

Ký hiệu : **PĐĐT-TMH**

MỤC LỤC

BỆNH CẤP CỨU TẠI MŨI HỌNG

1. Dị vật đường thở	3
2. Dị vật thực quản	7
3. Dị vật mũi	9
4. Chấn thương thanh khí quản	11
5. Khó thở thanh quản ở người lớn.....	13
6. Viêm thanh thiệt cấp	15
7. Abscess quanh amidan.....	16
8. Nhiễm trùng cổ sâu	18
9. Điếc đột ngột.....	20
10. Xử trí chảy máu mũi	22
11. Biến chứng nội sọ do tai	24
12. Chấn thương Mũi Xoang	26
13. Vỡ xoang trán	28
14. Chấn thương tai.....	29

BỆNH LÝ TAI

15. Rối loạn tiền đình.....	31
16. Viêm tai ngoài.....	33
17. Viêm tai giữa cấp và mãn	34
18. Nấm ống tai.....	37
19. Dị vật tai.....	38
20. Điều trị tụ dịch vành tai	40
21. Xốp xơ tai.....	42
22. Dò luân nhĩ – Abscess luân nhĩ	46

BỆNH LÝ MŨI XOANG

23. Viêm mũi dị ứng	47
24. Viêm mũi xoang cấp	48
25. Viêm mũi xoang mạn.....	50
26. Abscess vách ngăn.....	54
27. Gãy xương chính mũi	55
28. Vẹo vách ngăn	57

BỆNH LÝ HỌNG THANH QUẢN

29. Viêm họng.....	59
30. Viêm amidan.....	60
31. Viêm VA.....	63
32. Viêm thanh quản cấp ở trẻ em.....	65
33. Viêm thanh quản mạn tính.....	67

Phê Duyệt Giám Đốc

Trưởng Phòng KHTH

Trưởng Khoa-Phòng

TS,BS.Lữ Văn Trạng

Bs.CKII.Trần Phước Hồng

BsCKI. Phạm Dân Nguyên

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.

Loại di vật:

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

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Diễn hình là hội chứng xâm nhập: 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 tiếng “lật phật cò bay”

3. Di vật phế quản:

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

4. Di vật bỏ quên:

Triệu chứng giống viêm phế quản mạn tính hoặc lao phổi

III. CHẨN ĐOÁN

- Hội chứng xâm nhập.
- Cận lâm sàng:
 - + X quang cổ thẳng – nghiêng, X quang ngực thẳng.
 - + Nội soi TMH

+ CT – Scan cổ - ngực

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 dị vật các cỡ
- Ngay sau khi soi lấy được dị 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 dị vật***

2. Điều trị và theo dõi tổn thương:

- 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
- Nội soi TMH kiểm tra.

3. Vấn đề mở khí quản:

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

4. Chăm sóc sau mở khí quản:

1. Chăm sóc canule

- Cột dây cố định canule vừa đủ chặt và thắt nút khóa.
- Thở oxy ẩm ẩm (nếu cần)
- Hút đàm nhớt thường xuyên, nhỏ nước muối sinh lý, hoặc thuốc làm loãng đàm nhớt (chymotrypsine, Mistabron...) để tránh khô đặc đàm nhớt.
- Thay rửa nòng trong của canule ít nhất 2 lần/ngày
- Tập ho, vỗ lưng cho bệnh nhân thường xuyên, nhất là vào buổi sáng.
- Làm mạng che để tránh bụi và không khí lạnh vào đường thở.

2. Theo dõi biến chứng

- Chảy máu vết mổ: Khâu hoặc băng ép.

- Tràn khí dưới da: Cắt bớt chỉ may da.
 - Tràn khí màng phổi:
 - Nhiễm trùng:
 - Vết mổ:
 - + Cây mũ – Kháng sinh đồ
 - + Rửa, thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày
 - Nhiễm trùng hô hấp dưới:
 - + Chăm sóc canule
 - + Kháng sinh.
- Thuốc:

<p>Kháng sinh</p> <p>-Có thể phối hợp thêm</p> <p>Getamycine 0,08g:</p> <p>+Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB)</p> <p>+Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)</p>	<p>-Augmentine 1g; Augmentine 0,625g</p> <p>Trẻ em: 30mg/kg x 2-4lần/ngày</p> <p>Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày</p> <p>-Cefuroxime : Trẻ em 10-15mg/kg x 2 l/ng</p> <p>Người lớn : 250-500mgx 2 lần/ngày</p> <p>-Cefotaxime: Trẻ em: 50 -100 mg/kg/ngày</p> <p>Người lớn: 1g x 2-3 lần /ngày</p> <p>-Cephadroxil: 2v x2lần/ngày</p> <p>-Cefaclor: 1v x 2 lần/ngày</p>
<p>Kháng viêm:</p> <p>Có thể sử dụng một trong các thuốc sau</p>	<p>-Steroid: tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần</p> <p>+Mazipredone (Depersolone 0,03g)</p> <p>Trẻ em : 1-2mg/kg/ngày</p> <p>Người lớn: 1ống x 1-3lần/ ngày</p> <p>+Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)</p> <p>Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày</p> <p>Người lớn: 1ống x 1-3lần/ngày</p> <p>+Prednisolone 5mg</p> <p>-Non-Steroid: Diclofenac 1v x 2 -3lần /24g</p> <p>-Enzyme:</p>

	+Lysozyme : 1-2v x 2 lần /ngày +Serratiopeptidase: 1-2v x 2, 3lần /ng hoặc Alphachymotrypsin 1v x3 lần/ngày
Giảm đau	-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày
Long đàm:	Acetylcysteine 1gói x 3lần/ngày.

• **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.

Tài liệu tham khảo

1. “Dị vật đường thở”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 80- 81.
2. “Dị vật đường thở”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr14 – 15.

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 nhiều 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. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Tùy bản chất của di vật và thời gian sớm hay muộn:

1. Giai đoạn đầu:

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

2. Giai đoạn thứ hai:

Viêm thực quản abscess dưới niêm mạc thực quản, xuất hiện sau 24giờ.

Triệu chứng: sốt, nuốt đau, chảy nước miếng nhiều

3. Giai đoạn thứ ba: (giai đoạn biến chứng)

Viêm tấy quanh thực quản, có túi mũ ngoài thực quản, abscess cạnh cổ, viêm trung thất, thủng động mạch lớn.... thường xuất hiện sau 5-7 ngày.

III. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng + thời gian đến sớm hay muộn.
- Nội soi TMH
- X-quang cổ thẳng - nghiêng, X-quang ngực thẳng, CT scanner cổ-ngực.
- Nội soi thanh quản ống cứng , nội soi thực quản ống mềm kiểm tra

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Giai đoạn sớm:

- Soi thực quản ống mềm lấy di vật.
- Nếu thất bại, soi thực quản ống cứng dưới gây mê hoặc tê để gắp di vật. Kiểm tra lại lòng thực quản, nếu ổn cho bệnh nhân xuất viện.
- Nếu niêm mạc thực quản trầy xước 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 thực quản vào theo đường tự nhiên có thể lấy qua đường tự nhiên. Tuy nhiên có những trường hợp không lấy được dị vật như hàm răng giả lớn có móc kim loại, khi đó phải can thiệp phẫu thuật.

- Dị vật ở đoạn cổ: mở cạnh cổ, bộc lộ thực quản, rạch thực quản lấy dị vật.
- Dị vật đoạn ngực: phối hợp với phẫu thuật lồng ngực.

2. Giai đoạn muộn:

- Có abscess cạnh cổ: mở cạnh cổ để dẫn lưu mũ đồng thời tìm dị vật ở nơi thung thực quản. Sau mổ để hở, đặt Tube levin, thay băng hằng ngày, thuốc:

+ Cephalosporin thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim, Cefetamet...

3g – 6g/ ngày tĩnh mạch

- + Corticoide
- + Giảm đau
- + Sinh tố

- Khi abscess quá lớn chèn ép thanh khí quản: mở khí quản trước để kiểm soát đường thở.
- Sau 1 tuần, đóng da vết thương, rút tube levin và soi kiểm tra lại thực quản.
- Biến chứng nặng: abscess cạnh cổ lan xuống trung thất, phối hợp với phẫu thuật lồng ngực hoặc ngoại mạch máu.
- Theo dõi:
 - + X-quang phổi và công thức máu 2 ngày/1 lần
 - + Lâm sàng + Nội soi TMH kiểm tra

Tài liệu tham khảo

1. “Dị vật họng”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 362.
2. “Dị vật đường ăn”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 16 – 17.

DI VẬT MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thường gặp trẻ 2 – 5 tuổi. Dị vật: đồ chơi, thức ăn, đậu, lúa, ngô, cúc áo....

Hoặc dị vật do sặc thức ăn từ miệng qua lỗ mũi sau vào hốc mũi, bị mắc kẹt ở các khe mũi không ra được.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Dị vật vào mũi gây phù nề, ngạt tắc mũi nhưng chỉ bị ở một bên nên trẻ không khó chịu và không được biết đến.
- Sau vài ngày hốc mũi bên đó bị tắc hẳn và chảy mũi mủ có mùi hôi, thối rữa.

III. CHẨN ĐOÁN

- Khám: hốc mũi một bên đầy mủ hôi ứ đọng, khe dưới hay khe giữa có một khối có mủ bám quanh, thường tròn, nhẵn nên hay lầm lẫn là khối u hốc mũi.
- Nội soi mũi.
- Xquang mũi thẳng – nghiêng (khi cần).

IV. ĐIỀU TRỊ

1) Lấy dị vật:

- Cần chuẩn bị chu đáo: Với trẻ nhỏ phải giải thích tốt, bế ẵm đúng, nếu cần phải gây mê, tránh để trẻ giãy giụa gây sang chấn, chảy máu sẽ không lấy được.
- Trước khi lấy cần hút sạch mũi mủ, đặt thuốc gây co tốt để nhìn được rõ dị vật.
- Lấy dị vật bằng que móc, luồn vào phía trong để kéo dị vật từ trong ra ngoài. Nếu dùng kẹp phải là loại đầu bẹt, rộng, gập nhẹ nhàng vì dị vật dễ vỡ làm các mảnh nhỏ khó lấy.
- Nếu dị vật ở sâu phía sau hốc mũi có thể đẩy xuống họng nhưng cần thận tránh thành dị vật đường thở dưới.

2) Thuốc: Khi có nhiễm trùng

- Kháng sinh: Amoxicillin 50 - 100mg/kg chia 3 lần/ngày.
Amoxicillin + acid clavulanic: 50mg/kg chia 2 lần/ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần...
- Kháng viêm, chống phù nề: Alphachymotrypsin 1-2 viên x 2 lần/ngày.
- Kháng Histamin: Chlopheniramin 4mg 1 – 2 viên/ngày

Hoặc Fexofenadine 60mg 1 – 2 viên/ngày

- Nhỏ mũi: NaCl 0,9% 3 giọt x 3 lần/ngày.

Tài liệu tham khảo

1. “Dị vật mũi”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 107 – 108.
2. “Dị vật đường thở”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr14 – 15.

CHẤN THƯƠNG THANH KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương thanh khí quản do một vật thể tác động trực tiếp vào vùng thanh khí quản hoặc do hít phải không khí có nhiệt độ không bình thường (quá nóng, quá lạnh) hoặc hơi hóa chất làm tổn thương đến các tổ chức sụn của vùng này.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Bệnh nhân có bệnh sử chấn thương vùng cổ trước, kèm theo: khàn tiếng hay đổi giọng, khó nuốt, nuốt đau, khó thở hay đau vùng cổ trước.
- Khám thực thể: thở rít, tràn khí dưới da, khạc máu, nhạy đau vùng thanh quản, mất độ lồi của sụn giáp, tụ máu hay phù nề da bên ngoài.

III. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh sử chấn thương + khám thực thể.
- X-quang cổ thẳng – nghiêng.
- Nội soi họng.
- CT scanner cổ – ngực có hoặc không cản quang.

IV. ĐIỀU TRỊ

Nội khoa: nếu thương tổn tự hồi phục được và đường thở ổn định.

- + Theo dõi sát hô hấp 24 giờ
- + Không nói chuyện, gập cổ, thở oxy ẩm
- + Kháng sinh khi có rách niêm mạc thanh quản: Cephalosporine thế hệ II,III: Cefuroxim, ceftriaxone,...
- + Ức chế Histamin H₂
- + Steroid toàn thân.
- + Nội soi họng kiểm tra

Phẫu thuật: Những thương tổn cần phải mổ và mở thanh quản gồm:

- Rách liên quan bờ tự do dây thanh hay mép trước.
- Rách niêm mạc nhiều, bộc lộ sụn
- Vỡ sụn di lệch nhiều
- Di lệch sụn phễu

- Bất động dây thanh

Mở bộc lộ thanh quản nên được thực hiện ngay 24giờ sau chấn thương.

V. BIẾN CHỨNG

- Hình thành mô hạt.
- Dính thanh môn mép trước.
- Chân vịt mép sau hay sẹo liên phễu.
- Hẹp thanh khí quản
- Hẹp hạ thanh môn.
- Liệt vĩnh viễn tạo nên giọng nói không đủ.

Tài liệu tham khảo

1. “Chấn thương khí quản”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, tr 106 – 109.
2. “Chấn thương thanh quản”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 22 – 23.

KHÓ THỞ THANH QUẢN NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng khó thở xảy ra ở thì hít vào có thể kèm theo tiếng rít ở vùng thanh quản, co lõm ở vùng hõm ức, thượng đòn.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Khó thở thì hít vào, có rít, co lõm trên hõm ức, trên xương đòn, khoảng liên sườn.
- Giọng nói thay đổi: khàn, rè...
- Khó nuốt, chảy nước bọt.
- Sờ thấy dấu hiệu vỡ thanh quản
- Tràn khí dưới da
- Phù Quink
- U ở vùng cổ (hạch)
- Các dấu hiệu bệnh lý của phổi.

III. CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng
- Nội soi họng
- Khí máu
- Công thức máu
- Chụp X quang phổi thẳng
- CT scan thanh quản

Dấu hiệu nặng:

- Xanh tái, tim đập nhanh, chảy mồ hôi
- Khó thở phải ngồi, thở co kéo
- Nếu có chảy nước miếng = viêm thanh thiệt
- Disphagie fabrile

IV. ĐIỀU TRỊ

- Thở oxy
- Dùng corticoide:

+ 150mg Methyl Prednisolon hoặc Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch, lặp lại 30 phút nếu chưa đáp ứng

- + Hoặc Depersolone 30mg: 1 ống tiêm bắp
 - Luôn luôn nên đặt ống nội khí quản trước, nếu như tắc nghẽn đến mức nghiêm trọng không đặt được thì phải mở khí quản.
- Chọc kim số 12 vào giữa màng giáp nhẫn: cũng có giá trị giúp bệnh nhân thở trong khoảng 10 phút trước khi tiến hành được mở khí quản.

Tài liệu tham khảo

1. “Khó thở thanh quản người lớn”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, tr 130 – 133.
2. “Khó thở thanh quản”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 11 – 13.

VIÊM THANH THIẾT CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là 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 từ 1 – 6 tuổi, tiến triển nhanh trong vòng 12- 24h

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Tình trạng nhiễm trùng: sốt, đau họng, bứt rứt, khó nói, khó nuốt, chảy nước miếng, có thể ngưng hô hấp.
- Ở người lớn: khó nuốt và đau họng. Khó thở có thể xảy ra nhưng ít gặp.
- Khám thấy bờ của thanh thiệt dày, đỏ. Thanh thiệt to che khuất cả thanh môn, trên bề mặt có thể có mũ và mọng, phù nề (hình ảnh mồm cá mè)

III. CHẨN ĐOÁN

- Dấu hiệu lâm sàng
- Nội soi họng, X quang cổ nghiêng: thấy thanh thiệt dày lên bất thường.
- Ct scan cổ ngực có cản quang

IV. ĐIỀU TRỊ

- Cho bệnh nhân ở tư thế ngồi. Nhập viện theo dõi: tri giác, dấu hiệu sinh tồn.
- Đảm bảo thông thoáng hô hấp, Thở oxy 4 – 6 lít/phút
- Đặt ống nội khí quản, một số trường hợp phải mở khí quản cấp cứu.
- Corticoid: Hydrocortisone hoặc Depersolone 30mg x 2 ống
- Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ II hoặc III trong 7 – 8 ngày.

V. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Tiến triển tốt nếu các dấu hiệu lâm sàng giảm dần. Nội soi họng kiểm tra tốt CTM trở về bình thường, bệnh nhân có thể ra viện sau 7 – 10 ngày

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm thanh thiết cấp”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, tr 139 – 142.
2. “Viêm tấy – Abscess vùng cổ”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 133 – 134.

ABSCESS QUANH AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

- 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 pneumonie, Hemophilus influenza, Staphylococcus aureus.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Khởi đầu bằng đau họng vài ngày rồi bớt nhưng không hết hẳn, sau đó đau họng trở lại, lan lên tai
- Sốt 39 – 40⁰C, bộ mặt nhiễm trùng.
- Chảy nước bọt, giọng ngậm hột thị.
- Hơi thở hôi.
- Há miệng hạn chế.
- Khám: họng đỏ, lưỡi gà bị đẩy lệch sang bên, trụ trước amidan sưng phồng và amidan to đẩy vào trong.

III. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng lâm sàng + khám thực thể
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng
- Nội soi họng
- CT scan hầu họng có cản quang
- Phết họng hay chọc hút mủ tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh phổ rộng: Cephalosporine thế hệ II, III. Thời gian điều trị 5 – 7 ngày
- Kết hợp Metronidazole 500mg/100ml 1chai x2 truyền tĩnh mạch/ngày nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí
- Kháng viêm chống phù nề: Corticoid dạng uống hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- Rửa dẫn lưu ổ mủ.

- Nâng tổng trạng.
- Cắt amidan sau 3 tháng.

Tài liệu tham khảo

1. “Abscess Amidan”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 203 – 207.
2. “Abscess quanh Amidan”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 132.

NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là nhiễm trùng của các khoang cổ tạo nên bởi căn cổ sâu, gây hậu quả nghiêm trọng như nhiễm trùng huyết, nhiễm độc, chèn ép cấp tính đường thở, viêm tắc các mạch máu và đặc biệt nhiễm trùng có thể lan rộng gây nên viêm trung thất, tràn mủ trung thất, màng phổi và là bệnh có tỷ lệ tử vong cao.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Bệnh sử có tiền căn nhiễm trùng:

- + Ô nhiễm trùng từ răng hoặc Amidan
- + Từ các nguồn khác: tuyến mang tai, tuyến giáp, viêm xương chũm, viêm họng, nhiễm trùng từ cột sống cổ, viêm hạch cổ
- + Chấn thương vùng cổ mặt

III. CHẨN ĐOÁN

- + Tổng trạng nhiễm trùng nhiễm độc
- + Sưng các vùng cổ mặt có liên quan (khoang bên họng và dưới cằm thường hay bị ảnh hưởng nhất). Sờ khó phát hiện tình trạng có tích tụ mủ bên dưới.
- + Khó thở nếu đường thở bị chèn ép
- + khó nói, nuốt đau, chảy nước bọt
- + Khít hàm, xoay cổ khó khăn
- + Tim đập nhanh, có thể rơi vào choáng
- Công thức máu: bạch cầu tăng > 10.000
- Nội soi họng
- X-quang tư thế cổ thẳng và nghiêng, CT scan cổ ngực có cản quang.
- Siêu âm: giúp chẩn đoán và định vị chọc dò

IV. ĐIỀU TRỊ

- Nhập viện – điều trị sớm – theo dõi sát (chế độ săn sóc đặc biệt)
- Đáp ứng điều trị nội: chỉ 10-20% bệnh nhân, hầu hết kết hợp điều trị ngoại
- Kháng sinh: thời gian sử dụng 3-4 tuần
 - + Amox/Acid clavulanic: Augtipha 562,5mg, clamine 625mg

- +Hoặc Cephalosporin thế hệ III
- +Phối hợp với Metronidazol 500mg (100ml) x 2 lần/ngày
- Duy trì đường hô hấp: Đặt nội khí quản < 24 giờ
Mở khí quản: hạn chế – tính toán
- Cân bằng nước và điện giải
- Phẫu thuật dẫn lưu và làm sạch ổ nhiễm trùng: ổ nhiễm trùng lớn gây chèn ép và biến chứng hay dùng kháng sinh trong 24 giờ mà không hiệu quả.

V. TIÊN LƯỢNG

Nội soi họng kiểm tra

***Tiên lượng tốt:**

- Bệnh nhân giảm các triệu chứng trong vòng 24-36 giờ
- Bớt sốt, Giảm đau
- Công thức máu bạch cầu giảm về gần bình thường

***Không tốt:**

- Viêm hoại tử các lớp cân mạc, tắc các mạch máu => Lan rộng + tử vong
- Viêm trung thất
- Sốt cao, đau nhói ở ngực
- Sung nề, sờ lạo xạo ở vùng xương ức
- Khó thở, nhịp tim nhanh

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

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

Tài liệu tham khảo

1. “Nhiễm trùng cổ sâu”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 149 – 152.
2. “Viêm tấy – Abscess vùng cổ”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 133 – 134.

ĐIẾC ĐỘT NGỌT

I. ĐẠI CƯƠNG

Điếc đột ngột là sự xuất hiện tình linh điếc tiếp nhận thường là một bên tai không có nguyên nhân rõ ràng. Đây là một cấp cứu nội khoa. Bệnh thường xảy ra ở người trung niên khoảng 40-55 tuổi nam hoặc nữ.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Bệnh cảnh dịch tễ, sự xuất hiện theo mùa
- Sự xuất hiện nhiễm trùng đường hô hấp trên trước giai đoạn chóng mặt, điếc
- Xét nghiệm huyết thanh học: kháng thể kháng virus trong dịch não tủy

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Điếc đột ngột thường xảy ra đơn độc. Có thể kèm theo ù tai, đầy tai, chóng mặt nhưng bệnh nhân không bị liệt mặt và không có dấu thần kinh khu trú

Soi tai: bình thường

2. Cận lâm sàng:

- Thính lực đồ cho thấy điếc tiếp nhận
- Nội soi tai
- CT scanner tai – xương chũm để phát hiện dò ngoại dịch
- MRI xương đá có cản quang, PEA để loại trừ u dây thần kinh VIII
- Xét nghiệm tìm yếu tố nguy cơ mạch máu: cao HA, tiểu đường, rối loạn mỡ trong máu, tăng urée...

IV. ĐIỀU TRỊ:

Tìm nguyên nhân cần can thiệp phẫu thuật

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 điều trị là 5 ngày

V. TIÊN LƯỢNG: tốt nếu

1. Điếc nhẹ

2. Điếc ở tần số thấp
3. Không có dấu hiệu tiền đình
4. Điều trị sớm trong vòng 3 ngày sau khỏi bệnh
5. Không có các yếu tố nguy cơ mạch máu

Tài liệu tham khảo

1. “Điếc đột ngột”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 33.
2. “Điếc đột ngột”, Phác đồ điều trị khoa TMH (2014), Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tr 6 – 7.

XỬ TRÍ CHẢY MÁU MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG: Là 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, va đập trực tiếp vùng mặt và mũi.
- b. **Viêm nhiễm:** viêm hô hấp trên, viêm xoang, dị ứng, do hít phải hơi độc.
- c. **Lệch vách ngăn**
- d. **Dị vật**
- e. **U bướu:** gồm những tổn thương lành và ác tính vùng hốc mũi.
- f. **Phình mạch (Aneurysms).**

2. **Nguyên nhân toàn thân:** Cao huyết áp do xơ mạch, bệnh lý đông máu, bệnh dẫn mạch xuất huyết di truyền, do nguyên nhân nội tiết (suy gan, suy thận hoặc kỳ kinh nguyệt), không rõ nguyên nhân.

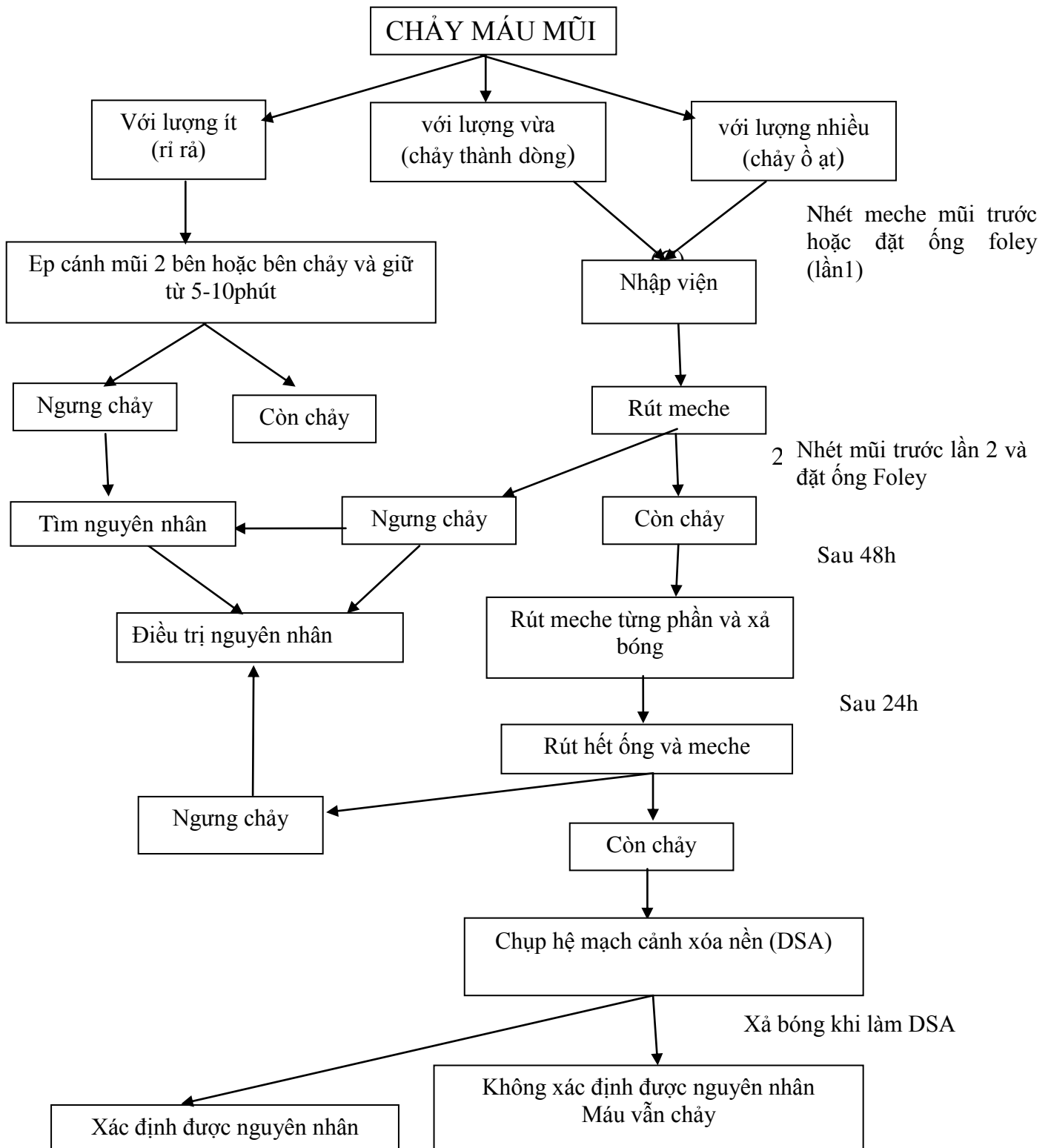
III. XỬ TRÍ

- Nhét meches mũi trước cầm máu và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu.
- Bù nước và điện giải cần thiết, kháng sinh dự phòng và giảm đau
- Hai ngày sau (48 giờ nhét meches): Rút meches.
- Nếu còn chảy sau rút meches: nhét meches lại có hoặc không đặt ống Foley.
- Nếu không chảy lại: nội soi mũi tìm nguyên nhân.
- Truyền máu nếu Hematocrit (Hct) < 20%
- Không tìm ra nguyên nhân mà máu vẫn chảy: thắt mạch theo thứ tự sau:
 1. Thắt động mạch hàm trong (đa số các trường hợp từ 60% trở lên)
 2. Thắt động mạch sàng trước
 3. Thắt động mạch cảnh ngoài
 4. Thắt động mạch cảnh chung

Tài liệu tham khảo

1. “Chảy máu mũi”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 67 – 71.
2. “Chảy máu mũi”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 8 – 10.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CHẢY MÁU MŨI



1. Làm tắc nghẽn chọn lọc.
2. Thất động mạch qua đường mổ ngoài.
3. Phối hợp với chuyên khoa khác.

BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là sự lan truyền của nhiễm trùng ra khỏi khoảng thông bào và niêm mạc của xương chũm và tai giữa vào nội sọ.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, môi khô, lưỡi dơ, tiểu ít.
- Viêm xương chũm cấp hoặc mạn tính hồi viêm
- Viêm màng não
- Abscess ngoài màng cứng: Thường không triệu chứng đặc hiệu và được phát hiện trong lúc mổ.
 - Abscess đại não
 - Abscess tiểu não
 - Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên
 - Thủy thủng màng não
 - Abscess dưới màng cứng

III. CHẨN ĐOÁN

- Viêm tai xương chũm tái phát nhiều lần + hội chứng nhiễm trùng nặng
- Công thức máu, Nội soi tai
- CT scan tai xương chũm, Chọc dịch não tủy

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị ngoại khoa

- Khoét rộng đá chũm toàn phần mở rộng, để hở da sau tai. Chỉnh hình vành tai – ống tai và khâu da sau tai thì 2 khi ổn và hồ mổ lên mô hạt tốt.
- Các trường hợp abscess não: phối hợp với chuyên khoa ngoại thần kinh:
 - Tiếp cận ổ abscess: hút rửa, dẫn lưu.
 - Khi bệnh nhân tương đối ổn định, KRĐC lấy sạch bệnh tích.
- Thất tĩnh mạch cảnh trong nếu cần.

2. Điều trị nội khoa

a. Kháng sinh: dựa vào kháng sinh đồ

- Trước khi có kết quả kháng sinh đồ :

Metronidazol (Servizol 0,5g/100ml): 1chai x 2-3 lần /24giờ.	Cefuroxime 0,75g x 2-3 lần/24g -Trẻ em: 30mg-100mg/kg/ x 3lần/24 giờ (Tiêm TM)
Gentamycine 0,08g/2ml -Trẻ em: 20-40mg/10kg /24g. -Người lớn: 1-2ống /24g.	hoặc: Cefotaxime 1-3gx2-4lan/24h -Trẻ em: 150-200 mg/kg/24 giờ (Tiêm TM)
	hoặc: -Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone +Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ng

- Sau khi có kết quả kháng sinh đồ: đổi theo kháng sinh đồ

b. Chống tăng áp lực nội sọ:

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

c. Điều trị hỗ trợ:

- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol: 30 -40mg/kg/24giờ
- Bù nước và điện giải: Lactate Ringer 500ml, Glucose 5% 500ml TTM

d. Theo dõi dịch não tủy:

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

Tài liệu tham khảo

1. “Biến chứng nội sọ do tai”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 152 – 155.
2. “Biến chứng nội sọ do tai”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 37 – 39.

CHẨN THƯƠNG MŨI XOANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chỉ khu trú vào chấn thương làm vỡ xương chính mũi và xương hàm trên.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

2.1. Gãy xương chính mũi

- Tháp mũi biến dạng.
- Sờ có chỗ mất liên tục và đau chói.
- Có dấu lạo xạo xương và có tràn khí dưới da.
- Vách ngăn thường vẹo sang một bên.

2.2. Vỡ xương gò má

- Mặt sưng nề, biến dạng, kết mạc mắt xuất huyết.
- Bờ dưới ổ mắt mất liên tục, cung gò má mất liên tục, đôi khi có tràn khí dưới da. Phải khám kỹ: thị lực, vận nhãn, khớp cắn.

III. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh sử chấn thương
- Chụp X – quang mũi nghiêng, Blondeau và Hirtz.
- Nội soi mũi
- Chụp CT Scan nếu cần

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

- Cho bệnh nhân nằm đầu cao.
- Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim,...)
- Giảm đau: Paracétamol 60mg / kg / ngày.
- Chống phù nề: Loại enzym 1-2 viên x3 lần/ ngày (Serratio peptidase, Lysozym, Alpha-Chymo trypsine)

4.2. Ngoại khoa

- **Gãy xương chính mũi:**
 - Nâng xương chính mũi nếu gãy có di lệch nhiều và tháp mũi ít sưng nề.

- Loại trừ tụ máu vách ngăn. Nếu có phải rạch dẫn lưu tránh áp xe vách ngăn sau này.
- Nếu tháp mũi sưng nề nhiều: điều trị nội khoa 3 ngày, tái khám và sẽ nâng xương chính mũi nếu cần thiết.
- Tái khám sau 1 – 2 tuần, sau đó 1 – 2 tháng.

- Gãy xương gò má:

- Gãy có di lệch nhưng không phức tạp: nâng xương gò má bằng móc Ginestet sớm.
- Gãy có di lệch nhưng phức tạp, phù nề nhiều: điều trị nội khoa và phẫu thuật chỉnh hình xương gò má bằng phương pháp kết hợp xương càng sớm càng tốt.
- Gãy xương gò má không di lệch hoặc chỉ di lệch ít: điều trị nội khoa.

4.3. Điều trị sau mổ

- Nằm đầu cao.
- Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim,...)
- Giảm đau: Paracétamol 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 như: 1-2viên x 3lần/ngày (Serratio peptidase, Alphachymotrypsin, Lysozym)
- Chọc xoang hay hút máu tụ trong xoang qua nội soi nếu cần thiết.
 - Nội soi mũi kiểm tra + Chụp lại X quang sau 4 tuần.

Tài liệu tham khảo

1. “Chấn thương mũi – Vỡ tháp mũi”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 77.
2. “Chấn thương mũi xoang”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 20 – 21.

VỠ XOANG TRÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xảy ra do một chấn thương mạnh vào vùng trán làm vỡ xương thành trước hoặc thành sau xoang trán.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- *Sung vùng trán*: nghi đến tổn thương xoang trán. Tuy nhiên nếu sung mô mềm hoặc tụ máu nhiều có thể che lấp dấu hiệu vỡ xương bên dưới.
 - + *Lõm vùng trán*: chứng tỏ có vỡ xoang trán di lệch nhiều. Phù nề hoặc tụ máu sẽ tan biến sau vài ngày giúp đánh giá chính xác hơn.
 - + Rách da trán: cần phải được khám trong điều kiện vô trùng để đánh giá tính nguyên vẹn của thành trước, thành sau và màng cứng.
 - + Gãy xương chính mũi.
 - + Chảy nước mũi: làm sạch và khám hốc mũi tìm dò dịch não tủy. Hỏi xem có chảy nước mũi hoặc chảy dịch mẩn ở phía sau mũi xuống họng không.
- Khám khứu giác: tìm các rối loạn khứu giác.

III. CHẨN ĐOÁN

- *X-quang*: sọ thẳng – nghiêng, mũi nghiêng, Blondeau.
- Nội soi TMH
- *Chụp CT scan*: sọ não, mũi xoang

IV. ĐIỀU TRỊ

1. **Nội khoa**: vỡ xoang trán không di lệch hoặc ít di lệch.
2. **Ngoại khoa**: Có di lệch về thẩm mỹ hoặc có khả năng tạo u nhày về sau.
 - + Vỡ thành trước: phẫu thuật nâng thành trước và tái lập thông khí xoang.
 - + Nếu tổn thương thành sau: kết hợp ngoại thần kinh.

Tài liệu tham khảo

1. “Chấn thương xoang”, Thực hành TMH (1982), NXB Y học, Võ Tấn, tr 149 – 154.
2. “Chấn thương mũi xoang”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 20 – 21.

CHẤN THƯƠNG TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương tai bao gồm cả tai ngoài, tai giữa, và tai trong.
- Nguyên nhân:
 - + Cấp tính: do đụng đập, hỏa khí, áp lực... Hoặc ngoáy tai bằng que bông, móc tai, do tát tai...
 - + Mãn tính: là những chấn thương kéo dài gây tổn thương vi thể gây điếc như tiếng ồn (chấn thương mạn tính).

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

1) Vỡ xương đá: Thường kèm chấn thương sọ não.

- Chảy máu tai.
- Nước não tủy chảy khi có rách màng não.
- Nghe kém kiểu tiếp nhận, ù tai, chóng mặt, rung giật nhãn cầu, tự phát, mất thăng bằng, liệt mặt ngoại biên.
- Khám tai: Vành tai, ống tai có thể tổn thương (Loại vỡ dọc, vỡ chéo); có thể thấy màng nhĩ màu tím xanh, hơi phồng do chảy máu.
- Chọc dò tủy sống: Nước não tủy màu hồng, xét nghiệm có hồng cầu. Nếu áp lực tăng có thể có sự tắc nghẽn lưu thông nước não tủy.

2) Chấn thương thủng nhĩ:

- Sau tai nạn: đau nhói trong tai, ù tai tiếng trầm và nghe kém kiểu dẫn truyền.
- Chảy máu tai tùy mức độ chấn thương.
- Khám màng nhĩ có một lỗ thủng mới rớm máu bờ gọn hoặc nhám nhở, các mép lỗ thủng có thể cuốn mép lại làm lỗ thủng càng rộng thêm. Vị trí lỗ thủng có thể trung tâm hoặc rìa nhưng không bao giờ thủng toàn bộ màng nhĩ.

III. CHẨN ĐOÁN

- Tùy thể lâm sàng, có thể phối hợp thêm các cận lâm sàng: X quang, CT scan, thính lực đồ, nội soi tai...

IV. ĐIỀU TRỊ

1) Vỡ xương đá:

- Trước hết xử trí chấn thương sọ não nếu có,

- Lau tai, nhét mèche kháng sinh, tuyệt đối không rửa tai hay làm thuốc tai ướt.
- Cho kháng sinh tới khi tai khô.
- Điều trị các biến chứng (như viêm màng não) nếu có viêm tai giữa phải chủ động phẫu thuật tai tiết căn.
- Điều trị di chứng: liệt mặt (50%), nghe kém,... theo dõi sát biến chứng viêm màng não.

2) Chấn thương thủng nhĩ:

- Nếu thủng nhỏ, bờ gọn sạch:
 - + Lau sạch máu và các chất bẩn trong ống tai
 - + Làm thuốc tai khô với bột kháng sinh hoặc mỡ kháng sinh
 - + Nhét mèche, băng kín,
 - + Thay băng làm thuốc hàng ngày.
 - + Tiêm phòng uốn ván.
- Nếu thủng lớn phải đưa bệnh nhân vào phòng mổ, đặt cố định lại màng nhĩ, kháng sinh theo dõi điều trị như vá màng nhĩ.

Tài liệu tham khảo

1. “Chấn thương tai”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 167 – 169.
2. “Chấn thương tai”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 25 – 27.

RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rối loạn tiền đình là một trạng thái bệnh lý biểu hiện trên lâm sàng bởi triệu chứng chóng mặt và rối loạn thăng bằng.
- Nguyên nhân:
 - + Hội chứng tiền đình ngoại biên: trong mê đạo hoặc sau mê đạo.
 - + Hội chứng tiền đình trung ương:
 - + Ngộ độc Barbiturat
 - + Thiếu năng mạch máu thân nền
 - + Các khối u

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Chóng mặt: Xuất hiện từng cơn một cách đột biến hoặc khi cử động mạnh hoặc khi thay đổi tư thế đầu. Cơn kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

Bệnh nhân có cảm giác xoay tròn hoặc di chuyển theo một hướng nào đó.
- Rối loạn thăng bằng: cảm giác bồng bênh ngồi không vững.
- Rối loạn giao cảm: xanh tái, toát mồ hôi, buồn nôn, nôn ói, tim đập mạnh.
- Dấu hiệu rung giật nhãn cầu (nystagmus) đánh về chiều ngược với bên tai bệnh.
- Dấu hiệu Romberg nghiêng về tai bệnh.
- Dấu hiệu nghiệm pháp bước đi hình sao (Test Babinski - Weil) nghiêng về tai bệnh.

III. CHẨN ĐOÁN

- Chóng mặt, kèm theo rối loạn thăng bằng, giao cảm.
- Khám thực thể: dấu rung giật nhãn cầu, Romberg (+), test Babinski – Weil
- Nội soi TMH, CT scan, thính lực đồ... loại trừ các nguyên nhân chóng mặt khác

IV. ĐIỀU TRỊ

1) Nội khoa:

- Ngưng ngay hóa chất nhiễm độc.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối yên tĩnh.
- Ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu.
- Thuốc: + Glucose 10% - 30%

+ Giảm mạch: Piracetam 12g truyền tĩnh mạch/ngày

hoặc Piracetam 400mg 1v x 2 (u)/ngày

Flunarizin 5mg (Sibelium) 1v (u) tối

Cinnarizin 25mg (Stugeron) 1v x 3 (u)/ngày

+ Chống chóng mặt: Acetyl DL Leucine 0,5g (Taganil) 1v x 3(u)/ngày.

Betahistine 16mg 1v x 3 (u)/ngày.

Trimetazidine 35mg MR (Vaspycar) 1v x 2 (u)/ngày

- Hủy mê nhĩ bằng thuốc nếu điều trị các thuốc trên không hiệu quả (Gentamycine 0,5 - 1mg/kg/lần bơm vào hòm nhĩ).

2) Phẫu thuật:

- Chỉ đặt ra khi điều trị nội không thành công.

- Phương pháp phẫu thuật: khoét rộng đá chũm nếu viêm xương chũm.

- U dây VIII phối hợp ngoại thần kinh.

Tài liệu tham khảo

1. “Hội chứng tiền đình”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 30 – 32.
2. “Rối loạn tiền đình”, Phác đồ điều trị khoa TMH (2014), Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tr 8 – 9.

VIÊM TAI NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tai ngoài cấp: 80% xuất hiện vào mùa hè, thường do môi trường ẩm.

Nguyên nhân: hẹp ống tai, nút ráy tai, lấy ráy tai, bơi lội...

- Vi trùng thường gặp: Pseudomonas Aeruginosa (>40%), Staphylococcus, Streptococcus, trực khuẩn Gram âm, nấm...

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Đau tai, cảm giác đầy tai, nghe kém, chảy dịch tai.

- Sốt khi có viêm tai ngoài cấp.

- Khám: ống tai nề đỏ, có ít dịch tiết trong tai, ấn nắp bình tai đau.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào dấu hiệu lâm sàng + Nội soi tai, thính lực đồ (nếu cần).

IV. ĐIỀU TRỊ

- Hút rửa tai.

- Thuốc nhỏ tai: Ciprofloxacin 0,3% collyre, Neomycin collyre...

- Kháng sinh toàn thân: Amoxicillin 50 - 100mg/kg chia 3 lần/ngày.

Amoxicillin + acid clavulanic: 50mg/kg chia 2 lần/ngày.

Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.

Cephalosporine: Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil: 2v x 2 (u)/ngày.

Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.

Thế hệ III: Cefpodoxim 100mg, Cefetamet 250mg 2v x 2 (u)/ngày.

- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần mỗi 6 giờ...

- Nội soi tai kiểm tra.

Tài liệu tham khảo

1. “Nhọt ống tai ngoài”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 7.
2. “Viêm ống tai ngoài”, Phác đồ điều trị khoa TMH (2014), Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tr 19.

VIÊM TAI GIỮA CẤP VÀ MÃN

I- VIÊM TAI GIỮA CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG: Là tình trạng viêm nhiễm cấp tính niêm mạc tai giữa, tiến triển trong khoảng 3 tuần. Thường xảy ra sau viêm nhiễm mũi họng do virus và sự tắc vòi Eustache.

2. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Triệu chứng ở trẻ nhũ nhi rất đa dạng, không rõ ràng: kích thích, quấy khóc, bú kém hoặc bỏ bú.
- Ở trẻ lớn: đau tai thường kèm theo sốt $38 - 38,5^{\circ}\text{C}$, trong bệnh cảnh viêm mũi họng và hình ảnh màng nhĩ thường thay đổi theo giai đoạn:
 - + Giai đoạn viêm tai xung huyết: màng nhĩ có mạch máu đỏ nổi lên từ cán búa tỏa ra xung quanh
 - + Giai đoạn viêm tai giữa xuất tiết: màng nhĩ dày, đỏ toàn bộ, khó thấy những móc giải phẫu
 - + Giai đoạn tụ mủ: những móc giải phẫu không thấy nữa, màng nhĩ phồng chủ yếu trong $\frac{1}{4}$ sau dưới của màng nhĩ. Ở giai đoạn này có thể tiến triển tự nhiên tự thủng nhĩ chảy mủ ra ngoài.
- Ở người lớn: đau tai một bên, theo mạch đập, giảm thính lực, sốt $> 38^{\circ}\text{C}$. Soi tai thường thấy màng nhĩ đỏ, không có các móc xương con. Ở giai đoạn tụ mủ thấy màng nhĩ phồng phía sau dưới rõ.

3. CHẨN ĐOÁN

- Công thức máu tăng cao: chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính
- X-quang: schuller 2 tai có thể có hình ảnh mờ xương thông bào xương chũm
- Lấy dịch tai giữa cấy mủ và phân lập vi trùng
- Nội soi tai – mũi - họng
- Thính lực đồ: điếc dẫn truyền độ I hoặc II
- Chụp CT scan, MRI trong trường hợp nghi ngờ có biến chứng nội sọ

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nội khoa:

- Kháng sinh toàn thân: Cephalosporin thế hệ thứ II, III (Cefuroxim, Cefpodoxim, Cetamet,...) trong 10 ngày đến 14 ngày
- Giảm sốt, giảm đau. Một số trường hợp phải dùng corticoid, kháng histamin.
- Trong trường hợp đau nhiều, dùng thuốc nhỏ tai giảm đau tại chỗ như Otypax, nhất là trong những trường hợp viêm màng nhĩ bóng nước hoặc xung huyết màng nhĩ cấp
- Trong viêm tai giữa cấp do Pyocyanique, nhất là trẻ dưới 3 tháng cần nhập viện, kháng sinh tĩnh mạch (Cephalosporin như: Viciroxim, Ceftazidine).
- Khi qua giai đoạn cấp tính: có thể dùng Vitamin PP, Kẽm Gluconat tái tạo niêm mạc.
- Tiến triển thường thuận lợi khi có điều trị đúng. Triệu chứng cải thiện sau 4 ngày, màng nhĩ trở về bình thường sau 8 ngày
- Khi không được điều trị có thể có biến chứng như: viêm xương chũm cấp, liệt mặt, viêm mê nhĩ, viêm màng não, abscess não

b. Ngoại khoa:

- Rạch màng nhĩ hiện nay ít dùng, chỉ định cho trường hợp kháng điều trị với kháng sinh hay viêm tai giữa cấp biến chứng (bệnh cảnh viêm nhiễm nặng, viêm xương chũm, viêm màng não, liệt mặt) hoặc trẻ dưới 3 tháng. Rạch màng nhĩ ở ¼ sau dưới của màng nhĩ mục đích dẫn lưu mủ và cấy mủ
- Khoét xương chũm: được thực hiện trong trường hợp biến chứng và không đáp ứng với kháng sinh

II- VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH:

1. **ĐẠI CƯƠNG:** tình trạng viêm niêm mạc tai giữa trên 3 tháng. Bao gồm nhiều thể lâm sàng, hay gặp nhất là viêm tai giữa mãn màng nhĩ hờ

2. **TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:**

- + Tiền sử viêm tai giữa cấp, chảy mủ tai tái phát, có thể tiền căn chấn thương
- + Không sốt, không đau trừ trường hợp hồi viêm và biến chứng
- + Nghe kém bên tai bệnh
- Tai ngoài bình thường hoặc viêm tấy đỏ, polype ống tai, có thể chảy mủ tai
- Tìm bệnh lý nguyên nhân từ mũi xoang hoặc hòm mũi họng

3. CHẨN ĐOÁN

- X-quang schuller 2 tai.
- Nội soi tai
- CT scan: VTGM không đáp ứng điều trị nội, có cholesteatome, biến chứng
- MRI: chụp MRI trong trường hợp nghi ngờ có biến chứng nội sọ
- Thính lực đồ: điếc dẫn truyền.

4. ĐIỀU TRỊ:

a. Điều trị nội khoa:

- Điều trị tại chỗ: hút rửa tai, nhỏ tai Polydexa, Ciplox
- Kháng sinh toàn thân: Cephalosporin hoặc Quinolone. Không dùng Quinolone cho trẻ em dưới 15 tuổi

b. Điều trị ngoại khoa: VTGM thủng nhĩ đã điều trị nội khoa, VTGM không đáp ứng với điều trị nội khoa cần phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm tai giữa mãn tính”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 67 – 76.
2. “Viêm tai giữa cấp và mãn tính”, Phác đồ điều trị khoa TMH (2014), Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tr 20 – 21.

NĂM ỚNG TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một tình trạng nhiễm nấm ở da ống tai.
- Có thể nguyên phát hoặc thứ phát.
- Tác nhân gây bệnh: Aspergillus và Candida.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Û tai
- Nghe kém (nếu nấm làm bít ống tai).
- Đau âm ỉ.
- Ngứa tai.

III. CHẨN ĐOÁN

- Da ống tai đỏ.
- Phù nề nhẹ.
- Có những mảng nấm trắng, xám hay đen.
- Nội soi tai chẩn đoán. Thính lực đồ (nếu có nghe kém).

IV. ĐIỀU TRỊ

- Lấy sạch nấm tai.
- Giữ tai khô.
- Thuốc: cồn Boric 3% lau tai ngày 2 lần
Candi Biotic, hoặc Ciprofloxacin 0,3% hoặc Otofa: nhỏ tai 2-3giot x 2l/ng.
- Trong trường hợp bội nhiễm vi khuẩn, vẫn có thể sử dụng thêm thuốc kháng sinh giống trong điều trị viêm ống tai ngoài.

Tài liệu tham khảo

1. “Nấm ống tai ngoài”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 6.
2. Otitis Media, Muhammad Waseem, MD, MS: Chief Editor: Gleen C Isaacson, MD, FACS, FAAP – Medscap, Jul 15, 2013.

DỊ VẬT TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là vật lạ ở trong ống tai hay hòm nhĩ thường gặp ở trẻ em hơn người lớn.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Có thể được phát hiện tình cờ nếu là các hạt ngũ cốc, cúc áo, đồ chơi...
- Có thể biểu hiện cấp tính nếu là côn trùng, móc nhọn...

III. CHẨN ĐOÁN

- Tùy tính chất dị vật mà biểu hiện lâm sàng khác nhau.
- Nội soi tai.
- CT scan tai.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Dị vật vô cơ hay hữu cơ :
 - Bơm nước lấy ra.
 - Lấy dị vật bằng curette phù hợp.
- Dị vật sống: Nên nhỏ thuốc tê tại chỗ hay glycerine boratê để 10' cho côn trùng chết ngạt, sau đó lấy ra bằng kẹp khuỷu. Nếu không hợp tác: gây mê lấy dị vật.
- Nếu dị vật trong hòm nhĩ hay ống tai ngoài phù nề không thể lấy qua đường tự nhiên thì có thể lấy qua đường sau tai.
- Nếu sau khi lấy dị vật không làm tổn thương ống tai, màng nhĩ, không có nguy cơ nhiễm trùng thì không cần dùng thuốc.
- Nếu có nguy cơ nhiễm trùng: 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 1vx2 lần/ngày
Kháng viêm	-Steroide (Prednisolon 5mg, Medrol 16mg...) hoặc Non-steroide (Alaxan, Zycel100mg...) 1-2v x 2 lần/ngày

	Enzyme (alphachymotrypsin, Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày
Giảm đau	Paracetamol 30mg-40mg/kg/ngày

Tài liệu tham khảo

1. “Dị vật tai”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 165 – 166.
2. “Dị vật tai”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 64.

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

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một bệnh lành tính, tự phát, không thường gặp. Kích thước khối tụ dịch thay đổi khoảng 1 đến 5cm, bên trong chứa dịch ánh vàng hoặc đỏ nâu.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Bệnh nhân tình cờ phát hiện khối phồng mắt trước hoặc sau vành tai, không đỏ, không đau, không rỉ dịch.

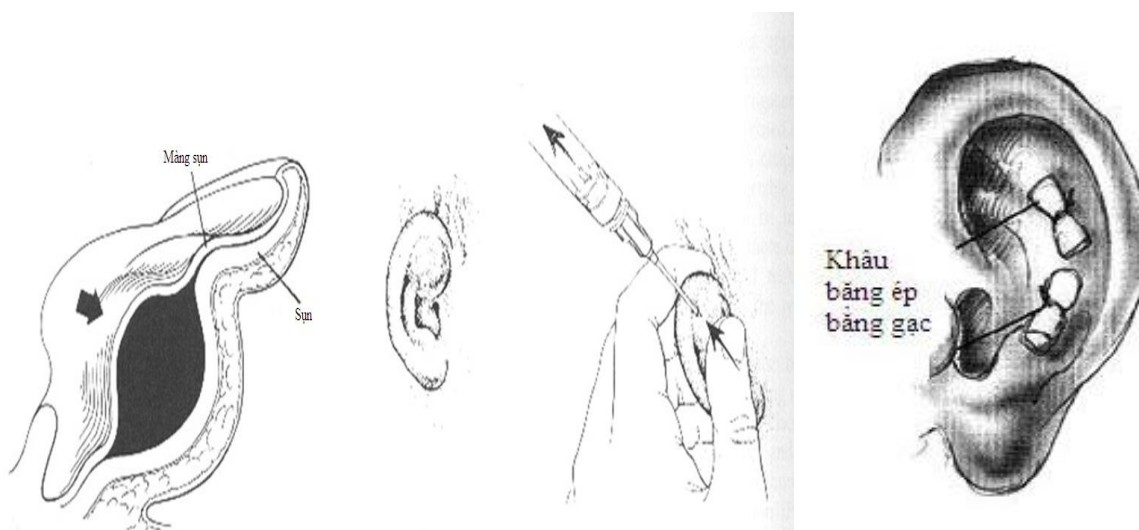
III . CHẨN ĐOÁN

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

IV. ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay sang 1 bên, hướng tai bệnh lên trên.
- 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
+ Clamimat 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.

Tài liệu tham khảo

1. “Tụ dịch vành tai”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 12 – 13.
2. “Tụ dịch vành tai”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 169 – 170.

XỚP XƠ TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xốp xơ tai là tình trạng tổn thương ở bao xương mê đạo và xương con gây nên điếc tăng dần do sự cứng dính từ từ xương bàn đạp vào cửa sổ bầu dục.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- 90% không có biểu hiện lâm sàng.
- 10% biểu hiện lâm sàng:

1. Điếc

- 80% điếc dẫn truyền cổ điển, thể tai giữa.
- 5% điếc tiếp nhận đơn thuần, type tai trong
- Điếc tiến triển từ từ, lúc đầu 1 tai sau đó có thể ở cả 2 tai.

2. Triệu chứng kèm theo: Bàng thính, ù tai, rối loạn tiền đình nhẹ.

3. Không có triệu chứng: Đau tai, chảy dịch tai, rối loạn vò nhĩ.

4. Khám tai: màng nhĩ bình thường

5. Đo sức nghe đơn giản

- Tam chứng cổ điển:
 - Thời gian dẫn truyền xương tăng.
 - Rinne (-)
 - Ngưỡng nghe tối thiểu tăng.
- Nghiệm pháp Gellé (-)
- Đo sức nghe đơn âm và đo sức nghe tiếng nói.
- Nhĩ lượng đồ: Áp lực hòm nhĩ bình thường.
- Phản xạ cơ xương bàn đạp (-)

5. CT scan: Có thể thấy dấu hiệu “Double rings sign” nhưng rất hiếm

III. CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa vào dấu hiệu lâm sàng và khám thực thể.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

- Làm chậm sự tiến triển của bệnh xốp xơ tai (không cải thiện được điếc)

- Chỉ định trong những trường hợp chống chỉ định phẫu thuật.
- Thuốc: Sodium-Fluoride: 1v 25mg/ngày trong 1 tháng.

2. Phẫu thuật: Là phương pháp điều trị được lựa chọn.

- “Dự trữ ốc tai + biểu hiện mê đạo hóa”: yếu tố tiên lượng quan trọng cho kết quả phẫu thuật.
- Ngày nay thường phẫu thuật Stapedectomy
 - Tiêu chuẩn chọn bệnh:
 - + Chức năng nghe:
 - Nghe kém > 30dB.
 - Rinne (-) (2 trong 3 tần số hội thoại)
 - Khả năng phân biệt tiếng nói tốt.
 - + Tuổi:
 - Tốt nhất là ở người lớn tuổi
 - < 20 tuổi dễ bị bít tắc cửa sổ sau mổ.
 - Trẻ em: giải phẫu còn thay đổi dễ bị rối loạn vôi, viêm tai giữa
 - + Nghề nghiệp và điều kiện sống: tránh ồn.

V. HẬU PHẪU

- Bệnh nhân nằm đầu cao (Fowler) trong phòng hoàn toàn yên tĩnh.
- Hạn chế nghe bên tai vừa mổ.
- Tránh xì mũi mạnh.
- Thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

1. Theo dõi và điều trị các biến chứng

- Chấn thương thừng nhĩ: rối loạn vị giác.
- Liệt thần kinh VII ngoại biên:
 - Thường xuất hiện 10 ngày đầu
 - Hồi phục từ từ với Corticoide liều cao
 - Nếu nặng: mổ giải áp dây VII
- Thủng nhĩ, viêm tai giữa, viêm mê đạo :kháng sinh, kháng viêm tích cực
- Dò mê đạo : mổ lại
- Thuốc:

<p>Kháng sinh :</p> <p>+ Có thể sử dụng 1 trong các loại sau:</p> <p>+ Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g</p> <p>-Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB)</p> <p>-Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)</p>	<p>-Augmentine 1g:</p> <p>+Trẻ em: 30mg/kg x 2-4lần/ngày</p> <p>+Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày</p> <p>-Cefuroxime</p> <p>+Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày</p> <p>+Người lớn: 0,75g x 2–3 lần / ng</p> <p>-Cefotaxime</p> <p>+Trẻ em: 50 -150 mg/kg/ngày</p> <p>+Người lớn: 1 g x 2-3 lần /ngày</p> <p>-Ceftazidime</p> <p>+Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày</p> <p>+ Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ngày</p>
<p>Kháng viêm:</p> <p>Có thể sử dụng một trong các thuốc sau</p>	<p>-Steroid: tiêm 3-5ngày đầu sau chuyển sang uống + giảm liều dần:</p> <p>+Mazipredone</p> <p>Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày</p> <p>Người lớn: 1ống x 1-3lần/ ngày</p> <p>+Methylprednisolone</p> <p>Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày</p> <p>Người lớn: 1ống x 1-3lần/ngày</p> <p>+Prednisolone 5mg</p> <p>-Non-Steroid:</p> <p>+Diclofenac 1v x2-3lần /24giờ</p> <p>-Enzyme:</p> <p>+Lysozyme: 1-2v x 2-3 lần /ngày</p> <p>+Serratiopeptidase: 1-2v x 2,3 l/ng</p>
<p>Giảm đau:</p>	<p>-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày,</p>
<p>Kháng Histamine:</p>	<p>Chlorpheniramine4mg: 1v x 1-2l/ng</p> <p>Hoặc Fexofenadine: 1v x 2 lần/ng</p>
<p>Chống nôn ói:</p>	<p>Metoclopramide (Primpéran 10mg): 1Ax1-2 l/ng</p>

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

4.2. Theo dõi sau xuất viện

- Tái khám sau 1 tuần: đánh giá tình trạng ống tai, màng nhĩ
 - Đo kiểm tra sức nghe đơn âm sau 2 – 4 tuần
- Đo kiểm tra sức nghe đơn âm tốt nhất là sau 3 tháng

Tài liệu tham khảo

1. “Xốp xơ tai”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 175 - 177
2. “Xốp xơ tai”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 77 – 81.

DÒ LUÂN NHĨ - ABSCESS LUÂN NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dò luân nhĩ là đường dò có lỗ dò nằm ở vùng trước tai mà phần lớn là ở rãnh luân nhĩ hoặc ở bình tai. Đường dò chạy sâu vào phía trong và kết thúc bởi chân sụn hoặc phình tạo ra một nang.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Khi chưa viêm nhiễm: miệng lỗ dò nhỏ như đầu kim, khô ráo, không có dịch mủ.
- Khi bị bội nhiễm:
 - + Ngứa, sưng.
 - + Rỉ dịch ở lỗ dò.
 - + Tiết chất bã đậu trắng đục ở lỗ dò (do trẻ sờ gãi, bóp nặn...)
 - + Trẻ bị sốt, đau, lỗ dò viêm sưng đỏ (khi bị nhiễm trùng).
- + Tạo một ổ abscess ngay tại lỗ dò hoặc lan ra những vị trí khác sau tai...

III. CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng: có lỗ dò luân nhĩ + hội chứng nhiễm trùng toàn thân

IV. ĐIỀU TRỊ

- Khi chưa viêm nhiễm: thời kì lý tưởng để cắt bỏ toàn bộ đường dò vì khả năng lấy hết đường dò cao nhất.
- Khi bị viêm nhiễm (nang chưa bị vỡ) có thể phối hợp kháng sinh với phẫu thuật để lấy bỏ toàn bộ đường dò để tránh viêm nhiễm tái phát cũng như phòng biến chứng vỡ nang hay abscess hóa.
- Khi abscess hoặc vỡ nang dò (tự vỡ hoặc do chích rạch): dùng kháng sinh kết hợp dẫn lưu tốt (không nên mổ lấy đường dò giai đoạn này).
- Phương pháp phẫu thuật: bơm xanh methylen vào đường dò, lấy bỏ toàn bộ.
- Thuốc:
 - Kháng sinh : Ciprofloxacin 0.5g, Cefuroxim 250mg, Claminat 625mg
 - Giảm đau : Acetaminophen 500mg
 - Kháng viêm : Alphachymotrypsin

Tài liệu tham khảo

1. “Dò luân nhĩ”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 135.

VIÊM MŨI DỊ ỨNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

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

III. CHẨN ĐOÁN

Cơ năng	Thực thể
- ngứa mũi - hắt hơi - sổ mũi, nghẹt mũi	niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhày trong.

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

IV. ĐIỀU TRỊ

- Giải mẫn cảm: làm phản ứng nội bì tìm kháng nguyên, chích giải mẫn cảm.
 - Điều trị triệu chứng: Pheramin 4mg, Actifed, Polaramin... hoặc Cetirizin 10mg 1v/ng, Loratadine hoặc Fexofenadine 60mg 1v x 2 lần/ng
 - Điều trị tại chỗ: Xông mũi, xịt mũi bằng corticoide.
- Kháng sinh khi có bội nhiễm : Amox + A.Clavu 0,625g: 1v x2/ng, Cefadroxil 0,5g: 2v x2 /ng, Cefuroxim 0,25g-0,5g/ngày

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm mũi dị ứng và viêm mũi vụn mạch”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 79 – 84.
2. “Viêm mũi mãn tính”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 98 – 100.

VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

Cơ năng	Khám	Nội soi
-Sốt, Nhức đầu -Sổ mũi -Nghẹt mũi -Hắt hơi	Niêm mạc mũi sung huyết, có xuất tiết.	Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết

III. CHẨN ĐOÁN

- Xquang: niêm mạc xoang có phản ứng viêm
- Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ
- Nội soi mũi xoang
- CT scan mũi xoang

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm xoang nguyên nhân từ mũi

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	+Amox+A.Clavu 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g:2v x2 /ngày +Cefuroxim 0,25g-0,5g : 1v x2 lần/ngày -Khi có nhiễm kỵ khí: Metronidazol 0,25g 2v x 2 l/ng, hoặc 500mg/100ml x 2l/ng
Kháng viêm	- <i>Chống viêm loại enzym</i> : Alphachymotrypsine, hoặc lysozyme 2v x 2 lần/ngày trong 5 ngày
Chống sung 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 3ngày

2. Viêm xoang hàm do răng (*răng 5,6,7 hàm trên*)

- Điều trị: nhổ răng, chọc rửa xoang

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	Giống như trên, nhưng kèm thêm Metronidazol như Flagyl 0,5g 1vx4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl 1vx4 trong 10 ngày
Kháng viêm	- <i>Chống viêm loại enzym:</i> Alphachymotrypsine (21 μ K), hoặc lysozyme (như Noflux 90mg) 2vx2 lần/ngày trong 5 ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm mũi xoang cấp tính”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 119 – 126.
2. “Viêm mũi xoang cấp”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 96 – 97.

VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

1. Viêm xoang hàm mãn

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Nghẹt mũi -Sổ mũi vàng hoặc xanh có khi kèm nhức đầu	Khe giữa phù nề, có nhày.	Mờ xoang dạng niêm mạc dày, hoặc có mực nước hơi,

2. Viêm xoang trán

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề, có nhày	Mờ xoang trán

3. Viêm xoang sàng

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Nghẹt mũi, sổ mũi -Nhức đầu -Mỏi gáy -Nhày họng	Khe giữa và khe trên có nhày.	Mờ xoang sàng

4. Viêm xoang bướm

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang	CT scan
-Đau đầu -Mỏi gáy, mỏi vai -Nhày vướng họng, hay khịt mũi, đờng hắng	Thành họng nhày, khe trên có mũ nhày	Khó xác định.	Mờ xoang bướm

5. Viêm xoang thoái hóa polype

Triệu chứng	Nội soi mũi
-Nghẹt mũi ngày càng tăng -Nặng đầu	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhọt.

-Mất khứu -Sổ mũi, Hắt hơi	Khe giữa có polype (trong, mọng nước, bóng, nhẵn).
-------------------------------	--

III. CHẨN ĐOÁN

- Nội soi mũi xoang
- CT scanner mũi xoang

IV. ĐIỀU TRỊ

- 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.

Điều trị nội	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Amox+A.Clavu 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày +Cefuroxim 0,25-0,5g 1v x2 lần/ngày -Khi có nhiễm kỵ khí: +Metronidazol: Flagyl 0,25g: 2v x 2lần / ngày, hoặc chích 500mg/ 100ml x 2lần/ ngày
Kháng viêm	- <i>Chống viêm loại enzym</i> : Alphachymotrypsine, hoặc lysozyme: 2vx2 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
Chống sung huyết và chảy mũi	Actifed 1v x2-3 lần/ngày trong 10 ngày

Giảm đau	Paracetamol 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày
Khí dung mũi	Dexacol và Melyptol mỗi ngày

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

- Phương pháp mổ tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CT scan.
- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng
- Viêm xoang sàng trước và sau : nạo sàng
- Viêm xoang trán: mở ngách trán
- Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm

ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

-Hậu phẫu: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamin.

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Aminoglycoside (Amikaye 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 x 2-4 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 chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	+Mazipredone (Depersolone) 30mg 1-2 ống/ngày (sáng) +Hydrocortison 100mg 1-2 lọ/ngày (sáng) <i>-Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine (21µK), hoặc lysozyme (như Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày</i>
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/ngy
Giảm đau (chích)	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày
Thuốc cầm máu	-Adona 25mg 2-4 ổng/ ngày -Vitamin K1 10mg 2-4 ổng / ngày

- Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche mũi 4 lần/ngày.
- Nâng đỡ tổng trạng bằng dịch truyền khi cần thiết.
- Ngày thứ 2 rút mèche mũi từ từ, nếu chảy máu nhiều thì ngưng rút, để ngày sau rút tiếp. Cho thêm thuốc cầm máu khi cần (Dicynone 0,5g 1v x 2-3lần/ngày, Adona 25mg 1-2ổng x 2 TM/ngày).
- Sau khi rút hết mèche mũi, cho bệnh nhân nội soi mũi xoang lại, để hút máu đông và lấy vẩy trong các góc ngách mũi xoang.
- Theo dõi cho bệnh nhân tái khám thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên. Sau đó 1 tháng 1 lần / 2 tháng kể và 3 tháng /1lần trong những tháng sau, cho đến 1 năm để phát hiện bệnh tái phát.

Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm xoang mạn tính”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 127 – 143.
2. “Viêm xoang mãn tính”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 103 – 108.

ABSCESS VÁCH NGĂN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Abscess vách ngăn là tình trạng tụ mủ giữa niêm mạc mũi và sụn vách ngăn ở một bên hoặc cả hai bên, diễn tiến lan rộng đến nền mũi.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Nghẹt mũi, nhức đầu vùng trán kèm đau tức mũi.
- Khám thấy khối phòng lên đối xứng ở vách ngăn, mật độ mềm, ấn đau, không đáp ứng khi nhỏ ephedrine, khi chọc kim có mủ chảy ra.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dấu hiệu lâm sàng.
- Cận lâm sàng: Nội soi mũi
- CT - scanner mũi xoang.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Phẫu thuật: rạch dẫn lưu khối abscess, bỏ sụn + mô hoại tử, bơm rửa hằng ngày.
- Kiểm soát nhiễm trùng: Amoxicillin 50 - 100mg/kg chia 3 lần/ngày.
Amoxicillin + acid clavulanic: 50mg/kg chia 2 lần/ngày.
Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.
Cephalosporine: Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil: 2v x 2 (u)/ngày.
Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.
Thế hệ III: Cefpodoxim 100mg, Cefetamet 250mg 2v x 2 (u)/ngày.
- Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần mỗi 6 giờ...
- Kháng viêm, chống phù nề: Alphachymotrypsin 1-2 viên x 3 lần/ngày.
- Kháng Histamin: Chlopheniramin 4mg 1 - 2 viên/ngày

Hoặc Fexofenadine 60mg 1 - 2 viên/ngày

Tài liệu tham khảo

1. “Abscess vách ngăn mũi”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 91 - 92.
2. “Bệnh của vách ngăn mũi”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 63 - 66.

GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tai nạn giao thông, lao động, thể thao, sinh hoạt,...
- Chấn thương do hỏa khí trong chiến tranh.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Chảy máu mũi: có thể chảy ra cửa mũi trước và hoặc chảy xuống họng, có thể chảy máu dưới niêm mạc vách ngăn làm phồng vách ngăn.
- Biến dạng tháp mũi, Sờ mất liên tục xương chính mũi, đau nhói.
- Sưng nề tháp mũi, có thể lan chung quanh hố mắt.
- Tràn khí dưới da.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dấu hiệu lâm sàng
- X quang mũi nghiêng: thấy tổn thương gãy xương chính mũi, di lệch.
- Nội soi mũi
- CT scan mũi xoang

IV. ĐIỀU TRỊ

Sau khi kiểm soát chảy máu mũi, các chấn thương khác nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, nếu có rách da phải khâu phục hồi.

1) Nâng xương chính mũi:

- Sát trùng và gây tê ổ gãy bằng Lidocain 2%.
- Dùng kim Walsham luồn vào hốc mũi, mặt lưng ngang tâm chỗ mũi bị sập lõm, dùng sức nâng xương gãy lên cho phẳng, đồng thời dùng ngón cái tay trái ấn mạnh vào chỗ xương bị biến dạng lồi lên phía đối diện.
- Khi nghe tiếng “rắc”, tức là xương gãy đã được đưa về đúng vị trí, đồng thời quan sát hình dạng bên ngoài tháp mũi, thấy thẳng dễ coi là được. Nhét Mèche cố định.

2) Điều trị thuốc:

- Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim...)
- Giảm đau: Paracetamol 15mg/kg/lần.
- Kháng viêm, chống phù nề: Alphachymotrypsin 1-2 viên x 3 lần/ngày.
- Kháng Histamin: Chlopheniramin 4mg 1 – 2 viên / ngày

Hoặc Fexofenadine 60mg 1 – 2 viên/ng

3) Rút Mèche sau 5 ngày.

Tài liệu tham khảo

1. “Chấn thương mũi – Vỡ tháp mũi”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 77.
2. “Chấn thương mũi xoang”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 20 – 21.

VỆ VÁCH NGĂN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Vệ vách ngăn rất thường gặp (80%), xảy ra khi vách ngăn mũi lệch về một bên.
- Nguyên nhân do chấn thương, bất thường bẩm sinh.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Nghẹt mũi ở 1 hay 2 bên
- Chảy máu mũi tái phát
- Nhiễm trùng mũi xoang tái phát
- Đau nhức mặt, nhức đầu
- Ngủ ngáy ở trẻ em
- Khám: vách ngăn vẹo 1 bên, gập góc, ...

2. Cận lâm sàng:

- Chụp Xquang kinh điển: tư thế Blondeau, Hirtz
- Nội soi mũi xoang
- Chụp CT Scan mũi xoang

III. ĐIỀU TRỊ:

- Đa số trường hợp điều trị nội khoa.
- Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn khi vẹo vách ngăn gây rối loạn chức năng làm ảnh hưởng đến sự thông khí của xoang và tai.
- Không nên phẫu thuật ở bệnh nhân dưới 18 tuổi do xương phát triển chưa hoàn chỉnh.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ:

- Theo dõi sinh hiệu M, HA, T⁰, 4 lần/ngày đầu.
- Theo dõi tình trạng chảy máu:
 - Rỉ ít qua mèche mũi trước ; theo dõi nằm đầu cao, chườm lạnh.
 - Chảy xuống thành sau họng khiến bệnh nhân khạc nhổ nhiều, nhét thêm mèche mũi trước. Nếu cần có thể rút ra nhét lại.
 - Theo dõi tụt mèche xuống họng :
 - + Nếu dài thì cắt bỏ bớt
 - + Nếu ngắn thì dùng ngón tay đẩy mèche lên.
 - + Tụt mèche làm chảy máu nhiều: rút mèche hết, đặt lại mèche mới.
- Hậu phẫu :
 - Ngày 1-2: nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche.
 - Ngày 2 đến ngày 3: rút mèche mũi từ từ.
 - Ngày 4 : Nội soi mũi kiểm tra vết mổ
- Thuốc sau mổ:

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Aminoglycoside 15mg/kg (TB) 1 liều trong ngày duy nhất +Cefotaxim 1g x 2 -3lần (TM)/ ngày +Amox+A.Clavu 1g x2-4 lần/ngày (TB) +Cefuroxim: 0,75gx2-3 lần/ngày (TB, TM) +Ceftriaxone (Opeceftri)1g: 1-3 lần/ngày (TM) +Clindamycine 600mg: x2-3lần/ ngày (TB, TM)
Kháng viêm dùng trong 3-5 ngày	+Mazipredone(Depersolone) 30mg 1-2 ồng/ngày (sáng) +Hydrocortison 100mg 1-2 lọ/ngày (sáng) <i>-Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine, hoặc lysozyme 2v x 2 lần/ngày</i>
Kháng Histamine	+Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg 1v/ngày hoặc Loratadine Hoặc Fexofenadine 60mg 1v x2 lần/ngày hoặc Levocetirizin 5mg 1-2v/ngy
Giảm đau	Paracetamol 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày
Thuốc cầm máu	-Adona 25mg 2-4 ồng/ ngày -Vitamin K1 10mg 2-4 ồng / ngày

- Theo dõi : Mỗi ngày trong tuần đầu để hút sạch máu đông và vảy. Mỗi tuần trong 1 tháng để tránh sẹo dính.
- Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc
- Nội soi mũi kiểm tra

Tài liệu tham khảo

1. “Bệnh của vách ngăn mũi”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 63 – 66.
2. “Vẹo vách ngăn”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 93 – 95.

VIÊM HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm niêm mạc ở họng trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Cơ năng: Sốt cao 39⁰C đột ngột kèm ớn lạnh, nhức đầu, đau rát họng, khát nước, đau mình mẩy, tiếng nói trong.
- Thực thể: Đỏ toàn bộ niêm mạc họng màn hầu, trụ trước và trụ sau Amidan, thành sau họng.
- Cận lâm sàng: Bạch cầu không tăng, Nội soi họng

III. CHẨN ĐOÁN

- *Khởi phát*: Ớn lạnh, đau mình, sốt, nhức đầu, rát họng.
- *Toàn phát*: Sốt 38-39⁰c, đau rát họng, đau nhói lên tai.
- Khám họng: + Amidan sưng to, đỏ, có giả mạc (chỉ khu trú amidan).
 - + Trụ trước và sau Amidan, lưỡi gà, màn hầu sưng huyết.
 - + Hạch góc hàm to, đau.
- Cận lâm sàng: Bạch cầu 10000-12000
- Nội soi họng

IV. ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh Amoxicillin + Acid clavulanic 50mg/kg/ngày hay Cefuroxim.
Súc họng, Khí dung

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm họng”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 197 – 201.
2. “Viêm họng”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 130 – 131.

VIÊM AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Amidan là một tổ chức tân bào thuộc vòng tân bào Waldeyer (bao gồm tổ chức tân bào vòm họng, quanh vòm mũi và đáy lưỡi). 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. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

3. Viêm amidan cấp:

- Sốt cao 39 – 40⁰C.
- 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 tự khỏi sau 1 tuần.

2. Viêm amidan mạn:

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

III. CHẨN ĐOÁN:

- Thể lâm sàng
- Cận lâm sàng: XN công thức máu, phết họng, nội soi họng

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa:

- Nghỉ ngơi nếu chỉ do nhiễm siêu vi.
- Vệ sinh răng miệng.
- Súc họng nước muối ấm hoặc rửa mũi, khí dung họng (corticoid và kháng sinh)
- Dùng thuốc ngậm 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: 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

2. Điều trị 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.

- Hơi 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-lactamse.

- Phì đại amidan một bên nghi ngờ khối u tân sinh.

*** Hiện khoa TMH bv ĐKKV tỉnh An Giang cắt amidan bằng phương pháp dùng dao điện cao tần lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu hồ mổ.**

3.Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

- Làm xét nghiệm tiền phẫu + nội soi Tai Mũi Họng
- Hội chẩn lên lịch mổ chương trình khi BC < 10.000/mm³

4. Thuốc dùng sau phẫu thuật cắt amidan:

- Kháng sinh: Cefuroxim 1,5mg x2 lần/ngày (TMC)
- Kháng viêm (dùng Hydrocortisone 100mg đến hậu phẫu ngày thứ 3)
- Giảm đau, hạ sốt

V. SĂN SÓC SAU CẮT AMIDAN:

- Không cử động nói ngay sau khi cắt , nên nói lại từ hậu phẫu ngày 2 trở đi
- Hậu phẫu ngày 1-2 sữa lạnh, ngày 3 – 4 cháo lỏng để nguội, ngày 5-6 cháo đặc, ngày 7-10 ăn cơm nhuyễn, sau đó ăn cơm bình thường.
- Cữ những chất chua, cay, cứng và nóng từ 10 – 14 ngày sau khi mổ
- Không nên đến những chỗ đông người trong tuần đầu sau mổ vì rất dễ nhiễm trùng đường hô hấp từ người khác
- Hãy uống nhiều nước, hoặc những chất giàu chất dinh dưỡng như nước trái cây, sữa, súp, nhưng đừng quá lạnh.
- Không hút thuốc hoặc uống rượu, bia vì rất dễ gây kích thích vùng 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 vừa qua.
- Trước khi xuất viện nội soi họng kiểm tra tình trạng hố mổ amidan.

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm họng mạn tính”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 231 – 274.
2. “Viêm Amidan”, Phác đồ điều trị khoa TMH (2014), Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tr 12 – 14.

VIÊM V.A

I. ĐẠI CƯƠNG

Thường gặp ở trẻ từ 1 - 5 tuổi, chiếm 20-30% nhiễm khuẩn hô hấp trên.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Viêm VA cấp: sốt > 38⁰C, có khi sốt cao 39 – 40⁰C, có thể kích thích hoặc co giật, quấy khóc, khó chịu. Trẻ bị ngạt mũi, tăng khi nằm, há miệng thở, bỏ ăn, bỏ bú.
- Sau đó chảy mũi hai bên, dịch nhầy sau đặc dần, trắng đục, số lượng tăng nhiều.
- Rối loạn tiêu hóa: đau bụng, nôn trớ và đi ngoài phân lỏng. Khám mũi nhiều mủ, niêm mạc sung huyết, họng đỏ, nhiều mủ nhầy trắng từ vòm xuống họng.
- Khám tai: mang tai sung huyết
- Viêm VA mạn tính: Trẻ chảy mũi thường xuyên, dịch trong hoặc đục, nhiều khi chảy mũi xanh kéo dài.
- Ngạt mũi, ngủ ngáy và có cơn ngừng thở khi ngủ, có thể sốt nhẹ hoặc không sốt.
- Mũi có dịch nhầy đục hoặc vàng xanh, VA to hoặc nhỏ nhưng viêm đỏ và có dịch nhầy, họng có nhiều nhầy. Màng tai thường dày, đục hoặc viêm tai thanh dịch.

III. CHẨN ĐOÁN

- Thể lâm sàng
- Nội soi mũi thấy khối VA quá phát, nhiều dịch mủ

IV. ĐIỀU TRỊ

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

V. BIẾN CHỨNG

- ở tai: viêm tai giữa cấp, viêm xương chũm cấp, viêm tai thanh dịch.
- ở mũi xoang: gây viêm mũi xoang. Viêm xoang sàng cấp xuất ngoại có thể lan vào mắt gây mù.
- viêm thanh quản, khí quản, phế quản, viêm phổi.
- Gây ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ. Trẻ có “bộ mặt VA”.

VI. CHỈ ĐỊNH NẠO VA: viêm VA mạn tính có nhiều đợt viêm bán cấp; viêm VA biến chứng viêm tai giữa, viêm tai thanh dịch, viêm nhiễm hô hấp...

ĐIỀU TRỊ SAU MỔ:

1. Thuốc sau mổ :

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

1. Chăm sóc hậu phẫu:

Theo dõi chảy máu:

- Nếu bệnh nhân đã nhổ ra nước bọt trong, cho uống sữa lạnh.
- Nếu còn máu ra cửa mũi trước hoặc nhổ ra qua miệng → Chuyển bệnh nhân vào phòng mổ, hút sạch máu ở mũi họng, kiểm tra họng nếu thấy những dải niêm mạc lòng thòng phải cắt bỏ.
- Nếu vẫn còn chảy máu, đặt bông cầu vào vùng nóc vòm chờ khoảng 3 phút.

2. Hậu phẫu ngày 4 :

- Nội soi mũi kiểm tra vết mổ

3. Dặn dò khi xuất viện :

- Uống thuốc và nhỏ mũi (NaCl 0.9%) theo toa bác sĩ.
- Tái khám sau 1 tuần tại phòng khám.

Nếu về nhà bé chảy máu hoặc sốt cao, đưa bé đến tái khám ngay.

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm V.A và nạo V.A”, Thực hành TMH (1982), Võ Tấn, NXB Y học, tr 236 – 244.
2. “Viêm V.A”, Phác đồ điều trị khoa TMH (2014), Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, tr 10 – 11.

VIÊM THANH QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng viêm cấp ở thanh thiệt, sụn phễu, thanh thiệt, dây thanh, niêm mạc hạ thanh môn, có thể kể cả khí quản.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Khó nuốt: bỏ ăn, chảy nước miếng
- Khàn tiếng : có thể nhẹ đến mất tiếng
- Khó thở: kiểu thanh quản (xem khó thở thanh quản)
- Có thể: sốt cao, viêm họng mãn, ho (ông ồng), thở có tiếng rít.
- Lưu ý khi khám:
 - Nên thực hiện soi thanh quản ở phòng mổ.
 - Không cố gắng đè lưỡi.
 - Chẩn đoán phân biệt với hen phế quản (thể viêm thanh quản co rít)
 - Viêm màng não (thể viêm thanh thiệt cấp)

III. CHẨN ĐOÁN

- Hội chứng nhiễm trùng + khàn tiếng + khó thở
- Cận lâm sàng chỉ thực hiện khi bệnh ổn định: CTM, Nội soi họng, CT scan cổ ngực

IV. ĐIỀU TRỊ

Kháng sinh	-Amox + A.Clavu
Nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh \geq 5 ngày	-Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày -Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim...)
Khángviêm	-Corticoid 0,5-1,5mg/Kg/ngày
Hạ sốt	Paracetamol: -<3tháng : 40 mg/ngày -1-2 tuổi: 80-120 mg/ngày -3-6 tuổi : 160-320 mg/ngày
An thần	Diazepam 5mg

Chăm sóc	-Lau mát, Nằm đầu cao thở Oxy -Khó thở nặng, nằm phòng chăm sóc đặc biệt và mở khí quản.
----------	---

Tài liệu tham khảo

1. “Viêm thanh quản cấp ở trẻ em”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 139.
2. “Viêm thanh quản cấp”, Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi đồng 2 (2013), tr 10 – 11.

VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là tình trạng khàn tiếng kéo dài, không có xu hướng tự khỏi và phụ thuộc vào quá trình viêm thông thường, không đặc hiệu. Không kể các bệnh: lao thanh quản, giang mai thanh quản, nấm thanh quản.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

1. Cơ năng

- Khàn giọng kéo dài từng đợt.
- Tăng tiết nhày, nhất là buổi sáng.
- Cảm giác ngứa, khô rát.

2. Thực thể

- Tiết nhày đọng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh
- Tổn thương dây thanh
 - Nhẹ: Niêm mạc dây thanh, sung huyết đỏ.
 - Nặng: dây thanh như dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dấu hiệu lâm sàng.
- Cận lâm sàng: Nội soi họng, CT scanner

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị nguyên nhân:
 - Điều trị ổ viêm nhiễm ở : Mũi, xoang, họng
 - Tránh: hơi hóa chất, bụi
 - Nói ít, nói nhỏ, ngưng ca hát.
- Điều trị tại chỗ: Khí dung họng.
- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, kháng viêm nếu cần.
- Luyện giọng.

Tài liệu tham khảo

“Viêm thanh quản mãn tính”, Phác đồ điều trị TMH (2013), Bệnh viện TMH TpHCM, tr 140 – 142.

PHẦN CẬP NHẬT NĂM 2016

34. Liệt dây thần kinh VII ngoại biên.....	69
35. Hội chứng đau nhức sọ mặt.....	71
36. Xử trí vết thương vùng cổ.....	72

Phê Duyệt Giám Đốc

Trưởng Phòng KHTH

Trưởng Khoa-Phòng

TS,BS.Lữ Văn Trạng

Bs.CKII.Trần Phước Hồng

BsCKI. Phạm Dân Nguyên

LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, mà nguyên nhân của nó là do tổn thương dây thần kinh mặt, trái ngược với liệt mặt trung ương là tổn thương liên quan đến não.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Dấu Charles Bell: mắt nhắm không kín.

+ Ở trạng thái nghỉ: mặt không cân xứng, lệch về bên lạnh. Nếp nhăn trán mất, cung mày rơi xuống. Mép bên liệt hạ thấp, má bị nhẽo và phồng lên khi thở ra.

+ Khi điệu bộ: Mặt mất cân đối rõ, nhai và phát âm khó.

- Nếu tổn thương kín đáo: Dấu Souque (nhắm chặt mi mắt, lông mi bên liệt dài hơn bên lành).

- Thăm khám:

+ Tai: tìm nốt phỏng vùng cửa tai, chảy tai và tình trạng màng nhĩ.

+ Họng và cổ: sờ cổ mặt và khám họng để loại trừ u tuyến mang tai.

+ Thần kinh: tìm tổn thương dây thần kinh sọ phối hợp.

III. CHẨN ĐOÁN

- Hỏi bệnh giúp gợi ý chẩn đoán và khu trú vị trí tổn thương.

- Dấu hiệu lâm sàng: Bell, Souque...

- Cận lâm sàng:

+ Định khu tổn thương: Test tiết nước mắt Schirmer, phản xạ bàn đạp...

+ Công thức máu, Đường máu, Máu lắng...

+ Chụp CT-scan, MRI...

IV. ĐIỀU TRỊ

- Nội khoa: mục đích giảm phù nề chèn ép trong ống xương và chống thiếu máu.

+ Dùng corticoid sớm, liều cao (Prednisolon 1mg/kg) nếu không có chống chỉ định (đái tháo đường, lao, loét dạ dày – tá tràng, rối loạn tâm thần...)

+ Có thể dùng thuốc chống Virus nếu có nhiễm virus hay đau vùng sau tai, rối loạn cảm giác vùng mặt.

+ Cụ thể:

Prednisolon 60-80 mg/kg x 5 ngày, giảm dần trong 5 ngày tiếp theo.

Acyclovir 400mg x 5 lần/ngày x 10 ngày.

Vitamin 3B 1viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.

- Ngoại khoa: phẫu thuật phục hồi dây thần kinh VII (giảm áp, khâu và ghép đoạn).
- Châm cứu và vật lý trị liệu,
- Theo dõi và chăm sóc mắt: đảm bảo giác mạc được phủ kín, tránh viêm giác mạc bằng cách nhỏ nước mắt nhân tạo, băng mắt khi ngủ.

Tài liệu tham khảo

“Liệt dây thần kinh VII ngoại biên”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (2016), Bộ Y tế, NXB Y học, tr 13 – 16.

HỘI CHỨNG ĐAU NHỨC SỌ MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng đau nhức sọ mặt nhóm hợp các bệnh lý gây ra đau nhức vùng sọ, đáy sọ và vùng mặt.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

- Khai thác tiền sử cơn đau, vị trí, tính chất đau, hoàn cảnh xuất hiện, mức độ, tiến triển và thoái triển.
- Khám toàn diện, vùng tai mũi họng, mắt, răng hàm mặt.
- Khám thần kinh trung ương và các dây thần kinh sọ.
- Khám vùng cổ (hạch, tuyến nước bọt, giáp cận giáp)
- Khám toàn thân, huyết áp, gan, thận, tuyến nội tiết...

III. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng.
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây đau trong TMH, mắt, RMH, sọ não.
- Xét nghiệm cơ bản, đo điện não, điện cơ, soi đáy mắt, chụp CT, MRI, thính lực đồ nếu nghe kém.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Nội khoa cắt cơn đau: Tegretol 100mg/ngày.
- Hoặc giảm đau thông thường: Paracetamol 500mg, Ibuprofen 400mg, Naproxen (750 - 800mg), Diclofenac 100mg...
- Chống nôn (nếu có): Metoclopramide 10mg hay Domperidone 10mg
- Dẫn cơ: Mephenesin 250mg.
- Dẫn mạch: Tanakan, Flunarizin, Piracetam...
- Vitamin nhóm B.
- Đốt nhiệt bao myelin dây V cảm giác, Đốt nhiệt và giải phóng bao hạch Gasser.
- Điều trị nguyên nhân gây đau nếu có: viêm nhiễm trùng, u nội sọ, RMH, TMH...

Tài liệu tham khảo

1. “Hội chứng đau nhức sọ mặt”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (2016), Bộ Y tế, NXB Y học, tr 290 – 295.
2. “Đau đầu”, Phác đồ điều trị (2013), Bệnh viện Trung Vương, tr 60 - 65.

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG VÙNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương vùng cổ là những tổn thương hở ở vùng cổ gây thông thương giữa vùng tổn thương với môi trường bên ngoài.

II. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

1) *Vết thương phần mềm*: xây xước, rách da, mất chất da, cơ...

2) *Chấn thương hở thanh quản*:

- Chảy máu: nhiều hoặc ít, có thể sốc, tràn vào đường thở gây ngạt.

- Ho: ít hoặc nhiều, liên tục, có khi yếu dần đến “lụt khí phế quản” bởi máu và nước bọt.

- Khó thở: do máu tràn vào, di lệch sụn, hoặc xuất hiện muộn do phù nề hoặc tràn khí dưới da.

- Phi phò khí máu: khi hít thở, ho thấy bọt lẫn máu qua vết thương. Nếu thấy nhiều nước bọt gợi ý tổn thương hạ họng, thực quản.

- Rối loạn tiếng nói: Khàn đến mất tiếng.

- Nuốt đau: tổn thương nếp thanh thiệt, hạ họng.

- Nhìn: cổ sưng to do tràn khí - máu. Tràn khí có thể lan rộng đến mặt, ngực hoặc trung thất.

- Sờ: tìm điểm đau, tính toàn vẹn khung sụn.

3) *Chấn thương hở khí quản*:

- Giống chấn thương hở thanh quản nhưng có thể không thay đổi giọng nói nếu tổn thương hở.

- Tuyên giáp có thể đứt gây chảy máu kéo dài.

4) *Vết thương mạch máu*: Chảy máu nhiều qua vết thương hoặc thành khối máu tụ.

5) *Vết thương thực quản*: Ít gặp do được khí quản che chắn.

III. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng.

- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu.

- + Soi thanh quản trực tiếp: nếu tình trạng bệnh nhân cho phép.
- + Soi thực quản.
- + X - quang cổ thẳng nghiêng.
- + CT scan, Siêu âm vùng cổ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1) Cấp cứu:

- Chống ngạt thở:

+ Nếu rách/dập thanh quản/khí quản, bệnh nhân ngạt thở: đút ống cao su vào thanh quản qua vết thương.

+ Mở khí quản cấp cứu.

- Chống choáng

- Chống nhiễm trùng

2) Điều trị nội khoa và theo dõi:

- Chỉ định: tổn thương nhỏ có thể tự khỏi và không để lại di chứng như phù nề, tụ máu nhỏ, rách nhỏ dây thanh...

- Điều trị:

+ Nghỉ ngơi tại giường, đầu cao, hạn chế nói, khí dung...

+ Corticoid toàn thân.

+ Kháng sinh: Augmentin, Cephalosporin thế hệ III...

+ Chống trào ngược.

3) Phẫu thuật: khi cần thăm dò, cầm máu, lấy dị vật...

Tài liệu tham khảo

1. “Xử trí vết thương vùng cổ”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (2016), Bộ Y tế, NXB Y học, tr 296 – 299.
2. “Thái độ xử trí vết thương mạch máu vùng cổ - nền cổ”, Ngoại khoa (1993), Lê Ngọc Thành và Tôn Thất Bách, NXB Y học, tr 4 - 6.