao, chủ yếu là ưa nhân trung tính.

### 1. Viêm màng não

- Tam chứng màng não : Nhức đầu, nôn mửa, táo bón.
- Đau màng não:
  - Co giật, Kernig (+), Brudzinkí (+), đau vạch màng não (+)
  - Bệnh nhân nằm tỏ thể ác cảm, sôi sục nóng, tăng cảm giác đau.
- Dịch não tủy: Áp lực tăng, màu đục, nằm tầng, nồng giảm, tế bào tăng, nhạt lơ lửng nhân trung tính.

### 2. Abscess ngoài màng cứng

Thông thường có triệu chứng đặc hiệu và được phát hiện trong lúc mổ

### 3. Abscess não

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ:
  - Đau đầu, nôn ói, tinh thần trì trệ
  - Mạch chậm
  - Phù gai thò.
- Hội chứng thần kinh khu trú
  - Mặt ngoài kiểu Wernicke
  - Liệt VII nửa bên, liệt 1 hoặc 2 chi nửa bên.
  - Tăng phản xạ gân xương, Babinski (+)
- CT.Scan:
  - Xác định vị trí, kích thước của ổ abscess

### 4. Abscess tiểu não

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ:
  - Đau đầu, nôn ói, tinh thần trì trệ
  - Mạch chậm
  - Phù gai thò.
- Hội chứng thần kinh khu trú
  - Mặt thẳng băng, quai mắt, mắt nóng vẩn, mắt liên nhãn, rung hữu yú . .
  - Chóng mặt, nóng mắt nặng về bên bệnh
  - Phản xạ Babinski (+)

- CT.Scan: xác định vị trí, kích thước của ổ abscess

### 5. Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên

- Sốt cao, kèm theo cơn lạnh run.
- Ấn bờ sau xương chũm: bệnh nhân đau chói (Griesinger's sign).
- Quay cổ khó khăn.
- Vung máng cánh sừng vảy nến.
- Caáy máu (+).
- CT.Scan, MRI

### 6. Thủy thũng màng não

- Phụng gai
- Liệt VI cung bên.
- Dịch não tủy: áp lực tăng rất nhiều những bình thường về mặt sinh hóa, teo bào và vi trung.

### 7. Abscess đôi màng cứng

- Khiếm khuyết về thần kinh kiểu kích thích, co giật.
- Tăng áp lực nội sọ.
- CT.Scan. MRI.

## 3. NIEU TRÒ

### 3.1. Nieu trò ngoại khoa

- Khoét rộng não chũm toàn phần môi trường, não hở da sau tai. Chẩn hình vành tai – ống tai và khâu da sau tai thì 2 khi làm sang ổn định và hoá mô lành mô lành tốt.
- Các ổ abscess ngoài: phối hợp với chuyên khoa ngoại thần kinh:
  - Tiếp cận ổ abscess: hút rửa, dẫn lưu.
  - Khi bệnh nhân tổng thể ổn định, KRNC môi trường lấy sạch bệnh tích.
- Thất tĩnh mạch cảnh trong nếu cần.

### 3.2. Nieu trò nội khoa

#### a. Kháng sinh: đưa vào kháng sinh não

- Trước khi có kết quả kháng sinh não:

Metronidazol (Servizol 0,5g/100ml): 1chai x 2-3 lần /24giờ + Gentamycine 0,08g/2ml -Trị em: 20-40mg/10kg /24giờ -Ngồi lòn: 1-2 ống /24giờ	Cefuroxime (Viciroxim 1,5g; Zinacef 0,75g...): -Trị em: 30mg-100mg/kg/ x 3lần/24 giờ (Tiêm TM) -Ngồi lòn: 0,75g x 2-3 lần/24giờ (Tiêm TM)
	hoặc: Cefotaxime (Shintaxime 1g; Opetaxime 1g...) -Trị em: 150-200 mg/kg/24 giờ (Tiêm TM) -Ngồi lòn: 1-3g x 2-4 lần /24giờ (Tiêm TM)
	hoặc: <b>-Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone</b> +Trị em: 25-150mg/kg/ngay + Ngồi lòn: 1g -2g x 2-3lần / ngày

- Sau khi kết quả kháng sinh nào nào kháng sinh thích hợp theo kháng sinh nào

**b. Chống tăng áp lực não**

- Thở oxy
- Manitol 20% x 250ml TTM nhanh (hoặc glucose 30%).
- Corticoid (Solumedrol 40mg/ống, Depersolone 30mg/ống) duy trì trong 4 ngày.

**c. Giảm triệu chứng**

- Giảm đau, hạ sốt:
  - Paracetamol: 30 -40mg/kg/24giờ có thể sử dụng dưới dạng:
    - + TTM: Perfalgan 10mg/ml x 100ml
    - + Nhai hoặc : Dafalgan 0,5g : 3-4 ngày.
    - + Uống: Acemol, Paracetamol, Panadol, Efferalgan
- Bù nước và điện giải:
  - Lactate Ringer 500ml TTM.
  - Glucose 5% 500ml TTM

**d. Theo dõi dịch não tủy:**

Dịch não tủy nào theo dõi mỗi 2 ngày, 4 ngày, 6 ngày cho đến khi kết quả dịch não tủy trở về bình thường.

# CHẨN THƯỜNG MŨI XOANG

## 1. MÔ HÌNH

Chẩn đoán thường làm vô khuẩn chính mũi và xoang hàm trên.

## 2. TRIỆU CHỨNG VÀ THEO LÂM SANG

### 2.1. Giảm xoang chính mũi

- Thập mũi biến dạng.
- Sổ mũi chảy liên tục và lâu.
- Có đờm loãng xoang và có mùi hôi da.
- Viêm màng trong xoang mũi.

### 2.2. Vô khuẩn xoang

- Mũi sưng biến dạng, kết mạc mắt xuất huyết.
- Có đờm ở mắt mũi liên tục, sưng xoang mũi liên tục, đôi khi có đờm trên khí quản da.
- Trước bệnh nhân vô khuẩn xoang mũi phải khám kỹ thính giác, van nhĩ, khớp cắn.

## 3. CHẨN LÂM SANG

- **Chụp mũi nghiêng** trong trường hợp nghi ngờ giảm xoang chính mũi: xoang chính mũi bị mũi liên tục và lệch.
- **Chụp Blondeau và Hirtz ngược**: thấy mũi liên tục có đờm ở mắt, thấy xoang xoang mũi cũng Zygoma.
- **Chụp CT Scan** nếu cần

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Điều trị nội khoa

- Cho bệnh nhân nằm đầu cao.
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng, 1 trong các loại sau: Cephaclosporine thế hệ II hoặc III (Cefadroxil, Cefuroxim, Ceclor...)
- Giảm đau: Paracetamol 60mg / kg / ngày.
- Chống phù nề: Loại enzym 1-2 viên x3 lần/ ngày (Serratio peptidase, Lysozym, Alpha-Chymo trypsine)

### 4.2. Ngoại khoa

- **Giảm xoang chính mũi:**
  - Nâng xoang chính mũi nếu mũi lệch nhiều và thập mũi ít sưng nề
  - Loại trừ mũi vách ngăn. Nếu có phải rạch da lâu tránh áp xe vách ngăn sau này.
  - Nếu thập mũi sưng nề nhiều: điều trị nội khoa 3 ngày, tái khám và sẽ nâng xoang chính mũi nếu cần thiết.
  - Cho bệnh nhân nằm đầu cao.
  - Tái khám sau 1 – 2 tuần, sau đó 1 – 2 tháng.
- **Giảm xoang xoang**
  - Giảm mũi lệch nặng không phải phẫu thuật: nâng xoang xoang mũi bằng mũi Ginestet sớm.

- Giảm coiled tích những phức tạp, phụ thuộc nhiều: nhiều trò nội khoa và phẫu thuật chỉnh hình xương gò má bằng phương pháp kết hợp xương căng sụn căng tốt.
- Giảm xương gò má không di lệch hoặc chỉ di lệch ít: nhiều trò nội khoa.

#### 4.3. Nhiễm trùng sau mổ

- Nằm ngửa cao.
- Kháng sinh toàn thân, phổ rộng, loại tiêm: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim, Viciroxim...)
- Giảm đau: Paracetamol 60mg / kg / ngày.
- Kháng viêm, chống phù nề trong 3 – 4 ngày.

Depersolone 30mg, 1 ống x 2/ngày (TMC) hoặc Solumedrol 40mg, 1 ống x 2/ngày (TMC)

- Hoặc dùng loại enzym nhỏ: 1-2 viên x 3 lần/ngày (Serratio peptidase, Alphachymotrypsin, Lysozym)
- Chọc xoang hay hút máu tủy trong xoang qua nội soi nếu cần thiết.
- Chụp lại X quang sau 4 tuần.

# VÔIXOANG TRAIN

## I- ĐẠI CƯƠNG:

- Vôixoang train xảy ra do một chấn thương mạnh vào vùng train làm vôixông thanh trước hoặc thanh sau xoang train.
- Chấn thương xoang train chiếm 5 – 15% trong tổng các chấn thương mặt (May, 1970; Mcgraw-Wall, 1998; Gerbino 2000). Tỷ lệ chấn thương lao 9 trường hợp trên 100.000 người lớn (Wirgh 1992).
- Tuy nhiên do vùng train tạo nên 1 phần của hộp sọ nên tỷ lệ tử vong do toàn thương ở vùng này cao hơn những chấn thương mặt khác. Nó sáng yên nhận của các chấn thương này lao do tại nơi giao thông vào do lành nhau.

## II. TIÊU CHUẨN CHẨN NÓAN:

### 1. Tiêu chuẩn lâm sàng:

#### - **Khám toàn diện:**

Vôixoang train phải nhớ xem nhỡ chấn thương nào. Nó sáng yên nhận này lao nơi nhận của tại nơi giao thông với nhiều thông toàn nơi hỏi phải nhớ khám và nhận giải toan diện bởi 1 nơi người chuyên khoa. Những phát triển xử trí chấn thương chuẩn nhận mạnh trên việc nằm bất động thời hoà hợp, tuần hoàn, hệ thần kinh trung ương và cơ sống. Bất cứ thông toàn nào nên đưa tính mạng bệnh nhân cần phải nhớ xem xét trước khi lành giải vôixoang. Các toàn thông ngực, bụng, tủy chi ít khi phối hợp với toàn thông nào mặt những cũng không nên bỏ sót, khám lâm sàng và nhiều trò thích hợp cũng phải lành giải theo thời điểm.

#### - **Khám các dấu hiệu của vôixoang train:**

+ Sờng vùng train: lao 1 trong những dấu hiệu nghi nên toàn thông xoang train bên dưới. Tuy nhiên nếu sờng mô mềm hoặc túi máu nhiều có thể che lấp dấu hiệu vôixông bên dưới.

+ Lõm vùng train: chõng tõi vôixoang train di lệch nhiều. Phải hoặc túi máu sẽ tan biến sau vài ngày giúp lành giải chính xác hơn.

+ Rạch da train: những trường hợp rạch da train cần phải nhớ khám trong nhiều kiến và trung nên lành giải tính nguyên vẹn của thanh trước, thanh sau và mang công.

+ Dấu hiệu gây xõng chính mũi: sờn xõng mũi nên tìm dấu hiệu lao xõng và vôivũn. Vì vôixoang train cũng thông hay kết hợp với gây xõng mũi.

+ Chảy nước mũi: làm sạch và khám hoặc mũi tìm sợi hiện diện của dòng dịch nào tùy. Hỏi tất cả những bệnh nhân còn lành tại xem có sợi hiện diện của chảy nước mũi hoặc chảy dịch mắt ở phía sau mũi xuống họng không.

- Khám khõu giải: tìm các rối loạn khõu giải.

- Phân loại: rối loạn khõu giải có thể nhớ phân loại nhõ sau:

+ Anosmia: mất khõu

+ Partial anosmia: mất khõu giải 1 phần

+ Hypomia or microsmia: giảm khõu

+ Hyperosmia: tăng chõc năng khõu giải cấp bất thông

+ Dysosmia: (cacosmia or parosmia): loạn khõu giải. Meo mõi hoặc sai lạc cảm nhận khõu giải hoặc kích thích mũi.

- + Phantosmia: ảo khứu, cảm nhận rối loạn khứu giác trong trường hợp không có kích thích mùi.
- + Olfactory agnosia: mất khả năng nhận thức mùi.
- Về cơ chế xếp rối loạn khứu giác thành 3 nhóm lớn:
  - + Giảm dẫn truyền khứu giác: do tác nhân nông truyền đi qua mũi (thí dụ: sưng sống mũi, gãy vẹo vách ngăn, phù nề sung huyết, túi máu, sỏi thanh lập se bít, viêm xoang sau chẩm thông). Rối loạn chức năng dẫn truyền khứu giác có khả năng nhiều trở nên. Thông thường làm giảm phù nề niêm mạc, sửa chữa gãy chính mũi, làm giảm tác nhân dòng khí, hoặc nhiều trở nên viêm xoang có thể cải thiện khứu giác.
  - + Giảm tiếp nhận thần kinh: do phẫu thuật biểu mô thần kinh, tổn thương xơ rách các sợi thần kinh khứu giác, rách hạnh khốu. Sỏi trước cửa các tế bào thụ thể khứu giác đi các loạn hoứcủa mắt sang ở đây sỏi và khớp nối tiếp với hạnh khốu. Bật sỏi ra hoặc xé của sỏi trước trong quá trình chấn thương có thể chữa nên rối loạn khứu giác. Nhiều nay có thể xảy ra với võng mạc mắt (NOE), ảnh hưởng nên mắt sang hoặc do hiện tượng dịch chuyển nhanh chóng trong não thối phát sau 1 lúc hoặc một lúc một tạo ra bít chấn thương cùng ở đây.
  - + Giảm thần kinh khứu giác ở trung ương: tổn thương hệ thần kinh trung ương (thí dụ: dập não, xuất huyết não não biệt lập ở vùng hạnh khốu, thai đồng, ứ thủy tran...)

## **2. Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng:**

- X-quang: trước đây chụp x-quang thông thường là hình ảnh cô bản nên chẩn đoán võng xoang tran (May 1970). Chụp x-quang thông thường có thể phát hiện mô xoang tran và dấu hiệu mất liên tục xương. Tuy nhiên hình ảnh thông không rõ do nhiều nông net chồng lên nhau. Nhờ nông ở cửa thò nhận, nên nay cảm của phim x-quang qui ở cửa không cao (May 1970). Nhiều nay có thể chữa nên chẩn đoán không hết một nông lan rộng của toàn thông và cũng không giúp ích gì nữa biệt cho việc nhận giải một nông nằm trong cửa toàn thông thanh sau và không có giá trị gì trong việc chẩn đoán toàn thông ngoài tran (Harris 1978)

- Chụp CT scan: chụp CT scan là một nghiên cứu hình ảnh nông chọn lựa nên nhận giải võng xoang tran và vùng giữa mắt (Johnson 1984; Schatz 1984; Harris 1987), là tiêu chuẩn nên chẩn đoán võng xoang tran. Phim CT cung cấp các chi tiết võng non giải hay phóc tại cửa võng thanh trước, thanh sau của xoang tran cũng nhờ các võng khác của xương mắt. Những trường hợp di lệch ít hoặc di lệch nhiều cũng nhờ đó và nếu có thể phát hiện dạng. Chụp CT scan cung cấp thông tin tiết nhiều nông thời với võng mắt, mắt và các toàn thông nội sọ. Nên chụp cắt 2 thể coronal và axial cắt lớp mỏng 1,5 mm mắt. Các hình ảnh theo thể Axial phát hiện võ trí, nên nhận và một nông võng võng của võng xoang thanh trước và thanh sau.

Thể Coronal phát hiện võng của san ở mắt và san xoang tran.

## **II- NIEU TRÒ:**

### **1. Nieu trò nội khoa:**

Chẩn đoán: võng xoang tran không di lệch hoặc ít di lệch.

### **2. Nieu trò ngoại khoa:**

- Chẩn đoán: võng xoang tran có di lệch ảnh hưởng về thẩm mỹ hoặc có khả năng thanh lập u nhầy về sau.

- Các phương pháp nội trú ngoại khoa:
  - + Nếu chưa có nội thành trước thuốc phạm vi của bác sĩ tai mũi họng, phẫu thuật nhằm mức tích năng lại thành trước xoang và tái lập thông khí trong xoang.
  - + Nếu có nội thành sau, nội nội phải có sẵn can thiệp hoặc hỗ trợ của bác sĩ ngoài thần kinh. Nếu có rách màng cứng hoặc dòng dịch não tủy nội nội phải triệt tiêu xoang, bất tắc xoang trước hoặc sỏi nội xoang trước.

### **III- KẾT LUẬN:**

Vỡ xoang trước có khả năng nội kem nội thành nội sỏi nội nội tính mạng, biến dạng thính giác và khả năng nội biến chứng dòng dịch não tủy, viêm màng não, thanh lập u nhầy và sau. Mục tiêu nội biến chứng của vỡ xoang trước là chẩn đoán chính xác, năng chỉnh phần xương bị lõm, tái lập thông khí trong xoang trước, phục hồi lại nội nội nội khuôn mặt trước khi bị thông, tránh các biến chứng sớm và biến chứng lâu dài.

# VIÊM TAI GIỖA CẤP VẠN MÃN

## II- VIÊM TAI GIỖA CẤP:

### 1. Nhân nhó:

Nháy lạt tình trạng viêm nhiễm cấp tính nhiễm mạt tai giỗa, tiến triển trong khoảng 3 tuần với các triệu chứng tiêu biểu của một quá trình viêm cấp: sốt, ñầu tai, mang nhó ñổi bệnh hay gặp ñứt rệem.

Thống xảy ra sau viêm nhiễm mũi họng do virus vắrsốitac với Eustache lạt yếu toá gây viêm tai giỗa.

### 2. Tiêu chuẩn chẩn ñoan:

#### a. Tiêu chuẩn lâm sàng:

- Triệu chứng gõi yũ ñứt rệem nhũnhi rất ña dạng, khoảng rờirang, cóikhi chặ lạt kích thích, quáy khỏic, buikem hoặc bớibũi Cho ñeñ soi tai cóiheathống lạtcản thiết ñứt rệesố lạtnh run, triệu chứng tiêu hoặ, nhất lạt trong khung cảnh viêm mũi họng. Khám tai ñĩ trệinhỏikhỏivì óng tai nhỏithống tháy mang nhó viêm ñỏikhỏing rỏicác mớic giải phẫu
- Õĩtrệelỏn hỏn ñầu tai thõng kem theo sốt 38 – 38,5<sup>0</sup>C, trong bệnh cảnh viêm mũi họng vậhình ảnh mang nhó thõng thay ñỏĩ theo giai ñoan:
  - + Giai ñoan viêm tai xung huyết: mang nhó cóimạch máu ñỏinoỏĩ lạt ñĩ tởcản buiả toỏĩ ra xung quanh
  - + Giai ñoan viêm tai giỗa xuất tiết: mang nhó dầy, ñỏitoan bớĩ khỏitháy nhõng mớic giải phẫu
  - + Giai ñoan tũ mũi nhõng mớic giải phẫu khỏing tháy ñỏĩ, mang nhó phỏing chũiyếu trong ¼ sau ñỏĩ của mang nhó. Õĩgiai ñoan này cóitheatiến triển tởi nhệñ tởi thung nhó cháy mũira ngoỏĩ.
- Õĩngỏĩ lỏn thõng 1 bên, chẩn ñoan thõng ñeñ bệnh nhân ñầu tai mớĩ bên, theo mạch ñập, giảm thính lỏc, sốt > 38<sup>0</sup>C. Soi tai thõng tháy mang nhó ñỏĩ khỏing cói các mớic xõng con. Õĩgiai ñoan tũ mũitháy mang nhó phỏing phỏĩ sau ñỏĩ rỏĩ

#### b. Tiêu chuẩn cấn lâm sàng:

- Công thỏic máu tăng cao: chũiyếu lạtbach cầũ ña nhân trung tính
- X-quang: schuller 2 tai cóitheacỏĩhình ảnh mớixõng thõng bắ xõng chũim
- Láy dịch tai giỗa cắy mũivậphản lậ vi trung
- Vi trung thõng lạtvi trung của vòm mũi họng: Haemophilus Influenza, Streptococcus Pneumoniae, Pseudomonas Aeruginosa, Moraxella Catarhalis. Ngoỏĩ ra con gặp: streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans, Staphylococcus Aureus.
- Thính lỏc ñỏĩ ñệc ñản truyeñ ñỏĩ hoặc II
- Chũp CT scan, MRI trong trõng hỏp nghi ngỏicỏĩbệñ chõng ñỏĩ soi

### 3. Chế ñnh ñieũ trỏ:

#### a. Ñieũ trỏ ñỏĩ khoa:

- Khỏing sinh toan thậ:Cephalosporin theáheathỏũII, III (Cefuroxim, Cefpodoxim, Cetamet,...) trong 10 ngày ñeñ 14 ngày
- Augementin: Ngỏĩ lỏn 1g, 2 lạt/ngày. Trệem 50mg/kg cấn ñảng/ngày

Cefuroxim: Ngỗii lờn 500mg, 2 lần/ngay trong 2 tuần. Treiem 250mg, 2 lần/ngay trong 2 tuần

Ciproloxacin: Ngỗii lờn 500mg, 2 lần/ngay. Không dung Cephalosporin cho treiem đỏi 15 tuỏi

- Ngoỏi ra con dung kem theo nhĩng thuốc chĩa trieu chĩng nhĩ: giảm sốt, giảm ỉau. Mỏ sỏtrĩng hĩp phỏi dung corticoid
- Trong trĩng hĩp ỉau nhiều, dung thuốc nhỏtai giảm ỉau tại chĩnhĩ Otypax, nhất làtrong nhĩng trĩng hĩp viĩm mang nhỏ bĩng nõĩc hoĩc xung huyết mang nhỏ cấp
- Trong viĩm tai giĩa cấp do Pyocyanique, nhất làtreidỏi 3 thang cũn nhỏp viĩn, khĩng sinh tĩnh mĩch (Cephalosporin nhĩ: Vicroxim, Ceftazidine).
- Tiĩn triĩn thĩng thuĩn lĩi khi cũn nhiều trĩ ỉuĩng. Trieu chĩng cũi thiĩn sau 4 ngày, mang nhỏ trĩveĩbĩnh thĩng sau 8 ngày
- Khi khĩng nõĩc ỉuĩn trĩ cũthĩcũbiĩn chĩng nhĩ: viĩm xĩng chũm cấp, liĩt mỏt, viĩm meĩnhĩ, viĩm mang nõĩ, abces nõĩ

#### **b. Ỉuĩn trĩ ngoỏi khoa:**

- Rỏch mang nhỏ hiĩn nay ít dung do khĩng sinh tỏ cũthĩcũkhĩng chĩa nõĩc bĩnh, chĩa ỉĩnh cho trĩng hĩp khĩng ỉuĩn trĩ vĩi khĩng sinh hay viĩm tai giĩa cấp biĩn chĩng (bĩnh cũn viĩm nhiĩm nõĩng, viĩm xĩng chũm, viĩm mang nõĩ, liĩt mỏt) hoĩc trĩ dỏi 3 thang. Rỏch mang nhỏ ỏĩ ¼ sau đỏi cũa mang nhỏ mĩc ỉĩch đỏn lĩu mĩi vaĩ cũy mĩi
- Khoĩ xĩng chũm: nõĩc thĩc hiĩn trong trĩng hĩp biĩn chĩng vaĩkhĩng nhỏp ỏĩng vĩi khĩng sinh

### **III- VIĨM TAI GIĨA MỏN TĨNH:**

#### **1. Nĩnh nghĩa:**

Viĩm tai giĩa mỏn nõĩc xem nhĩ tĩnh trĩng viĩm niĩm mỏc tai giĩa trĩn 3 thang.

Bao gồm nhiều theĩlỏm sang, hay gặp nhất làviĩm tai giĩa mỏn mang nhỏ hĩi

#### **2. Tiĩu chũn cũn nõĩn:**

##### **a. Tiĩu chũn lỏm sang:**

- Bĩnh sốt
- + Bĩnh nhỏn thĩng cũtiĩn sỏiviĩm tai giĩa cấp, cũy mĩitai tại ỉĩ tai lỏi hoĩc cũĩ đỏi, cũthĩcũ cũtiĩn cũn cũn thĩng.
- + Khĩng sốt, khĩng ỉau trĩtrĩng hĩp hoĩ viĩm vaĩbiĩn chĩng
- + Nghe kem bĩn tai bĩnh
- Khỏm tai: ỏĩng tai ngoỏi cũthĩcũbĩnh thĩng hoĩc viĩm tỏy nõĩ polype ỏĩng tai cũthĩcũ cũy mĩi mĩi nhỏy trong VTGM nhỏy, cũch trong lỏĩng trong VTGM xuất tiĩt, hay mĩi hoĩ thỏĩ trong VTGM cholesteatome
- Khỏm mang nhỏ: nếu cũĩlỏĩ thĩng cũn ỉĩnh giảmỏĩ nõĩn nõĩng nhiĩ cũa thĩng nhỏ; cũn rỏ hoĩc sỏĩ rỏ, thĩng mang cũĩng hoĩc mang trung.
- Khỏm hỏm nhỏ: ỉĩnh giảm niĩm mỏc hỏm nhỏ, viĩm, polype, cũĩ xĩng cũn.
- Tĩm bĩnh lĩyngũyĩn nhỏn tỏĩ mĩi xoĩng hoĩc hỏm mĩi hĩng

##### **b. Tiĩu chũn cũn lỏm sang:**

- X-quang schuller 2 tai: cũĩhĩnh ỏĩnh mỏĩteĩbỏĩ xĩng chũm bĩn bĩnh, hĩnh ỏĩnh hũy xĩng hoĩc hĩnh ỏĩnh cholesteatome trong VTGM Cholestea-tome

- CT scan: chụp CT scan trong ổ trung nhĩ VTGM không gặp ổ viêm ở ngoài ổ, có thể cholesteatome, biến chứng
- MRI: chụp MRI trong ổ trung nhĩ nghi ngờ có biến chứng ngoài ổ
- Thính lực ngoài ổ dẫn truyền. Nếu > 30dB có thể tổn thương chuỗi xương con, nếu có viêm ngoài ổ thì cần nghĩ đến bệnh ngoài tai lan rộng và hủy màng nhĩ
- Vi trùng: VTGM ngoài ổ trung nhĩ thông thường cần cấy nuôi cấy ổ trung nhĩ có biến chứng. Vi trùng thường gặp Haemophilus Influenza, Streptococcus Pneumoniae, Pseudomonas, Moraxella Catarrhalis

### **3. Biến chứng:**

- Xuất ngoài
- Liệt VII mang nhĩ
- Viêm màng nhĩ
- Abscess não, tiểu não
- Viêm xoang tĩnh mạch bên, nhiễm trùng huyết

### **4. Nhiễm trùng:**

#### **a. Nhiễm trùng ngoài ổ:**

- Nhiễm trùng tại chỗ liên quan trọng: hút rửa tai, nhỏ tai loại kháng sinh diệt v khuẩn Gr (-) và Gr (+): Polydexa, Ciplox
- Kháng sinh toàn thân: kháng sinh uống hoặc chích hơi Cephalosporin hoặc Quinolone như: Zinnat (Cefuroxim) uống 500mg, 2 lần/ngày trong 2 tuần. Treiem 250mg, 2 lần/ngày. Ciprobay uống 500mg, 2 lần/ngày. Không dùng Quinolone cho trẻ em dưới 15 tuổi

#### **b. Nhiễm trùng ngoài ổ:**

VTGM thông nhĩ ngoài ổ trung nhĩ, VTGM ngoài ổ trung nhĩ với nhiễm trùng ngoài ổ cần phẫu thuật.

# DÒ VẬT TAI

## 1. NHIỆM VỤ

Dò vật tai là vật rơi vào trong ống tai hay hòm nhĩ thông gặp ở trẻ em hôn mê hoặc hôn.

## 2. PHÂN LOẠI

### 2.1. Dò vật vô cơ hay hữu cơ

Hạt lúa, cúc bông ...

### 2.2. Dò vật sống

- Côn trùng : gây ra triệu chứng khó chịu như tiếng sột soạt, ngứa, chóng mặt.
- Dò vật có thể ở trong tai ngoài hay hòm nhĩ.

## 3. NHIỆM VỤ

- Dò vật vô cơ hay hữu cơ :
  - Bơm nước lấy ra.
  - Lấy dò vật bằng curette phù hợp.
- Dò vật sống: Nên cho thuốc tê tai chôn hay glycerine bôi để 10' cho côn trùng chết ngất, sau đó lấy ra bằng kẹp khuy. Nếu bệnh nhân không hợp tác: gây mê để lấy dò vật ra.
- Nếu dò vật trong hòm nhĩ hay ống tai ngoài phải dùng thuốc kháng sinh qua màng nhĩ nếu cần.
- Nếu sau khi lấy dò vật không làm thông ống tai, màng nhĩ, không có nguy cơ nhiễm trùng thì không cần dùng thuốc.
- Nếu có dấu hiệu hay nguy cơ nhiễm trùng nên sử dụng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

Kháng sinh (1 trong các loại sau)	-Augtipha 20mg-50mg/kg/ngày -Cefuroxim 25mg-100mg/kg/ngày -Dalacin, Neotacin, Neumomicid -Rovamycin 3M 1x2 lần/ngày
Kháng viêm	-Steroide (Prednisolon 5mg, Medrol 16mg...) hoặc Non-steroide (Alaxan, Zycl100mg...) 1-2v x 2 lần/ngày Enzyme (alphachymotrypsin, Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày
Giảm đau	Paracetamol 30mg-40mg/kg/ngày

# **ĐIỀU TRỊ TỤ DỊCH VÀNH TAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHỌC HÚT – KHÂU ÉP**

## **I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Tụ dịch vành tai là một bệnh lành tính, tự phát, không thường gặp. Biểu hiện lâm sàng điển hình là khối nang giả được tạo lập dưới màng sụn tròn, trơn, không viêm, không triệu chứng, thường gặp ở mặt trước vành tai. Kích thước khối tụ dịch thay đổi khoảng 1 đến 5cm, bên trong chứa dịch ánh vàng hoặc đỏ nâu.

## **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:**

Chẩn đoán bệnh dựa vào các đặc điểm: khối sưng, mềm vùng mặt trước vành tai kích thước lớn hơn 1cm, khi chọc hút ra dịch vàng trong hoặc đỏ nâu.

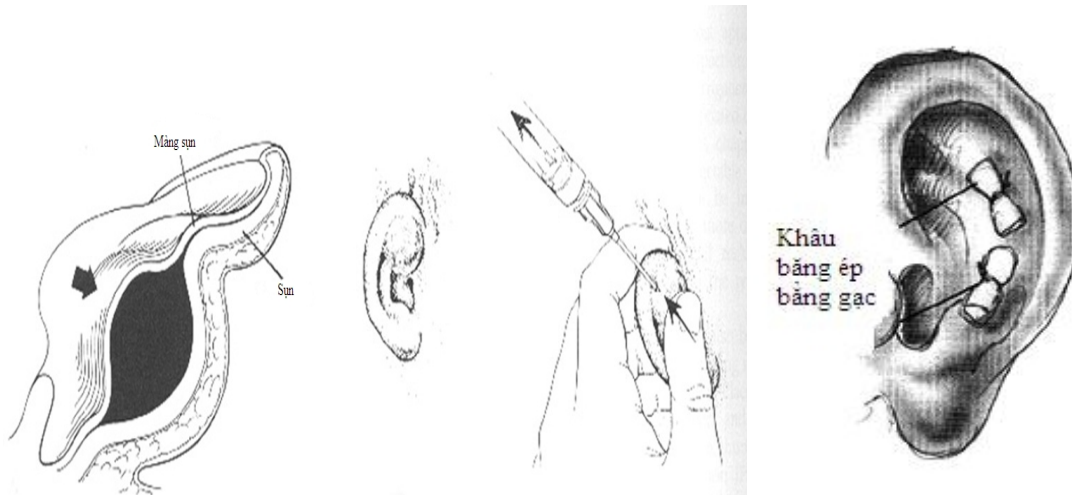
## **III. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN :**

- Toàn bộ đều là nam giới, chiếm tỷ lệ 100%. Các nghiên cứu khác từ nước ngoài chiếm 90 – 93 %. Câu hỏi đưa ra là, về cơ chế bệnh sinh phải chăng có mối liên hệ giữa giới tính với bệnh tụ dịch vành tai.
- Bệnh thường gặp ở những thanh niên khỏe mạnh, lứa tuổi 26 – 45 tuổi chiếm trên 80%. Đây là độ tuổi lao động nên có nhiều khả năng vành tai bị va chạm nhiều dẫn đến bệnh lý.
- Thời gian ủ bệnh thường gặp nhất là từ 1 tuần đến 4 tuần. Không có trường hợp nào dưới 1 tuần. Điều này cho thấy bệnh nhân thường chỉ phát hiện khi khối tụ dịch đã lớn. Do triệu chứng của bệnh nghèo nàn nên người bệnh không chú ý.

## **IV. ĐIỀU TRỊ :**

- Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay sang 1 bên, hướng tai bệnh lên trần.
- Sát trùng da bằng dung dịch Betadine, trải khăn vô khuẩn, tê tại chỗ 2 mặt da vành tai bằng lidocain 2%.
- Dùng bơm tiêm 10ml có kim số 18 chọc hút khối tụ dịch.
- Dùng tai ép chặt 2 mặt da vành tai nơi chọc hút bằng gạc.
- Khâu bằng chỉ Nylon 4.0 xuyên qua vành tai, vành tai ở giữa và gạc cuộn tròn được cố định bằng chỉ khâu ở mặt trước và sau vành tai. Khâu 1 đến 3 mũi tùy kích thước khối tụ dịch.
- Thuốc sau thủ thuật:
  - Kháng sinh : + Ciprofloxacin 0.5g  
+ Cefuroxim 250mg  
+ Claminat 625mg
  - Giảm đau : Acetaminophen 500mg
  - Kháng viêm : Alphachymotrypsin
- Bệnh nhân được điều trị ngoại trú, không cần nằm viện. Chăm sóc như 1 trường hợp tiểu phẫu thông thường: thay băng ngoài mỗi ngày, khám lại sau 3 ngày, cắt chỉ sau 1 tuần.
- Người bệnh được theo dõi sau 10 ngày, 1 tháng, 3 tháng.

- Hình minh họa:



### **V. CHĂM SÓC:**

Bệnh nhân chỉ cần giữ vành tai khô sạch. Vết thương không đau lắm vì đã dùng thuốc. Có thể sinh hoạt bình thường, không phải nằm viện. Gạc cuộn và chỉ khâu nằm sát gọn 2 mặt vành tai, dễ chịu, thẩm mỹ hơn so với băng ép, không cản trở sinh hoạt hằng ngày.

### **VI. TIÊN LƯỢNG :**

- Tiêu chuẩn khỏi bệnh: Sau cắt chỉ khâu, vùng tụ dịch xẹp, không dấu viêm nhiễm tại chỗ, hình dáng vành tai bên ngoài bình thường (so sánh với tai không bệnh)
- Tiêu chuẩn tái phát: Khối tụ dịch xẹp 1 phần, không xẹp (như ban đầu) (so sánh với bên bệnh).
- Biến chứng: nhiễm trùng tại chỗ, viêm màng sụn, viêm sụn vành tai.

# XOP XÔ TAI

## I. ÑAI CÖNG:

### 1. Ñinh nghóa

Xop xô tai là tình trạng tổn thương ôi bao xöng meñaio vaixöng con gay nên ñieät taäng ñan do söi cöng ñính töttöixöng ban ñाप vaö cöia söibaü ñuc.

### 2. Oaxop xô tai

- Thöông gap öivung cöia söibaü ñuc, cöc tröôc vung khöip ban ñाप tieñ ñinh.
- Coitheágap : uinhöi öng Fallope, long bao xöng meñaio.
- Hiem gap öivung cöia söitron.

### 3. Dich teáhoäc

- Yeäu toágia ñinh vaödi truyen.
- Nöi> nam.
- Lien quan thai kyä
- Thöông gap öilöia tuöi 20 – 30.

## II. TRIEU CHÖNG LAM SANG – CAN LAM SANG:

- 90% khöng coibieäu hiem lam sang.
- 10% bieäu hiem lam sang:

### 1. Ñieät

- 80% ñieät ñan truyen coañieñ, theätai giöä.
- 5% ñieät tiep ñhan ñôn thuàn, type tai trong
- Ñieät tieñ trieñ töttöy luic ñau 1 tai sau ñoicoitheáöücaü2 tai.

### 2. Trieu chöng kem theo

Bang thính, uñtai, röi loañ tieñ ñinh nheä

### 3. Khöng coitrieu chöng

Ñau tai, chay ñich tai, röi loañ voi ñhö.

### 4. Khám tai: mang ñhö bình thöông

### 5. Ñö söic nghe ñôn gian

- Tam chöng coañieñ:
  - Thöi gian ñan truyen xöng taäng.
  - Rinne (-)
  - Ngöông nghe toái thieu taäng.
- Nghiem phap Gellei(-)
- Ñö söic nghe ñôn aäm vaiñö söic nghe tieäng noi.
- Ñhö löông ñöä Äp löic hom ñhö bình thöông.
- Phañ xai cö xöng ban ñाप (-)

### 6. CT scan

Coitheáthay ñau hiem “Double rings sign” ñhöng räñ hiem

## III. ÑIEU TRÖ

## 1. Nieu trò noi khoa

- Nham lam cham soi tien trien cua beinh xop xo tai (khong cai thien nooc niec)
- Chæ nhinh trong nhöng tröông hüp chöng chæ nhinh phäu thuät.
- Thuoc: Sodium-Fluoride: 1v 25mg/ngay trong 1 thang.

## 2. Phäu thuät

- Lap phöng phap nieu trö nöüc löa choin.
- "Döi tröiöc tai + bieü hieü meüñaio hoa" la yeü toätieü löng rat quan trong cho ket quai phäu thuät.
- Ngay nay thöông phäu thuät Stapedectomy
  - Tieü chuan choin beinh:
    - + Chöic nang nghe:
      - Nghe keim > 30dB.
      - Rinne (-) (2 trong 3 tan soihoi thoaii)
      - Khai nang phan biet tieüg noi toi.
    - + Tuoi:
      - Tot nhất la löng göüi löm tuoi
      - < 20 tuoi de äbò bit tac cöü soü sau möü
      - Treiem: cau truc giai phäu con thay nöü de äbò röi loain voi, vieü tai giöü
    - + Nghe nghiep vaü nieü kieü söng: trinh öin.
  - Kyö thuät:
    - + Tao Prothese:
      - Trui dan nöüc lam bang thep khöng gæ
      - Dai # 3 – 4mm
      - Uoü cong thanh möic öü 1 näü
      - Näü kia buoc 1 mau möt töi than
    - + Nöüng raih : thöông raih da nöüng trong öng tai hinh chöü U töü 6 – 12 giöü cach khung nöü # 5mm
    - + Böc löü vung cöü soü bäu düc: thay röi
      - Nganh xöüng xöüng ñe.
      - Khöü ñe ñäp, gän cô bam ñäp
      - Xöüng bam ñäp.
    - + Giai phong cau truc tren bam ñäp.
    - + Tao cöü soü meüñaio.
    - + Näü Prothese:
      - Trui dan öim vaü canh xöüng xöüng ñe
      - Manh ghep (mö): Näü len cöü soü meüñaio näim öü
    - + Kiem tra söi di nöng cua heü thöng (cham vaü xöüng buü → Prothese di nöng.)
    - + Phuü lai vat da öng tai vaü mang nöü

## IV. CHAM SOIC HAU PHAU:

- Beinh nhan nam näü cao (Fowler) trong phong hoan toan yeü tinh.
- Hai cheü nghe bein tai vöü möü

- Tránh xì mũi mạnh.
- Thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

### 1. Theo dõi và điều trị các biến chứng

- Chấn thương thần kinh: rối loạn vận động.
- Liệt thần kinh VII ngoài bệnh:
  - Thông xuất hiện 10 ngày nữa
  - Hỗ trợ điều trị Corticoide liều cao
  - Nếu nặng: mổ giải áp dây VII
- Thương mạng não, viêm tai giữa, viêm màng não : kháng sinh, kháng viêm tích cực
- Đau màng não : mổ lại
- Thuốc:

Kháng sinh : + Còi thể sởi dùng 1 trong các loại sau: + Còi thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g -Trieim: 20mg/10kg/ngày (TB) -Ngồi lòn: 1-2 ồng/ngày (TB)	<b>-Augmentine 1g:</b> +Trieim: 30mg/kg x 2-4lần/ngày +Ngồi lòn: 1g x 2-4 lần/ngày <b>-Cefuroxime (Viciroxim 1,5g; Zinacef 0,75g)</b> +Trieim: 30 – 100mg/kg/ngày +Ngồi lòn: 0,75g x 2–3 lần / ngày <b>-Cefotaxime (Shintaxime 1g ; Opetaxime 1g)</b> +Trieim: 50 -150 mg/kg/ngày +Ngồi lòn:1 g x 2-3 lần /ngày <b>-Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone)</b> +Trieim: 25-150mg/kg/ngày + Ngồi lòn:1g -2g x 2-3lần / ngày
Kháng viêm: Còi thể sởi dùng một trong các thuốc sau	-Steroid: còi thể sởi dùng dạng tiêm trong 3-5 ngày nữa sau khi chuyển sang dạng uống và giảm liều dần : +Mazipredone (Depersolone 0,03g) Trieim: 1-2mg/kg/ngày Ngồi lòn: 1 ồng x 1-3lần/ ngày +Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) Trieim: 1-2mg/kg/ngày Ngồi lòn: 1 ồng x 1-3lần/ngày +Prednisolone 5mg -Non-Steroid: +Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg) 1v x2-3lần /24giờ -Enzyme: +Lysozyme (Noflux 90mg): 1-2v x 2-3 lần /ngày +Serratiopeptidase (Garzen 10mg): 1-2v x 2,3lần /ngày
Giảm đau:	-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày, còi thể sởi

	dùng đồng dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (TTM) + Panadol, Efferalgan, Dafalgan, Acemol Hoặc Di-antalvic: 1v x 3-4lần/24 giờ
Kháng Histamine:	-Chlorpheniramine 4mg: 1v x 1-2lần /ngày Hoặc Fexofenadine (Telfast 60mg): 1v x 2 lần/ngày
Chống nôn ói:	Metoclopramide (Primperan 10mg): 1ống x 1 -2 lần/ngày

- Rút meche tai vào ngày 7.
- Xuất viện vào ngày 8 – ngày 10

#### 4.2. Theo dõi sau xuất viện

- Tái khám sau 1 tuần tại phòng khám TMH: nhận giải tình trạng ống tai, màng nhĩ
- Nếu kiểm tra sức nghe nhĩ âm sau 2 – 4 tuần
- Nếu kiểm tra sức nghe nhĩ âm tốt nhất lại sau 3 tháng

XXX

## CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT SẠC BẠC THÔNG NHỎ – VÀNHỎ

Ngày 1 - 2	-Thay băng ngoài. -Rút mèche sau tai nếu coi -Không cần băng kín vết mổ
Ngày 3 - 8	-Nếu mèche trong tai khỏi không cần xử trí -Nếu có dịch tiết, hút qua mèche trong tai (dung ống hút nhỏ hút nhẹ)
Ngày 7	Cắt chæ vết mổ
Ngày 9-10	-Rút mèche tai. -Nhảh giáo ống tai.
Ngày 11-12	-Xuất viện

### THUỐC

<p>Khang sinh :</p> <p>+ Coi theá sôidung 1 trong các loại sau:</p> <p>+ Coi theá phổi hôp thêm Getamycine 0,08g</p> <p>-Treibem: 20mg/10kg/ngày (TB)</p> <p>-Ngôôi lôn: 1-2 ống/ngày (TB)</p>	<p>-Augmentine 1g:</p> <p>+Treibem: 30mg/kg x 2-4lần/ngày</p> <p>+Ngôôi lôn: 1g x 2-4 lần/ngày</p> <p>-Cefuroxime (Viciroxim 1,5g; Zinacef 0,75g):</p> <p>+Treibem: 30 – 100mg/kg/ngày</p> <p>+Ngôôi lôn: 0,75g x 2-3 lần / ngày</p> <p>-Cefotaxime (Shintaxime 1g ; Opetaxime 1g)</p> <p>+Treibem: 50 -150 mg/kg/ngày</p> <p>+Ngôôi lôn:1 g x 2-3 lần /ngày</p> <p><b>-Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone</b></p> <p>+ Treibem: 25-150mg/kg/ngày</p> <p>+ Ngôôi lôn:1g -2g x 2-3lần / ngày</p>
<p>Khang viêm:</p> <p>Coi theá sôidung mỗi trong các thuốc sau</p>	<p>-Steroid: coi theá sôidung dạng tiêm trong 3-5 ngày nếu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần :</p> <p>+Mazipredone (Depersolone 0,03g)</p> <p>Treibem: 1-2mg/kg/ngày</p> <p>Ngôôi lôn: 1 ống x 1-3lần/ ngày</p> <p>+Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)</p> <p>Treibem: 1-2mg/kg/ngày</p> <p>Ngôôi lôn: 1 ống x 1-3lần/ngày</p> <p>+Prednisolone 5mg</p> <p>-Non-Steroid:</p> <p>+Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg) 1v x2-3lần /24giờ</p> <p>-Enzyme:</p>

	+Lysozyme (Noflux 90mg): 1-2v x 2 lần /ngày +Serratiopeptidase (Garzen 10mg): 1-2v x 2,3lần /ngày
Giảm đau: (còn thể dùng một trong các thuốc sau)	-Paracetamol: 30-40mg/kg/ngày, còn thể sử dụng dưới dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (TTM) + Panadol, Efferalgan, Dafalgan, Acemol -Di-antalvic: 1v x 3-4lần/24 giờ
Kháng Histamine:	-Chlorpheniramine 4mg: 1v x 1-2lần /ngày Hoặc Fexofenadine (Telfast 60mg): 1v x 2 lần/ngày
Chống nôn ói:	Metoclopramide (Primpéran 10mg): 1ống x 1 -2 lần/ngày

# VIÊM MŨI DÒ ÒNG

## I. NỘI NH NGHĨA:

Là phản ứng toàn thân giữa kháng nguyên, kháng thể sinh ra hoạt chất trung gian histamin và serotonin biểu hiện bằng quá trình viêm mũi.

## II. TRIỆU CHỨNG:

Công năng	Thời tiết
- ngứa mũi - hắt hơi - sổ mũi - nghẹt mũi	niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhầy trong.

## III. THEM LAM SANG:

- VMDU quanh năm: xảy ra quanh năm
- VMDU theo mùa: xảy ra theo mùa rõ rệt

## IV. CAN LAM SANG:

- Công thức máu: bình thường, IgE trong máu tăng.
- Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan.
- Xquang: không có gì bất thường.

## V. NIEU TRÒ:

Niên trò nội khoa là chủ yếu.

- Giải mã cảm: làm phản ứng nội bì niêm mạc nhờ kháng nguyên, sau đó kích giải mã cảm.
- Niệm trò triệu chứng: dùng một trong các thuốc Pheramin 4mg, Actifed, Polaramin... hoặc Cetirizin 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/ngày, Loratadine (Clarityne, Alertin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x2 lần/ngày
- Niệm trò tại chỗ
  - Xông mũi bằng corticoide.
  - Xịt mũi bằng corticoide: (Flixonase, Rhinocort, Pivalon)
- Kháng sinh khi có bội nhiễm
  - Amox + A.Clavu (Augmentin, Ofmantine) 0,625g: 1v x2/ngày
  - Cefadroxil (Biodroxil) 0,5g: 2v x2 /ngày
  - Cefuroxim (Zinmax, Zinnat, Cerxim...) 0,25g-0,5g/ngày

# VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

## I. NÒNH NGHÓA:

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc các xoang.

## II. TRIỆU CHỨNG:

Cô năng	Khám	Nội soi
-Sốt Nhớt mũi -Sổ mũi -Nghe tiếng mũi -Hắt hơi	Niêm mạc mũi sưng huyết, có xuất tiết.	Các lỗ thông xoang phụ nề xuất tiết

## III. CẬN LÂM SANG:

- Xquang: niêm mạc xoang có phần ửng viêm
- Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ

## IV. THIỆP LÂM SANG:

### 1. Viêm xoang nguyên nhân nhiễm khuẩn

Nhiều trị	Thuốc
Kháng sinh (dung 1 trong các loại sau) Thông dụng trong 15 ngày	+Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Ofmantine) 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g:2v x2 /ngày +Cefuroxim (Zinnat, Zinmax, Ceroxim...) 0,25g-0,5g : 1v x2 lần/ngày -Khi có nhiễm khuẩn: +Metronidazol (uống hoặc chích) Flagyl 0,25g 2v x 2 / ngày, hoặc 500mg/100ml x 2/ ngày
Kháng viêm	-Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine ( $\alpha$ 21 $\mu$ K), hoặc lysozyme (nhỏ Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày trong 5 ngày

Chống sưng huyết và chảy mũi	Actifed 1v x2-3 lần/ngày
Kháng Histamine	Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/Ngày Hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x2 lần/ngày hay Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3 ngày

### 2. Viêm xoang ham do răng (răng 5,6,7 ham trên)

- Nhiều trị: nhổ răng, chọc rửa xoang

Nhiều trị	Thuốc
Kháng sinh (dung 1 trong các loại sau) Thông dụng trong 15 ngày	Giống như trên, nhưng thêm Metronidazol nhỏ Flagyl 0,5g 1vx4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl 1vx4 trong 10 ngày

Khang viêm	-Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine ( $\alpha$ 21 $\mu$ K), hoặc lysozyme (nhỏ Noflux 90mg) 2vx2 lần/ngày trong 5 ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3 ngày

# VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH

## I. ĐỊNH NGHĨA:

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài > 2 tháng hoặc tái đi tái lại nhiều lần làm mũi bị tắc, thông xoang.

## II. CÁC THEÃ LÂM SÃNG:

### 1. Viêm xoang hàm mãn

Triệu chứng	Nổi mũi	X quang
-Nghe mũi -Sốt mũi chảy vàng hoặc xanh mũi khi kèm nhức đầu	Khe giữa mũi mũi mũi chảy.	Mũi xoang dạng niêm mạc dày, hoặc mũi mũi mũi mũi,

- Nội dung:

Nội dung	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	<b>+Chọn lựa đầu tiên là nhóm Quinolone ( Ciprobay 0,5g 1v x2 lần/ ngày hay Tavanic 0,4g 1v ngày 1 lần)</b> +Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Ofmantine) 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày +Cefuroxim (Zinnat, Zinmax, Ceroxim...) 0,25-0,5g 1v x2 lần/ngày -Khi mũi mũi mũi mũi: +Metronidazol: Flagyl 0,25g: 2v x 2lần / ngày, hoặc chích 500mg/ 100ml x 2lần/ ngày
Chống dị ứng	Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/Ngày hoặc Loratadine (Clarityne, Alergin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x2 lần/ngày, Levocetirizin 5mg 1-2v/ngày hay Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày
Chức mũi XH	Cách 2 ngày 1 lần

### 2. Viêm xoang trán

Triệu chứng	Nổi mũi	X quang
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa mũi mũi mũi mũi	Mũi xoang trán

- Nội dung:

Nội dung	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Ofmantine) 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày +Cefuroxim (Zinnat, Zinmax, Ceroxim...) 0,25-0,5g 1v x2 lần/ngày -Khi mũi mũi mũi mũi: +Metronidazol: Flagyl 0,25g: 2v x 2lần / ngày, hoặc chích 500mg/ 100ml x 2lần/ ngày

Kháng viêm	-Choáng viêm loại enzym: Alphachymotrypsine ( $\alpha$ 21 $\mu$ K), hoặc lysozyme (nhỏ Noflux 90mg): 2x2 lần/ngày trong 5 ngày
Kháng histamin (Dùng một trong các thuốc sau)	-Pheramin 4mg : 1v x2 lần/ ngày -Cetirizin (Zyrtec, Cetrin) 10mg:1v/ngày -Loratadin (Clarytin, Alertin) 10mg: 1v/ngày -Levocetirizin 5mg: 1v/ngày
Choáng sung huyết mũi chảy máu	Actifed 1v x2-3 lần/ngày trong 10 ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1x2 lần/ngày trong 3 ngày
Khí dung mũi	Dexacol và Melyptol mỗi ngày

### 3. Viêm xoang sàng

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Ngheít mũi -Nhiều máu -Mũi gầy -Sổ mũi -Nhảy hoing	Khe giữa và khe trên có nhầy.	Mũi xoang sàng

- Nhiều trờ: nhỏ viêm xoang trên, ngoài ra có làm thêm phòng pháp Proetz

### 4. Viêm xoang bướm

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang	CT scan
-Đau đầu -Mũi gầy, mũi vai -Nhảy võng hoing, hay khòt mũi, nặng hàng	Thanh hoing nhầy, khe trên có mũi nhầy	Khoi xai nòngh.	Mũi xoang bướm

- Thời gian điều trị viêm xoang mạn tính tối thiểu là 4 tuần, sau mỗi 2 tuần, bệnh nhân cần được nội soi mũi xoang để đánh giá đáp ứng điều trị ( mũi bớt nhầy đục, khe giữa không còn mũ....)

Sau 4 tuần nên kiểm tra XQ lần 2 ( trong trường hợp viêm xoang hàm và xoang sàng) tùy theo tình trạng đáp ứng mà chúng ta sẽ ngưng thuốc hay kéo dài thời gian điều trị thêm 1- 2 tuần nữa)

CT Scan là tiêu chuẩn vàng để đánh giá xoang trước và sau điều trị.

- Sau thời gian trên mà các xoang vẫn còn viêm thì xem như điều trị nội khoa không hiệu quả, cần tiến hành phẫu thuật.

### 5. Viêm xoang thoái hóa polype

Triệu chứng	Nội soi mũi
-Ngheít mũi ngày càng tăng -Nặng đầu -Mất khứu	Cuốn giữa quai phát, niêm mạc nhòt. Khe giữa có polype (trong, mỏng nõõc, bong, nhàn).

-Soámuí	
-Háít hòi	

### III. NIEU TRÒ:

Chuiyeú laøngoaii khoa.

- Phóông pháp móituy beñh tích phát hiện nõi qua noi soi và CT scan.
- Vieám xoang ham vaısang trõi: móikhe muí giõa vaıboing sang
- Vieám xoang sang trõi vaısau : naı sang
- Vieám xoang trán: móingach train

Vieám xoang böım: móithoing xoang böım

# SẢN SƠC SAU PHẪU THUẬT CHẴNH HÌNH VÀCH NGẴN

- Theo dõi sinh hiệu M, HA, T<sup>0</sup>, 4 lần/ngày nữa.
- Theo dõi tình trạng chảy máu:
  - Rút ít qua meche mũi trước ; theo dõi nếm nữa cao, chớm lạnh.
  - Chảy xuống thành sau họng khiến bệnh nhân khó nuốt nhiều, nên thêm meche mũi trước. Nếu cần có thể rút ra nên lại.
  - Theo dõi tụt meche xuống họng :
    - + Nếu dài thì cắt bỏ bớt
    - + Nếu ngắn thì dùng ngón tay lấy meche lên.
    - + Nếu tụt meche làm chảy máu nhiều thì rút meche ra hết, đặt lại meche mới.
- Hậu phẫu :
  - Ngày 1-2: nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào meche.
  - Ngày 2 nên ngày 3: rút hết meche mũi rồi nếu thấy chảy máu nhiều thì ngừng rút, nên mai rút tiếp.
  - Ngày 4 : Rửa mũi kiểm tra vết mổ
- Thuốc sau mổ

Nhiệm vụ	Thuốc
Kháng sinh (dung 1 trong các loại sau)	+Aminoglycoside (Amikay 500mg) 15mg/kg (TB) 1 liều trong ngày duy nhất +Cefotaxim (Opetaxim, Shintaxime) 1g x 2 -3lần (TM)/ ngày +Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 1g x2-4 lần/ngày (TB) +Cefuroxim (Zinacef, Viciroxim): 0,75gx2-3 lần/ngày (TB, TM) +Ceftriaxone (Opeceftri)1g: 1-3 lần/ngày (TM) +Clindamycine (Dalacin C) 600mg: x2-3lần/ ngày (TB, TM)
Kháng viêm (Chọn 1 khi không chống chẹn nền) dung trong 3-5 ngày	+Mazipredone (Depersolone) 30mg 1-2 ống/ngày (saing) +Hydrocortison 100mg 1-2 lĩ/ngày (saing) -Sau nội dung kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine ( $\alpha$ 21 $\mu$ K), hoặc lysozyme (nhỏ Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày
Kháng Histamine	+Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/ngày hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x2 lần/ngày hoặc Levocetirizin 5mg 1-2v/ngày
Giảm đau (chích)	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày
Thuốc cầm máu	-Adona 25mg 2-4 ống/ ngày -Vitamin K1 10mg 2-4 ống / ngày

- Theo dõi : Mỗi ngày trong tuần nữa nên hút sạch máu đọng vào vẩy. Mỗi tuần trong 1 tháng nên tránh seó dính.
- Lưu ý kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

# SAU PHẪU THUẬT NỖI SOI MỤI XOANG

Mô hình NSMX gồm có: môi khe giữa, kiểm tra xoang hàm và xoang sàng, môi xoang sàng trước, kiểm tra xoang sàng sau, nội soi toàn bộ mô xoang bướm, cắt polyp mũi bằng wizard... Nếu cần làm sạch lỗ u nhầy qua nội soi, lấy u xoang nội mô xoang sàng, nội soi trần qua nội soi, lấy u mạch máu trong hố mũi.

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng bệnh nhân: chảy máu, M, T°, HA 3 lần/ngày nữa. Nếu Hct < 25% phải truyền máu ngay.
- Hậu phẫu: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamin.

Nội trợ	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+ Aminoglycoside (Amikay 500mg) 15mg/kg (TB) 1 liều trong ngày duy nhất + Cefotaxim (Opetaxim, Shintaxime): 1g x 2-3 lần (TM)/ ngày + Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 1g x 2-4 lần/ngày (TB) + Cefuroxim (Zinacef, Viciroxim): 0,75g x 2-3 lần/ngày (TB, TM) + Ceftriaxone (Opeceftri) 1g: 1-3 lần/ngày (TM) + Clindamycine (Dalacin C) 600mg: x 2-3 lần/ ngày (TB, TM)
Kháng viêm (Chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	+ MaziPredone (Depersolone) 30mg 1-2 ống/ngày (sáng) + Hydrocortison 100mg 1-2 lĩ/ngày (sáng) - Sau nội dung kháng viêm dùng men: Alphachymotrypsine ( $\alpha$ 21 $\mu$ K), hoặc lysozyme (nhỏ Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày
Kháng Histamine	+ Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x 2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/ngày hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x 2 lần/ngày hoặc Levocetirizin 5mg 1-2v/ngày
Giảm đau (chích)	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1v x 2 lần/ngày trong 3 ngày
Thuốc cầm máu	- Adona 25mg 2-4 ống/ ngày - Vitamin K1 10mg 2-4 ống / ngày

- Nội mô mũi sinh lý liên tục vào meche mũi 4 lần/ngày.
- Nâng nội mô bằng dịch truyền khi cần thiết.
- Ngay thời điểm meche mũi tụt, nếu chảy máu nhiều thì ngừng rút, ngưng ngay sau rút tiếp. Cho thêm thuốc cầm máu khi cần (Dicynone 0,5g 1v x 2-3 lần/ngày, Adona 25mg 1-2 ống x 2 TM/ngày).
- Sau khi rút hết meche mũi, cho bệnh nhân nội soi mũi xoang lại, nếu hút máu nóng và lấy vảy trong các góc ngách mũi xoang.
- Theo dõi cho bệnh nhân tái khám thông xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên. Sau nội 1 tháng 1 lần / 2 tháng kế và 3 tháng / 1 lần trong những tháng sau, cho đến 1 năm nếu phát hiện bệnh tái phát.
- Lưu ý kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

# VIÊM HỌNG

## I. NỘI NGHĨA:

Viêm niêm mạc ôi họng trong nội cổ lập liên bào, có thể nhày, có nang lympho, các nang này có thể ôi rai rai hoặc tập trung từng khối.

### 1. VIÊM HỌNG NỘI

#### 1.1. Triệu chứng

- Có nạng: Số cao 39<sup>0</sup>C nổi ngoài kèm òi lạnh, nhức ñầu, ñau rát họng, khát nước, ñau mình mẩy, tiếng nói trong.
- Thốc thể Ñổitoan bở viêm niêm mạc họng mạn hậu, trui trờic va trui sau Amiñan, thanh sau họng.
- Cản làm sang: Bạch cầu không tăng.

#### 1.2. Thể lâm sàng

- Viêm họng cúm: số cao, nhức ñầu, ñau cổ, sung huyết thanh họng.
- Viêm họng do virus APC òi truem: số mũi, viêm họng ñội viêm màng tiếp hôp, hạch cổ sưng.
- Viêm họng ñội do vi trung (liền cầu): viêm họng ñội thấp khớp, bạch cầu tăng, sưng hạch cổ
- Viêm họng mũi òi truem nhỏi (viêm VA): số cao, có gỉ mũi, nghẹt mũi, ñỏn, bệnh kéo dài.

#### 1.3. Nghiu trò

- Nghiu trò triệu chứng lâm chính.
- Chống sốt: Paracetamol 20-30mg/kg/ngay.
- Súc họng.
- Khí dung họng.

### 2. VIÊM HỌNG BỒI TRĂNG (viêm họng do vi trung)

Bệnh thông do liền cầu

#### 2.1. Triệu chứng

- Khôi phát: Òi lạnh, ñau mình, sốt, nhức ñầu, rát họng.
- Toan phát: Sốt 38-39<sup>0</sup>c, ñau rát họng, ñau nhỏi liền tai.
- Khám họng:
  - Hai amiñan sưng to, ñội có gỉ mũi (chæ khu trui òi amiñan).
  - Trui trờic va sau Amiñan, lõi gạc mạn hậu sung huyết.
  - Hạch góc hàm to, ñau.
- Cản làm sang: Bạch cầu 10000-12000

#### 2.2. Nghiu trò

- Kháng sinh rất công hiệu: bệnh rút lui sau 24h
- Amoxicillin + Acid clavulanic (Augestina 562,5mg hoặc Ofmantine 625mg) 50mg/kg/ngay hay Cefuroxim.
- Súc họng.
- Khí dung

# VIÊM AMIDAN

## I. ĐẶC ƯƠNG:

Amidan là một tổ chức tân bào thuộc vòng tân bào Waldeyer (bao gồm tổ chức tân bào vòm họng, quanh vòm họng và hầu họng). Viêm amidan là một bệnh lý khá phổ biến thường gặp mọi lứa tuổi, trẻ em nhiều hơn người lớn.

Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là gram (+), có thể tìm thấy vi nấm, vi trùng kỵ khí và cả siêu vi trùng.

## II. TRIỆU CHỨNG:

### 1. Viêm amidan cấp:

- Sốt cao 39 – 40<sup>0</sup>C.
- Đau họng, nuốt khó.
- Giọng nói thay đổi và hơi thở hôi.
- Khám họng: 2 Amidan to, đỏ. Niêm mạc họng đỏ.
- Diễn biến thường thuyên khỏi sau 1 tuần.
- Cận lâm sàng: XN công thức máu, phết họng.

### 2. Viêm amidan mạn:

- Nuốt vướng, ho khan.
- Hơi thở hôi.
- Khám họng: Amidan to hoặc hốc bả đậu.

## III. NIỀM TRÒ:

Niềm trò viêm amidan chủ yếu là một khoa, thuốc chủ yếu là giảm đau và kháng sinh nếu do vi trùng

### 1. Niềm trò nội khoa:

- Nghỉ ngơi nếu cần do nhiễm siêu vi.
- Vệ sinh răng miệng.
- Sử dụng nước muối ấm hoặc rửa mũi, khí dung họng (corticoid và kháng sinh)
- Dùng thuốc giảm đau có chứa benzocaine.
- Kháng sinh: thời gian điều trị 10 – 14 ngày

#### \*Nhóm *Betalactam*:

- + Amoxicillin+Acid Clavulanic (Augtipha 562,5mg) 50mg/kg x 2 lần/ngày
- + Cephalosporine: tùy theo mức độ bệnh có thể chọn kháng sinh uống hoặc tiêm.  
.Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil: 50mg/kg x 3 lần/ngày.  
.Thế hệ II: Cefuroxim (Zinnat) 30mg/kg x 3 lần/ngày.  
.Thế hệ III: Cefpodoxim, Cetamet 10mg/kg x 2 lần/ngày.

#### \*Nhóm *Macrolide*: Azithromycin 10-20mg/kg lần duy nhất/ngày x 3 – 5 ngày.

- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 30-40mg/kg/ngày.
- Kháng viêm chống phù nề:
  - + Corticoid dạng uống hoặc tiêm tĩnh mạch.
  - + Hoặc kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsin,...
- Giảm ho
- Nâng tổng trạng
- **Lưu ý** Không dùng aspirin ở trẻ em nếu viêm do siêu vi vì có thể gây hội chứng Reye

## 2. Nhiệm vụ ngoại khoa:

### **\*Chỉ định tuyệt đối:**

- Amidan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp trên, nuốt đau nhiều, rối loạn giấc ngủ, hoặc kèm theo các biến chứng tim mạch.
- Abscess quanh amidan không đáp ứng với điều trị nội khoa và thủ thuật dẫn lưu ngoại khoa, trừ khi phẫu thuật được tiến hành trong giai đoạn cấp của bệnh.
- Viêm amidan gây biến chứng sốt cao co giật, viêm tai giữa, viêm xoang..
- Amidan cần sinh thiết để xác định giải phẫu bệnh.

### **\*Chỉ định tương đối:**

- Viêm nhiễm amidan từ 3 đợt trở lên mỗi năm dù đã được điều trị nội khoa tích cực.
- Hoi thở và vị giác hôi kéo dài do viêm amidan mạn không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Viêm amidan mạn hoặc tái phát trên một bệnh nhân mang mầm bệnh Streptococcus không đáp ứng với các kháng sinh kháng beta-lactamase.
- Phì đại amidan một bên nghi ngờ khối u tân sinh.

### **\* Hiện khoa TMH bv ÑKKV tnh An Giang cắt amidan bằng phương pháp dụng dao điện cao tần lưỡng cực kết hợp có chèn màu hoá mô**

#### 3. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Làm xét nghiệm tiền phẫu + nội soi Tai Mũi Họng

#### 4. Thuốc dùng sau phẫu thuật cắt amidan:

- Kháng sinh: Cefuroxim 1,5mg x2 lần/ngày (TMC)
- Kháng viêm (dùng Hydro cortisone 100mg nên hầu phẫu ngày 3)
- Giảm đau, hạ sốt

#### **SẢN SƠC SAU CẮT AMIDAN:**

- Không cúi người nổi ngay sau khi cắt , nên nói lại tờ hầu phẫu ngay 2 trờn
- Hầu phẫu ngày 1-2 sũa lạnh, hầu phẫu ngày 3 – 4 chũa loãng nũa nguội, hầu phẫu ngày 5-6 chũa đặc, hầu phẫu ngày 7-10 ăn cơm nhão, sau đó ăn cơm bình thường.
- Cữ những chất chua, cay, cứng vừnng từ 10 – 14 ngày sau khi mổ
- Không nên nên những chũa nũa ngừnng trong tuần nũa sau mổ vì rất dễ nhiễm trùng nừnng hoá hợp từ ngừnng khác
- Hũa uống nhiều nừnng, hoặc uống những chất giũa chất dinh dừnng nhừ nừnng trái cây, sũa, sup, những nừnng quừnng lạnh.
- Không hút thuốc hoặc uống rừnng, bia vì rất dễ gây kích thích vung họng. Thông thường sau một tuần bệnh nhân có thể trở về làm việc bình thường của mình mà không gặp trở ngại do cuộc mổ vừnng qua.
- Trước khi xuất viện nội soi họng kiểm tra tình trạng hoá mô amidan.

# VIÊM VA

## **I.ĐẠI CƯƠNG:**

VA là 2 chữ viết tắt của cụm từ tiếng pháp “Végétations Adénoïdes”. VA là tổ chức lymphô nằm ở vòm mũi họng thuộc vòng bạch huyết Waldayer. Bình thường mọi trẻ em đều có VA từ khi sinh ra, VA phát triển mạnh từ 1-5 tuổi, sau đó teo đi khi trẻ lớn lên.

Viêm VA là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhỏ từ 1 - 5 tuổi, tỷ lệ viêm VA chiếm khoảng 20-30% nhiễm khuẩn hô hấp trên.

Bệnh hay tái phát và thường gây biến chứng như viêm tai giữa, viêm mũi xoang, viêm phế quản, gây tắc nghẽn đường thở kéo dài ảnh hưởng đến sự phát triển sọ mặt của trẻ.

Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây nhiều phiền phức và ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh hoạt và ăn uống của trẻ em.

## **II.TRIỆU CHỨNG:**

-Viêm VA cấp: Trẻ thường biểu hiện sốt trên 38<sup>0</sup>C, có trường hợp sốt cao 39 – 40<sup>0</sup>C, có thể kèm biểu hiện kích thích hoặc co giật, trẻ quấy khóc, khó chịu. Trẻ bị ngạt tắc mũi và thường ngạt hai bên, ngạt tăng khi nằm, trẻ phải há miệng để thở, bỏ ăn, bỏ bú, nôn trớ.

- Sau đó trẻ xuất hiện chảy mũi cả hai bên, lúc đầu chảy dịch nhầy sau chảy dịch đặc dần, trắng đục, số lượng tăng nhiều hơn.

- Một số bé có biểu hiện rối loạn tiêu hoá như đau bụng, nôn trớ và đi ngoài phân lỏng. Khi thăm khám thấy mũi nhiều mủ, niêm mạc mũi sung huyết đỏ, khám họng thấy niêm mạc họng đỏ, có nhiều mủ nhầy trắng chảy từ vòm xuống thành sau họng.

- Khám tai thường thấy màng tai sung huyết, chúng ta cần chú ý vì viêm tai giữa là một biến chứng thường gặp của viêm VA, cần phải theo dõi liên tục các dấu hiệu về tai.

- Viêm VA mạn tính: Là tình trạng quá phát hoặc xơ hoá của VA sau nhiều lần viêm bán cấp tính. Trẻ chảy mũi thường xuyên, nhiều hoặc ít, dịch khi trong khi đục, nhiều khi chảy mũi xanh kéo dài.

- Trẻ thường ngạt mũi phải thở bằng miệng, ngủ không ngon giấc, hay hoảng hốt, giật mình. Có trường hợp trẻ ngủ ngáy và có những cơn ngừng thở khi ngủ, có thể sốt nhẹ hoặc không sốt.

- Thăm khám thấy mũi có nhiều dịch nhầy đục hoặc vàng xanh, VA to che kín cửa mũi sau hoặc nhỏ hơn nhưng viêm đỏ và có nhiều dịch nhầy bám, họng có nhiều dịch nhầy. Khám tai màng tai thường dày, đục hoặc biểu hiện rõ ràng của một trường hợp viêm tai thanh dịch.

- Nội soi mũi thấy khối VA quá phát, có khi có mủ

## **III.ĐIỀU TRI:**

- Amoxicillin + Acid clavulanic (Augmentin, Ofmantine) 50mg/kg/ngày hay Cefuroxim.
- Súc họng.
- Khí dung

## **IV.BIẾN CHỨNG:**

- Biến chứng ở tai là nhóm biến chứng thường gặp nhất như viêm tai giữa cấp, viêm xương chũm cấp, viêm tai thanh dịch do quá trình viêm lan vào tai thông qua lỗ vòi tai.

- Bệnh thường tiến triển âm thầm, với trẻ nhỏ khó phát hiện dấu hiệu nghe kém và trẻ không đau tai do vậy bệnh có thể bị bỏ qua làm ảnh hưởng đến phát triển ngôn ngữ, học tập của trẻ do nghe kém và bệnh lâu dần sẽ chuyển thành viêm tai xẹp, ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.

- Biến chứng ở mũi xoang: gây viêm mũi xoang. Viêm xoang sàng cấp xuất ngoại là một thể nặng của viêm xoang trẻ nhỏ, quá trình viêm ở xoang sàng cấp có thể lan vào mắt gây các biến chứng ở ổ mắt, nếu không điều trị kịp thời có thể gây mù.

- Gây viêm thanh quản, khí quản, phế quản, viêm phổi trẻ thường phải nhập viện điều trị.

- Gây ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ thường phối hợp với viêm amidan quá phát. Nếu trẻ ngủ ngáy và có nhiều cơn ngừng thở, bệnh kéo dài có thể dẫn đến suy tim và sau đó có thể gây ngừng thở và tử vong khi ngủ.

- Trẻ có “bộ mặt VA”: Do rối loạn phát triển khối xương mặt và lồng ngực. Biểu hiện: mặt dài, hàm trên vẩu, răng hàm trên mọc lờm chờm, hàm dưới hẹp, luôn hở miệng, xương ức dô ra trước,

xương sườn lép, ngực không nở.

**V. CHỈ ĐỊNH NẠO VA:**

Trẻ có chỉ định nạo VA khi: viêm VA mạn tính có nhiều đợt viêm bán cấp trong năm; viêm VA gây biến chứng như viêm tai giữa, viêm tai thanh dịch, viêm nhiễm đường hô hấp...; viêm VA gây ngủ ngáy, có cơn ngừng thở khi ngủ. Thường nạo VA khi trẻ trên 1 tuổi.

# VIÊM THANH QUẢN CẤP ÔTREÊM

## I. NÔN NH NGHÓA:

Là tình trạng viêm cấp ở thanh thất, sưng ph nề, thanh thất, dày thanh, niêm mạc hai thanh môn, có thể kèm theo khí quản.

### 1. Theo lâm sàng

- Viêm thanh thất cấp (supraglottitis hay Epiglottitis)
- Viêm thanh khí quản co rít (spasmodic laryngotracheitis)

### 2. Dịch tễ

- Tuổi : 2-6 tuổi
- Mùa : lạnh hoặc khi giao mùa
- Khởi phát đột ngột
- Về sinh dinh dưỡng kém

## II. TRIỆU CHỨNG:

- Khó nuốt: buồn, chảy nước miếng
- Khàn tiếng : có thể nặng đến mất tiếng
- Khó thở kiểu thanh quản (xem khó thở thanh quản)
- Các triệu chứng khác có thể không đầy đủ sốt cao, viêm họng mãn, ho (ông ông), thổi cổ tiếng rít.
- Lưu ý khi khám
  - Không có tiếng rên lồng.
  - Nên thời gian soi thanh quản ở phòng mổ
  - Chuẩn đoán phân biệt với hen phế quản (thể viêm thanh quản co rít)
  - Viêm màng não (thể viêm thanh thất cấp)

## III. NIỆM TRÒ:

Kháng sinh	Nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh ≥ 5 ngày bệnh: (một trong các loại thuốc) -Amox + A.Clavu (Augmentin, Curam, Ofmantine ..) -Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày -Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim...)
Kháng viêm	-Corticoid (Dexamethasone, Prednison, Depersolone, Solumedrol) 0,5-1,5mg/Kg/ngày - Chích hoặc uống
Hạ sốt	Paracetamol, tùy theo bệnh nhi có thể uống hoặc chích hạ sốt: -<3 tháng : 40 mg/ngày -1-2 tuổi: 80-120 mg/ngày -3-6 tuổi : 160-320 mg/ngày
An thần	Diazepam 5mg
Chăm sóc	-Lau mắt -Nằm đầu cao thổi Oxy -Khó thở nặng, có thể nằm phòng chăm sóc đặc biệt và môi khí quản.

# VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH

## I. NỘI NH NGHĨA:

Triệu chứng chủ yếu: Khàn tiếng kéo dài, không có xu hướng tới khỏi và phải tuân theo quá trình viêm thông thường, không đặc hiệu.

Không kể các bệnh: lao thanh quản, giang mai thanh quản, nấm thanh quản.

## II. TRIỆU CHỨNG:

### 1. Cơ năng

- Khàn giọng kéo dài tổng quát.
- Tăng tiết nhầy, nhất là buổi sáng.
- Cảm giác ngứa, khô rát.

### 2. Thở thở

- Tiết nhầy nặng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh
- Toàn bộ dây thanh
  - Nhe: Niêm mạc dây thanh, sung huyết nổi
  - Nặng: Quai sụn dây thanh nhỏ sùi dây thông, niêm mạc hồng, mất bóng.

## III. THE LÂM SANG:

- Viêm TQ mãn tính, xuất tiết thông thường
- Viêm TQ quai phát
- Bạch sản TQ
- Viêm TQ teo
- Viêm TQ nghề nghiệp
- Loãn thanh thất giai
- Viêm TQ mãn tính ở trẻ em

## IV. NIỆM TRÒ:

- Niêm trò nguyên nhân:
  - Niêm trò ở viêm nhiễm ôi: Mũi, xoang, họng
  - Tránh: hít hơi chất, bụi
  - Nói ít, nói nhỏ giọng ca hát.
- Niêm trò tại chỗ Khí dung họng.
- Niêm trò toàn thân: Kháng sinh, kháng viêm nếu cần.
- Luyện giọng.

# CHĂM SÓC SAU KHI MÔUKHÍ QUAN

## I. NỖNH NGHÓA:

Môukhí quan làtaio 1 nōong thōira ngoai cōakhoing qua mui vaohing.

## II. CHĂ NỖNH:

- Các trōong hōp tác nghein nōong hoahap trên.
- Giảm khoaing chet cho nōong hoahap.

## III. CÁC KIEU MÔUKHÍ QUAN:

- Cao: Trên eo tuyền giap
- Trung bình: Ngay eo tuyền giap
- Thap: Dōoi eo tuyền giap

## IV. CHĂM SÓC:

### 1. Chăm sóc canule

- Coi dầy cōininh canule vōa nūichat vaathat nui khoa.
- Thōioxy am am (neū can)
- Huít nām nhōit thōong xuyein, nhoi nōoi muoi sinh lyi hoac các loai thuốc lam loaing nām nhōit ( $\alpha$  chymotrypsine, Mistabron...) nēatrainh khoānac nām nhōit.
- Thay rōa nong trong cūa canule ít nhất 2 lain/ngay
- Táp ho, voi long cho beinh nham thōong xuyein, nhất làvao buoi saing.
- Lam maing che nēatrainh bui vaokhoing khí lainh vao nōong thōi

### 2. Theo dõi biến chứng

- Chaiy mau vet moi Khuu hoac bang ep.
- Tran khí dōoi da: Cat bōit chēm may da.
- Tran khí mang phổi:
  - Lōong ít: Cōitheatōi hap thu -> theo doi.
  - Lōong vōa: Chōic huít, hoac đai lōu mang phổi.
  - Lōong nhieu: Đai lōu mang phổi.
- Nhiem trung:
  - Vet moi
  - + Caiy mui- Khang sinh nōa
  - + Rōa, thay bang, chăm sóc vet moimoai ngay
  - Nhiem trung hoahap dōoi:
    - + Chăm sóc canule
    - + Khang sinh.
- Thuốc:

Khang sinh: coi thea sōi duiing đaiing uoiing hoac tiem, 1 trong các loai sau:  
-Coi thea phổi hōp them Getamycine 0,08g:

-Augmentine 1g; Augmentine 0,625g  
Treiem: 30mg/kg x 2-4lain/ngay  
Ngōoi lōn: 1g x 2-4 lain/ngay  
-Cefuroxime :  
+Vicroxim 1,5g; Zinacef 0,75g

<p>+Treibem: 20mg/10kg/ngày (TB)          +Ngồi lôn: 1-2 ồng/ngày (TB)</p>	<p>Treibem: 30-100mg/kg/ngày          Ngồi lôn: 0,75g x 2-3 lần / ngày          +Zinmax 0,5g; Zinnat 0,5g          Treiem: 10-15mg/kg x 2 lần/ngày          Ngồi lôn : 250-500mg x 2 lần/ngày          -Cefotaxime (Shintaxime 1g ; Opetaxime 1g)          Treiem: 50 -100 mg/kg/ngày          Ngồi lôn: 1g x 2-3 lần /ngày          -Cephadroxil (Biodroxil 0,5g):2v x2lần/ngày          -Cefaclor (Ceclor CD 0,375g): 1v x 2 lần/ngày</p>
<p>Khang viêm:          Còi thei sõi dùng một trong các thuốc sau</p>	<p>-Steroid: còi thei sõi dùng dạng tiêm trong 3-5 ngày nếu sau rồi chuyển sang dạng uống và giảm liều dần          +Mazipredone (Depersolone 0,03g)          Treiem : 1-2mg/kg/ngày          Ngồi lôn: 1 ồng x 1-3lần/ ngày          +Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)          Treiem: 1-2mg/kg/ngày          Ngồi lôn: 1 ồng x 1-3lần/ngày          +Prednisolone 5mg          -Non-Steroid:          + Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg) 1v x 2 -3lần /24giờ          -Enzyme:          +Lysozyme (Noflux 90mg): 1-2v x 2 lần /ngày          +Serratiopeptidase (Garzen 10mg): 1-2v x 2, 3lần /ngày hoặc Alphachymotrypsin 1v x3 lần/ngày</p>
<p>Giảm đau:          Còi thei sõi dùng một trong các thuốc sau</p>	<p>-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày, còi thei sõi dùng dôi dãng:          +Perfalgan10mg/ml x100ml (TTM)          +Panadol, Efferalgan, Dafalgan, Acemol          -Di-antalvic: 1v x 3-4lần/24 giờ</p>
<p>Long nãm:</p>	<p>Acetylcysteine (Muxystine 200mg)          1gôi x 3lần/ngày.</p>

# CHĂM SÒC HẬU PHẪU SAU NÃO V.A

Não V.A là não tủy chứa Lympho viêm và quai phát ở vùng vom mũi họng.

## 1. Thuốc sau mổ :

- Kháng sinh Cephalosporin thế hệ II, III (Cefuroxim, Cefpodoxim, Cetamet, ...)
- Giảm đau

## 2. Chăm sóc hậu phẫu:

Theo dõi chảy máu:

- Nếu bệnh nhân nôn hoặc ra nước bọt trong, cho uống sữa lạnh.
- Nếu còn máu ra cửa mũi trước hoặc chảy qua miệng → Chuyển bệnh nhân vào phòng cắt Amygdale, hút sạch máu ở mũi họng, kiểm tra họng nếu thấy những dấu niêm mạc long thông phải cắt bỏ
- Nếu vẫn còn chảy máu, đặt bông cao vào vùng niêm vom chôn khoảng 3 phút.

## 3. Hậu phẫu ngày 4 :

- Nới sợi mũi kiểm tra vết mổ

## 5. Dẫn dòng khi xuất viện :

- Uống thuốc vãn hồi muối ( NaCl 0.9%) theo toa bác sĩ.
- Tái khám sau 1 tuần tái khám.
- Nếu vẫn còn chảy máu hoặc sốt cao, nên bệnh tái khám ngay.

# CHĂM SÓC HẬU PHẪU SAU CẮT AMIÑAN

## Những nghĩa:

Cắt Amygdale là cắt bỏ Amygdale khâu cái bị viêm hoặc quá phát to ảnh hưởng nên sức khỏe và năng suất làm việc của bệnh nhân.

### 1. Thuốc sau mổ

- Kháng sinh Cephalosporin thế hệ II, III (Cefuroxim 1,5g liều 0,75g x 3 lần/ngày) hoặc Cefotaxim 1g x 2 lần/ngày
- Giảm đau
- Hydrocortison 100mg 1 lần ngày

Theo dõi chảy máu:

- Nếu có chảy máu nhẹ, kiểm tra lại hố Amiñan và cầm máu bằng cách tiêm thuốc tê tại hố Amiñan, buộc cầm máu, nút cầm máu, cắt amiñan còn sót (chú ý ôi cốc dôi amiñan)
- Nếu chảy máu nhiều, hoặc ra rai kéo dài hoặc ồ ạt ra máu nên cho theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ mỗi 30 phút. Nếu thời cho xét nghiệm lại máu.
- Tùy theo tình trạng bệnh nhân mà truyền nước nên giải hoặc máu nếu cần thiết, và cho thêm thuốc an thần (seduxen 5mg nên 10mg IV hoặc IM), Dicynon 250mg từ 20mg nên 30mg/ 24 giờ IV.
- Nếu vẫn chảy máu nhiều chuyển vào phòng mổ kiểm tra lại và thắt ngược mạch cảnh ngoài nếu cần. Chú ý báo naim nồng độ cho bệnh nhân.

### 2. Hậu phẫu ngày 4

Nếu soi họng kiểm tra hố mổ

### 3. Dẫn đường bệnh nhân :

- 03 ngày nằm:
  - Ăn thức ăn lỏng và ngoài nhỏ cháo, súp, sữa.
- Từ ngày thời 3 nên ngày thời 7 :
  - Ăn thức ăn mềm nhỏ mì, mien, phở
- Từ ngày thời 8 có thể ăn bình thường.
- Báo trước cho bệnh nhân biết có thể chảy máu ít vào ngày thời 6 hoặc 7 do tróc giả mạc và nếu chảy nhiều máu tới, sẽ nhập viện ngay.

# CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT CẮT POLYP-HÀT DÂY THANH

## 1. NỖNH NGHÓA

Sau cắt polyp, hạt dây thanh nhằm tái tạo niêm mạc dây thanh. Phục hồi chức năng phát âm

## 2. CHĂM SÓC HẬU PHẪU

### 2.1. Nội khoa

Kháng sinh uống (1 trong các loại sau)	-Amoxicilline + A. clavulanat (Augmentiny) 30-50mg/kg/ngày -Cefuroxim (Zinnat, Zinmax) 30-100mg/kg/ngày
Kháng viêm (1 trong các loại sau)	-Corticoid dạng chích (trong 2-3 ngày), Depersolon: 2-3mg/kg/ngày -Đảng men (trong 5-7 ngày), Garzen 10mg, Noflux 90mg: 2v x 2 lần/ngày

**2.2. Tai chột:** Xông họng bằng Dexacol và Melyptol

### 2.3. Dẫn dờ (trong tuần đầu)

- Hạn chế nói to và dài hơi.
- Tránh thức ăn quá nóng, chua, lạnh.
- Nên nói ngay sau phẫu thuật những nói nhỏ- ngắn hơi

## 3 TÀI KHAM

- Soi thanh quản kiểm tra sau 2 tuần
- Nếu cần có thể tái khám luyện giọng.