**MỤC LỤC**

Nội dung Trang

[VIÊM TAI GIỮA 1](#_Toc529438832)

[VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH (TIẾT DỊCH) 3](#_Toc529438833)

[VIÊM ỐNG TAI NGOÀI 5](#_Toc529438834)

[NHỌT ỐNG TAI 8](#_Toc529438835)

[NẤM ỐNG TAI NGOÀI 9](#_Toc529438836)

[ZONA TAI 10](#_Toc529438837)

[TỤ MÁU VÀNH TAI 13](#_Toc529438838)

[ĐIẾC ĐỘT NGỘT 15](#_Toc529438839)

[VIÊM HỌNG- AMIDAN 19](#_Toc529438840)

[VIÊM MŨI XOANG 23](#_Toc529438841)

[VIÊM MŨI DỊ ỨNG 27](#_Toc529438842)

[DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN 34](#_Toc529438843)

[VIÊM THANH QUẢN CẤP 37](#_Toc529438844)

[VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH 38](#_Toc529438845)

[VIÊM THANH THIỆT CẤP 40](#_Toc529438846)

# **VIÊM TAI GIỮA**

**1. Định nghĩa viêm tai giữa**

Viêm hòm nhĩ với dịch tiết tích tụ trong hòm nhĩ.

**2. Phân loại**

- Viêm tai giữa cấp

- Viêm tai giữa tiết dịch (mạn tính)

**3. Sinh bệnh**

- Suy chức năng vòi nhĩ

- Áp lực âm tai giữa

- Dịch tiết trong vòi nhĩ

- Bội nhiễm vi trùng

**VIÊM TAI GIỮA CẤP**

**1. Định nghĩa**

- < 3 tuần

- 3-4 đợt trong 6 tháng hoặc > 4 đợt trong 12 tháng

- Giữa các đợt hoàn toàn bình thường

**2. Bệnh nguyên**

- Streptococcus pneumonia

- Haemophilus influenza

- Moraxella cartarrhalis

**3. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tai giữa cấp**

a. Triệu chứng lâm sàng khởi phát nhanh như

- Sốt, đau tai

- Màng nhĩ phồng, dày, xung huyết

- Chảy tai

- Nghe kém

b. Soi tai

- Màng nhĩ xung huyết đỏ

- Mực nước hơi hòm nhĩ

- Màng nhĩ di động kém

- Mất tam giác sáng

c. Đo thính lực

- Nghe kém dẫn truyền

- Nhĩ lượng dẹt

**4. Điều trị**

Mục tiêu điều trị

- Kháng sinh phòng ngừa: ngăn chặn diễn tiến nặng trong giai đoạn sớm: liều ½ điều trị.

- Kháng sinh trước khi màng nhĩ thủng, 7 – 10 ngày.

- Chống xung huyết mũi, kháng dị ứng

- Thông thoáng vòi nhĩ

Các thuốc sử dụng

Nội khoa

- Kháng sinh:

Amoxicillin 80-90 mg/kg/ngày, 2 lần/ngày hoặc Amoxicillin – clavulanate 90mg/kg/ngày đối với amox + 6.4mg clavulanate/kg/ngày.

Nếu dị ứng penicillin, thay thế: Cefuroxime 30mg/kg/ngày, 2 lần/ngày

ß-lactamase (kháng amoxicillin)

- Corticoide

- Giảm đau: paracetamol

- Kháng dị ứng

- Chống xung huyết

- Thông khí vòi nhĩ

- Phẫu thuật: hiếm khi

# **VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH (TIẾT DỊCH)**

**1. Bệnh nguyên**

- Vi trùng tương tự viêm tai giữa cấp

- Dịch tiết kéo dài trên 3 tháng

**2. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy tai kéo dài

- Đau tai (không thường xuyên)

- Ù tai

- Chóng mặt

2.2. Soi tai

- Màng nhĩ kém di động, co lõm hoặc thủng

- Tổn thương chuỗi xương con

- Túi co lõm thượng nhĩ

2.3. Đo thính lực

- Nghe kém dẫn truyền

- Nhĩ lượng dẹt

2.4. Hình ảnh học

- Mờ xương chũm

- Khối cholestetoma

**3. Điều trị**

- Trường hợp hồi viêm: kháng sinh 🡪 nhập viện

- Ampicilin, Amoxicillin, Bactrim, Erythromycin (4 tuần)

- Nếu: nội khoa thất bại, chỉ định phẫu thuật 🡪 chuyển viện

- Steroids, kháng sung huyết, kháng dị ứng

- Giảm đau, nếu có

**4. Theo dõi và dặn dò bệnh nhân**

**4.1. Theo dõi biến chứng**

- Viêm xương chũm

- Liệt mặt

- Viêm mê nhĩ

- Hội chứng Gradenigo

- Áp xe dưới cốt mạc

- Áp xe thể Bezold

**4.2. Dặn dò**

Nếu có biến chứng: tái khám ngay để có quyết định tiếp theo

**5. Tiêu chuẩn nhập viện**

- Diễn tiến bệnh nhanh, nặng

- Sốt cao, đau tai

- Chảy tai, thủng màng nhĩ

- Nhức đầu

- Viêm xương chũm cấp

# **VIÊM ỐNG TAI NGOÀI**

(Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

1. **Định nghĩa**

VOTN là một tình trạng nhiễm trùng của OTN do tổn thương da ống tai khi nhiệt độ và độ ẩm trong ống tai thay đổi.

1. **Phân loại**

VOTN cấp: khi nhiệt độ và độ ẩm trong ống tai tăng lên làm tổn thương hàng rào bảo vệ là da ống tai 🡪 vi khuẩn xâm nhập 🡪 gây bệnh.

VOTN bán cấp và VOTN mạn: khi điều trị không đầy đủ, da ống tai trở nên khô, tróc vẩy giống trong bệnh eczema, có khi tăng sản da 🡪 ống tai dầy lên làm bít ống tai.

**3. Những yếu tố liên quan đến bệnh**

- Dùng dụng cụ móc tai, bông ngoáy tai.

- Tiểu đường

- Xạ trị

- Suy giảm miễn dịch

**4. Triệu chứng**

Chia làm 3 giai đoạn

**Giai đoạn 1**: ngứa tai, thường xuất hiện sau khi BN dùng

- tampon ngoáy tai,

- hoặc dùng đồ móc tai

**Giai đoạn 2**: viêm cấp

- Nhẹ: ngứa tai, đau tai nhẹ, da ống tai đỏ, phù nề nhẹ

- Vừa: ngứa tai, đau tai nhiều hơn, da ống tai đỏ, phù nề nhiều, tiết dịch trong

- Nặng: tai rất đau, đôi khi lan ra vùng quanh tai, lòng ống tai hẹp, chảy mủ tai, xuất hiện hạch cổ.

**Giai đoạn 3**: viêm mạn

- Đau tai ít, ngứa tai nhiều và kéo dài, da ống tai bắt đầu dày lên, tróc vảy.

**5. Điều trị**

1. Làm sạch ống tai thường xuyên

2. Sử dụng kháng sinh phù hợp

3. Điều trị chống viêm và giảm đau

4. Phòng ngừa tái phát

Giai đoạn 1:

- Làm sạch ống tai

- Thuốc

|  |  |
| --- | --- |
| Thuốc lau nhỏ tai | Cồn boricLau tai ngày 2 lần |

Giai đoạn 2:

**Nhẹ:**

- Làm sạch ống tai

- Thuốc

|  |  |
| --- | --- |
| Thuốc nhỏ tai | Neomycin + hydrocortisone (polydexa)Hoặc Ciprofloxacin (Ciprofloxacin 0.3%)Nhỏ 2-3 lần/ngày |

**Vừa:**

- Đặt miếng meche nhỏ vào ống tai, nhỏ thuốc kháng sinh polydexa hoặc ciprofloxacin lên miếng meche, rút sau 2 ngày nếu tình trạng phù nề không giảm có thể đặt lại miếng meche khác.

- Thuốc

|  |  |
| --- | --- |
| Thuốc giảm đau | Acetaminophen (panadol, efferalgan,...)Liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngày |

**Nặng:**

- Đặt meche và nhỏ thuốc kháng sinh như trên

- Thuốc

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng sinh (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau) | Cephalosporin thế hệ 1 (cefadroxil, cefalexin,...) liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngàyHoặc quinolone (ciprobay, tavanic,...) liều lượng 500mg x 2 lần/ngày (nhóm ciprofloxacin), 500mg x 1 lần/ngày (nhóm levofloxacin) |

# **NHỌT ỐNG TAI**

(Bệnh tai ngoài nhiễm trùng)

**1. Đại cương**

- Là một tình trạng viêm cấp của tai ngoài

- Nhọt thường nằm ở vị trí sau trên và ở 1/3 ngoài ống tai

- Tuyến bã vùng da ống tai bị viêm tắc

- Tác nhân gây bệnh: S. aureus

**2. Triệu chứng**

- Đau tai

- Chảy mủ tai

- Nghe kém (nếu nhọt làm bít ống tai)

- Nhọt nằm vùng cửa tai, ống tai phù nề, đỏ.

**3. Điều trị**

- Rạch dẫn lưu

- Thuốc

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng sinh (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau) | - Oxacillin (Bristopen), liều lượng 500mg x 3 lần/ngày- Cephalosporin thế hệ 1 (cefadroxil, cefalexin,...) liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngày- Hoặc Cephalosporin thế hệ 2 (cefaclor, zinnat,...) liều lượng 500mg x 2 lần/ngày |
| Giảm đau | Acetaminophen (panadol, efferalgan,...)Liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngày |

# **NẤM ỐNG TAI NGOÀI**

**1. Đại cương**

- Tình trạng viêm tai ngoài do nấm, cấp tính < 4 tuần, mãn tính > 3 tháng.

- Viêm tai ngoài do nấm chiếm khoảng từ 4-10% của viêm tai ngoài

- Các loại nấm thường gặp Aspergillus (A. Niger, A.Flavus, A. Funigatus), một số ít Candida Albicans,...

- Nam nhiều hơn nữ

- Yếu tố thuận lợi: khí hậu nóng ẩm, môi trường ẩm ướt, sau chấn thương tai tại chỗ, sau nhiễm trùng tai ngoài, sử dụng chung dụng cụ vệ sinh tai, sử dụng kháng sinh kéo dài, corticoide

**2. Lâm sàng**

- Giai đoạn xâm nhập: ngứa tai, soi kính hiển vi thấy da ống tai xung huyết

- Giai đoạn khởi phát: đau tai, ngứa chảy dịch ù tai. Soi đèn Clar ống tai ống nề, có dịch, nhiều khối màu nâu, đen. Soi kính hiển vi thấy từng khóm nấm nhìn rõ sợi tơ nấm.

**3. Cận lâm sàng: lấy mẫu từ ống tai**

- Soi tươi: thấy sợi tơ nấm, bào tử nấm

- Nuôi cấy định danh môi trường Saboureau hoặc PCR

**4. Điều trị**

- Điều trị tại chỗ: vệ sinh tai làm thay đổi môi trường, thuốc tại chỗ như Betadin, cồn borique, Candibiotic...

- Điều trị toàn thân: rất hiếm khi dùng kháng nấm toàn thân.

# **ZONA TAI**

(Viêm OTN do siêu vi)

1. **Định nghĩa**

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Hunt là do nhiễm virus Varicella Zoster thứ phát (nhiễm nguyên phát gọi là bệnh thủy đậu) xảy ra tại hạch gối.

Nguyên nhân

Nguyên nhân làm tái kích hoạt virus Varicella Zoster vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên tình trạng suy giảm miễn dịch khi lớn tuổi, nhiễm HIV hoặc điều trị thuốc ức chế miễn dịch đều có liên quan đến bệnh.

**2. Triệu chứng**

2.1. Triệu chứng sớm: triệu chứng cảm cúm (khoảng 2 ngày)

- Sốt

- Nóng rát 1 bên tai

- Nhức đầu

2.2. Triệu chứng

- Mụn nước xuất hiện ở gờ đối luân, hố thuyền, thành sau ống tai ngoài.

- Tổn thương mụn nước khác với herpes, có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo.

- Liệt mặt có nhiều mức độ từ nhẹ đến nặng.

**3. Thể lâm sàng**

3.1. Thể không đầy đủ:

- Đau tai, nổi mụn nước

- Không liệt mặt

3.2. Thể tổn thương TK VIII: thêm triệu chứng

- Nghe kém

- Ù tai

- Chóng mặt

3.3. Thể tổn thương dây V: thêm triệu chứng

- Tổn thương niêm mạc phần trên amidan, đau nửa mặt

**4. Điều trị**

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng virus (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau) | Acyclovir (zovirax): 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngàyHoặc Famcyclovir (Famvir): 500-700mg x 3 lần/ngày x 7 ngàyHoặc Valacyclovir (valtrex): 1g x 3 lần/ngày x 7 ngày |
| Giảm đau (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau) | Acetaminophen (panadol, efferalgan,...) liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngàyHoặc Amitriptyline (apo-amitriptyline), liều 25mg x 3 lần/ngày |
| Kháng viêm steroids | Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg)Hoặc Prednisolone (prednisone 5mg)Liều lượng 60mg/ngày x 4 ngàyGiảm liều dầnThời gian điều trị 10-14 ngày |

Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể sử dụng thêm kháng sinh

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng sinh (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau) | - Cephalosporin thế hệ 1 (cefadroxil, cefalexin,...) liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngày- Hoặc Cephalosporin thế hệ 2 (cefaclor, zinnat,...) liều lượng 500mg x 2 lần/ngày Hoặc quinolone (ciprobay, tavanic,...) liều lượng 500mg x 2 lần/ngày (nhóm ciprofloxacin), 500mg x 1 lần/ngày (nhóm levofloxacin) |

Trong trường hợp có liệt thần kinh VII có thể cho bệnh nhân nhập viện

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng viêm steroids dạng tiêm tĩnh mạch | Methylprednisolone (Solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngàyGiảm liều dần sau đóChuyển sang dạng uống như trên |
| Bảo vệ mắt | Tetracylin, tra vào mắt trước khi ngủ và kéo mắt nhắm kín lại |
| Châm cứu phối hợp |  |

# **TỤ MÁU VÀNH TAI**

**1. Định nghĩa**

- Là một tình trạng tích tụ máu vùng vành tai, sinh ra sau chấn thương đụng dập

- Cơ chế chấn thương là do đứt mạch máu màng sụn làm máu chảy ra và tụ lại giữa lớp sụn và màng sụn làm tách lớp màng sụn ra khỏi sụn.

- Nếu tổn thương không được điều trị sớm, khối máu tụ sẽ chèn ép làm viêm hoại tử sụn vành tai 🡪 biến chứng vành tai hình bông cải.

**2.Điều trị**

2.1. Chọc hút lấy máu tụ bằng kim hoặc rạch lấy máu đông, chri định chọc hút khi:

- Khối máu tụ lớn, làm mất các gờ, rãnh vùng vành tai

- Sờ có cảm giác phập phều

- Không có chống chỉ định về bệnh lý nội khoa (huyết học, nội tiết,...)

- Bệnh nhân đồng ý băng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn

2.2. Phòng ngừa khối máu tụ tái lập

- Phương pháp không xâm lấn: dùng những miếng bông gòn và gạc ép chặt vào vùng trên khối máu tụ, trước và sau tai; hoặc có thể dùng kẹp mũi của vận động viên bơi lội để kẹp sau khi chọc hút

- Phương pháp xâm lấn: dùng chỉ khâu ép xuyên qua các lớp của loa tai có lót gạc đệm

**3. Thuốc**

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng sinh (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau) | Nhóm FluoroquinolonesCiprofloxacin (ciprobay, opecipro…), liều lượng 500mg x 2 lần/ngàyHoặc Levofloxacine ( levotab, tavanic…), liều lượng 500mg x 1 lần/ngàyNhóm amoxicillin + clavulanate ( Augmentin 625mg, 1g, Klamentin 625mg, 1g, …)Liều lượng 625mg x 3 lần/ngày, 1g x 2 lần/ngàyNhóm Cephalosporin thế hệ 2, 3C2: Cefuroxim ( Zinnat 500mg, liều lượng 500mg x 2 lần/ngày,…)Hoặc cefaclor (ceclor CD,… liều lượng 375mg x 2 lần/ngày)C3: Cefixim ( unifix 200mg, efixent 200mg, cefixycin 100mg,…), liều lượng 200mg x 2 lần/ngàyHoặc Cefdinir ( aldinir 300mg, genocef 300mg,…), liều lượng 200mg x 2 lần/ngàyHoặc cefpodoxim ( selbako 200mg, sanfetil 200mg), liều lượng 200mg x 2 lần/ngày |
| Chồng viêm, chống phù nề, steroids | Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg)Hoặc prednisolone (prednisone 5mg)Liều lượng 20-40mg/ngày |
| Giảm đau | Acetaminophene (Effaralgan 500mg, Hapacol 500mg, panadol 500mg,…) liều lượng 500mg x 3-4 lần/ngày |

# **ĐIẾC ĐỘT NGỘT**

1. **PHÂN LOẠI ĐIẾC ĐỘT NGỘT**

Rubin(1968) phân loại điếc đột ngột dựa trên mức độ, hình dạng thính lực đồ:

Type Ι: - Nghe kém chủ yếu ở tần số thấp

 - Có thể nghe rõ hơn trong khoảng từ 2000 – 8000Hz

 - Ngưỡng nghe lời giảm, khả năng phân biệt lời rất kém.

Type II: - Đồng nhất hơn type I

 - Mất từ 50 – 60dB ở 500Hz, 1000Hz, 2000Hz.

 - Nghe kém hoàn toàn ở > 3000Hz.

Type III: - Điếc đặc.

 - Không có khả năng phân biệt lời.

1. **BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:**
2. **Nghe kém:**
* Khởi phát đột ngột kèm theo ù tai.
* Diễn biến trong khoảng một giờ, một ngày hoặc vài ngày.
1. **Ù tai:**
* Có 70% trong điếc đột ngột.
* Có thể xảy ra trước điếc đột ngột vài giờ.
* Âm ù giống như tiếng gầm, tiếng sóng vỗ.
1. **Chóng mặt:**
* Tỉ lệ 40% từ nhẹ đến nặng.
* Kéo dài 4 – 7 ngày, có trường hợp đến 7 tuần.
* Buồn nôn, nôn mửa thương kết hợp với chóng mặt nặng.
* Nhức đầu.
* Nhiễm trùng hô hấp trên 25% trường hợp.
* Sốt thương nhẹ.
* Soi tai: có thể bình thương hoặc viêm tai giữa thanh dịch.
1. **CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN**
2. **Đánh giá thính lực tổng hợp bao gồm:**
* Đo đường khí đơn âm – ngưỡng Spundee.
* Ngưỡng dẫn truyền xương.
* Khả năng phân biệt lời.

Ngưỡng đơn âm: ứng dụng phân loại Rubin. Các xét nghiệm này nên làm 2-3 ngày/lần cho đến khi điếc đột ngột ổn định.

1. **Đo thính lực đơn âm theo phương pháp Stenger và đo thính lực lời:** nên làm ngay từ đầu nhằm loại trừ khả năng nghe kém do rối loạn tâm lý.
2. **Đo điện thính giác thân não( ABR):** có tác dụng như mối lien quan điện sinh lý với ngưỡng âm đơn được xác định bằng thính lực đồ. ABR giúp loại trừ tổn thương sau ốc tai là nguyên nhân gây nghe kém.
3. **Nghiên cứu tiền đình:**

Gần 50% bệnh nhân điếc đột ngột có bất thương vĩnh viễn đáp ứng của tiền đình với kích thích nhiệt: các bất thương rất thay đổi từ mất toàn bộ đáp ứng đến những thay đổi nhẹ hoặc bình thương.

* 1. **Hình ảnh xương thái dương và cột sống:**

CT Scan xương thái dương và cột sống nhằm tránh bỏ sót viêm xương chum, Cholestestome, u thần kinh VIII và cứng cột sống.

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**
* Nhiễm độc tai.
* Chấn thương.
* Dò ngoại dịch.
* Bệnh miễn dịch.
* Bệnh Méniène
* Viêm mê nhĩ vi trùng
* Xơ tai: có tiền sử gia đình.

Thăm khám lâm sang có thể phát hiện Cholestestome hoặc dò ngoại dịch.

Khi loại trừ những nguyên nhân này có thể xác định điếc đột ngột có nguyên nhân siêu vi và hiếm khi do co mạch.

1. **TIÊN LƯỢNG:**
* Gần 1/3 bệnh nhân phục hồi bình thương.
* 1/3 mất từ 40🡪80dB ngưỡng tiếp nhận lời.
* 1/3 điếc đặc.
* Tự phục hồi cũng thương xảy ra nếu như điếc không kèm theo chứng chóng mặt chỉ trong vài ngày.
* Sự phục hồi hoàn toàn cũng có thể xảy ra sau nhiều tuần lễ điếc đặc.
* Chóng mặt có khuynh hướng giảm trong một tuần lễ và như một quy luật sẽ mất hẳn sau 6 tuần.
1. **ĐIỀU TRỊ:**

Khả năng tự phục hồi sức nghe đến mức bình thương hoặc gần như bình thương khiến việc đánh giá hiệu quả điều trị gặp khó khăn.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

* Dãn mạch
* Kháng đông
* Giảm độc cô đặc máu
* Corticosteroids: kháng viêm, chống nhiễm trùng và siêu vi
* Vitamin
* An thần: nên dùng, dù bất kỳ nguyên nhân nào
* Nghỉ ngơi
* Hoạt động thể lực nhằm làm thay đổi áp lực tai trong
* Dãn mạch:
* **Rubin( 1968):** sử dụng Hyoscine hoặc Atropine I.M hoặc I.V trông giai đoạn cấp và Procaine Hydrochloride I.V sau nhiều ngày hoặc nhiều lần.
* **Jaffe( 1968):** Histamin I.V và Nicotinic Acid đường uống.
* **Shaia-Sheehy( 1976):** dung Histamin phosphate I.V ngay từ đầu, sau đó là chích dưới da, cuối cùng dùng theo đường uống và dưới lưỡi Histamin Phosphate I.V và Nicotinic Acid ⇨40% bệnh nhân có cải thiện đáng kể sức nghe.
* **Shaia và Bowers( 1975):** nhấn mạnh việc kiêng cữ thuốc lá và điều trị bằng hỗn hợp gồm 5% CO2 và 95% O2.
* **Shaia và bowers( 1975):** sử dụng Corticoids ( Dexamethasone) đối với nghe kém cách phục hồi hoặc Prednisone 40mg- 60mg liều duy nhất buổi sáng kéo dài một tuần lễ.
* **Fisch(1983):** (5% CO2 + 95% O2) theo đường thở.

Một số phác đồ diều trị do nhiễm trùng

☞Đối với siêu vi:

* Acyclovir uống 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngày hoặc
* Famciclovir uống 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày hoặc
* Valacyclovir uống 1g x 3 lần /ngày x 7 ngày

Kết hợp: Prednisone uống 1mg/kg/ngày x 6 ngày

☞Viêm màng não vi trùng:

* Kháng sinh thích hợp
* Corticoids càng sớm càng tốt x 4 ngày

☞Do giang mai:

* Penicillin G 2 triệu- 4 triệu IV/4 giờ x 10 ngày kết hợp
* Prednisone uống 30-60mg/ngày x 7 ngày

☞Corticoids xuyên nhĩ: kết quả cho nhiều hứa hẹn.

# **VIÊM HỌNG- AMIDAN**

**Đại cương**

Vòng Waldeyer ở họng:

* Amidan khẩu cái
* Amidan vòm
* Amidan vòi
* Amidan lưỡi

Bình thương các cấu trúc trên chứa nhiều loại vi trùng kỵ khí và hiếu khí

* Staphylococcus
* Nonhemolytic streptococci
* Lactobacillus
* Bacteroides
* Actinomycines

Với điều kiện thuận lợi vi trùng gây viêm các cấu trúc trên.

**VIÊM HỌNG – AMIDAN CẤP**

1. **Định nghĩa:**

Viêm họng - amidan cấp là viêm niêm mạc bề mặt họng - amidan và các hốc trong amidan, diễn tiến trong thời gian ngắn < 3 tuần.

1. **Phân loại:**

Viêm họng – amidan cấp do siêu vi.

Viêm họng – amidan cấp do vi trùng.

Trên lâm sàng rất khó phân biệt 2 loại này.

1. **Viêm họng – amidan cấp do siêu vi:**
2. **Triệu chứng lâm sàng:**
* Đau họng
* Khó nuốt
* Sốt, nghẹt mũi
* Sung huyết niêm mạc họng – amidan
* Tăng tiết dịch ở họng
* Quá phát amidan
1. **Chẩn đoán:**
* Triệu chứng lâm sang
* Các xét nghiệm miễn dịch phát hiện siêu vi
1. **Điều trị:**
* Uống nhiều nước, nghỉ ngơi, giảm đau
* Corticoid hê thống: nếu quá phát amidan gây khó thở
1. **Viêm họng – amidan cấp do vi trùng:**
2. **Liên cầu trùng tán huyết beta nhóm A:**
* Nguyên nhân thương gặp nhất ở trẻ con
* Triệu chứng lâm sàng: sốt, đau họng, hạch cổ, khó nuốt, họng amidan xung huyết, dịch mủ
* Xét nghiệm: cấy phết họng định danh vi trùng hoặc rapid antigen detection test( RADT), ASO
* Điều trị: Penicillin V 10 ngày, amoxicillin( thay penicillin), cephalosporin thế hệ 1, macrolide và clindamycin thay thế dị ứng penicillin
* Biến chứng:
* Scarlet fever
* Thấp khớp cấp
* Viêm cầu thận cấp
* Abces quanh amidan
* Abces thành họng sau
* Các trường hợp này cần nhập viện điều trị
1. **Không thuộc Liên cầu trùng tán huyết beta nhóm A**
* Streptococci nhóm C và G
* Bạch hầu
* Giang mai
* Kỵ khí
* Nấm

Điều trị theo nguyên nhân

**VIÊM HỌNG – AMIDAN CẤP TÁI DIỄN**

1. **Định nghĩa:**

Các đợt viêm họng – amidan cấp phục hồi hoàn toàn giữa các cơn

1. **Cơ chế:**

Do vị trí amidan và cấu trúc nhiều nang chứa vi trùng, điều trị các cơn viêm amidan cấp rất khó loại trừ toàn bộ các vi trùng này, vì vậy gây nên các cơn cấp tái diễn

1. **Điều trị:**

Nội khoa: Kháng sinh

Phẫu thuật:

>6-7 đợt viêm cấp/năm hoặc

5 đợt/2 năm liền hoặc

3 đợt/3 năm liền

**VIÊM HỌNG – AMIDAN MẠN**

1. **Định nghĩa:**

Viêm họng – amidan kéo dài >3 tháng

Thể quá phát thương gặp

Thể xơ teo- mủ

1. **Triệu chứng lâm sàng**
* Nghẹt mũi, sổ mũi, giọng mũi
* Ngáy, khó nuốt
* Nguy cơ ngưng thở lúc ngủ
1. **Biến chứng:**

Tăng áp lực phổi với ngưng thở lúc ngủ kéo dài

1. **Điều trị:**

Nhập viện và phẫu thuật cát amidan

# **VIÊM MŨI XOANG**

1. **Đại cương:**

Viêm mũi xoang là viêm niêm mạc mũi – xoang có hoặc không ảnh hưởng đến cấu trúc bên dưới niêm mạc như xương, mạch máu, thần kinh

1. **Phân loại:**

Viêm mũi xoang cấp: <3 tuần

Viêm mũi xoang bán cấp: 4 – 12 tuần

Viêm mũi xoang mạn: ≥12 tuần

Viêm mũi xoang cấp tái diễn: > 4 đợt viêm mũi xoang cấp/năm

Đợt cấp viêm mũi xoang mạn: viêm mũi xoang mạn trở nặng đột ngột

1. **Triệu chứng:**

Triệu chứng chính: nghẹt mũi , sổ mũi, nặng mặt, mất mùi, sốt.

Triệu chứng phụ: đau đầu, sốt, hơi thở có mùi hôi, mệt mỏi, đau rang, ho, đau(đầu) tai

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

* 2 triệu chứng chính hoặc
* 1 triệu chứng + 2 triệu chứng phụ

**VIÊM MŨI XOANG CẤP**

1. **Định nghĩa:**
* Viêm niêm mạc mũi
* Viêm niêm mạc xoang
* Có hay không lien quan đến phần xương bên dưới
* Thời gian diễn tiến: <3 tuần
1. **Phân loại:**
* Viêm mũi xoang cấp siêu vi
* Viêm mũi xoang cấp vi trùng
1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

***Triệu chứng lâm sàng:***

* Sốt
* Nghẹt mũi
* Đau vùng xoang
* Nhức đầu
* Chảy mủ mũi

***Nội soi mũi xoang***

* Sung huyết niêm mạc mũi
* Dịch tiết hoặc mủ cửa mũi trước và sau
* Mủ khe giữa

***X quang phim phẳng***

* Mực nước hơi
* Dày niêm mạc xoang

***CT scan***

* Mờ một phần hoặc toàn bộ xoang
* Mực nước hơi
* Dáu hủy xương( nếu có)
1. **Diễn tiến:**
* VMXC siêu vi: Tự giới hạn, điểm đỉnh ngày 2-3, hết hẳn ngày 10-14
* VMXC vi trùng:
* VMXC siêu vi kéo dài > 10 ngày: bội nhiễm vi trùng
1. **Điều trị:**

Nâng tổng trạng

Kháng sinh:

* Amoxicillin 80-9-mg/kg/ngày, 2 lần/ngày hoặc

Amoxicillin- clavulanate 90mg/kg/ngày

Nếu dị ứng penicillin, thay thế: Cefuroxime 30mg/kg/ngày, 2 lần/ngày

* β-lactamase( kháng amoxicillin)

Corticoide

Phác đồ điều trị Ngoại trú bệnh Tai Mũi Họng

Kháng dị ứng

Chống xung huyết

Chọc xoang

Xông kê mũi xoang

Phẫu thuật: hiếm khi

**VIÊM MŨI XOANG MẠN**

1. **Định nghĩa:**
* Thời gian diễn tiến: > 3 tháng
1. **Lâm sàng:**
* 2 triệu chứng chính hoặc
* 1 triệu chứng chính + 2 triệu chứng phụ
1. **Phân loại:**
* Biofilms (Pseudomonas aeruginosa, S.aureus, Haemophilus influenza)
* Nhiễm vi trùng
* Nấm
* Dị ứng
1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

***Triệu chứng lâm sàng:***

* Nghẹt mũi
* Sổ mũi
* Đau mặt
* Nặng mặt
* Giảm(mất) khứu giác

***Nội soi:***

* Polyps mũi xoang
* Dịch tiết khe giữa
* Phù nề niêm mạc khe giữa
* Niêm mạc mũi xoang mất màu

***CT scan:***

* Dày niêm mạc xoang
* Dấu hủy xương
* Khối bắt sáng(nấm)
* Xâm lấn cấu trúc lân cận
1. **Điều trị:**
* Kháng sinh: cho trường hợp đợt cấp viêm mũi xoang mạn hoặc kéo dài ít nhất 3-4 tuần( qua cấy vi trùng)
* Kháng sinh tại chỗ
* Kháng nấm( đường uống)
* Kháng viêm: Corticoids: xịt mũi tại chỗ, đường uống
* Chống sung huyết
* Kháng dị ứng
* Rửa mũi xoang bằng nước muối sinh lý
* Phẫu thuật nội soi mũi xoang
* Viêm mũi xoang cấp, mạn biến chứng: nhập viện

# **VIÊM MŨI DỊ ỨNG**

1. **ĐỊNH NGHĨA:**

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

1. **TRIỆU CHỨNG:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cơ năng | Thực thể |
| * Ngứa mũi
* Hắt hơi
* Sổ mũi
* Nghẹt mũi
 | Niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhày trong |

1. **THỂ LÂM SÀNG:**
* VMDU quanh năm: xảy ra quanh năm
* VMDU theo mùa: xả ra theo mùa rõ rệt
1. **CẬN LÂM SÀNG:**
* Công thức máu: bình thương, Ige trong máu tăng
* Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan
* Xquang: không có gì bất thương
1. **ĐIỀU TRỊ:**

**Điều trị nội khoa là chủ yếu**

* Giải mẫn cảm: làm phản ứng nội bì để xác định kháng nguyên, sau đó chính giải mẫn cảm
* Điều trị 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 x 2 lần/ngày
* Điều trị tại chỗ:
* Xông mũi bằng corticoide
* Xịt mũi bằng corticoide: (Flixonase, Rhinocort, Piavalon)
* Kháng sinh khi có bội nhiễm:
* Amoxicillin( Clamoxyl) 0,5g: 2v x 2 lần/ngày
* Amox+ A.Clavu( Augmentin, Moxiclaxil) 0,625g: 1v x 2 lần/ngày
* Cefadroxil( Biodroxil) 0,5g: 2v x 2 lần/ngày
* Cefuroxime( Zinmax, Zinnat, Ceroxim…) 0,25g-0,5g/ngày

**CHẢY MÁU MŨI**

1. **NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:**

10% trường hợp chảy máu mũi chưa rõ nguyên nhân

Kết quả của nhiều yếu tố phối hợp

Trong trường hợp chảy máu dai dẳng: cao huyết áp, sử dụng aspirin hoặc thuốc chống đông kết tiểu cầu, nghiện rượu là các yếu tố quan trọng

Bảng phân loại nguyên nhân chảy máu mũi

**Tại chỗ**

Chấn thương mặt

**Hệ thống**

Phản ứng viêm

Biến dạng cấu trúc giải phẫu

Dị vật mũi

Nhiễm độc hóa chất

Phẫu thuật

U trong mũi( lành tính, ác tính)

Bệnh máu, mạch máu

Các loại thuốc

Nhiễm độc hệ thống( kim loại nặng)

Nhiễm trùng

Bệnh lý tim mạch

1. **ĐIỀU TRỊ:**

Thái độ xử trí:

Kiểm soát tình trạng máu chảy để chống mất máu và giảm thể tích

Hướng dẫn phòng ngừa mất máu giảm thể tích và sốc( Advanced Trauma Life Support Instructor Manual) phân loại lượng máu mất

Bảng 2. Phân loại lượng máu mất, rối loạn sinh lý và bù hoàn dịch

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Độ I | Độ II | Độ III | Độ IV |
| % máu mất | 10-15% | 15-30% | 30-40% | >40% |
| Lượng máu mất(ml) | 700-750 | 750-1500 | 1500-2000 | >2000 |
| Mạch/phút | <100 | <100-120 | >120 | >140 |
| Nhịp thở | 14-20 | 20-30 | 30-40 | >35 |
| Huyết áp | BT | BT | Giảm | Giảm âm thu |
| Dịch truyền | Lactated Ringer | Lactated Ringer | Lactated Ringer | Lactated Ringer và máu |

Độ III và IV: chảy máu nặng, sử chuyển độ III sang IV có thể âm thầm, đặc biệt trong trường hợp chảy máu kéo dài và sự bù dịch không đầy đủ ngay từ đầu

Độ IV: lượng nước tiểu có thể được dùng hướng dẫn trong việc bồi hoàn dịch, truyền máu cần thiết để ổn định huyết động

Quy luật truyền máu 1/3: mỗi 100ml máu mất, lượng dịch cao phân tử cần truyền là 300ml

Đối với trường hợp chảy máu nặng, điều quang trọng là cần nắm vững giải phẫu, kỹ thuật điều trị và dụng cụ sẵn có

Các yếu tố cần ghi nhận:

Mức độ chảy máu

Vị trí chảy máu

Tuổi bệnh nhân

Bệnh sử: chấn thương, phẫu thuật hoặc bệnh về máu( bệnh Willebrand, bệnh chảy máu di truyền)

Các thuốc đã sử dụng( aspirin, kháng đông, kháng viêm)

Tổng trạng bệnh nhân

Trong trường hợp chảy máu nặng, không có thời gian khai thác, việc kiểm sốt chảy máu và bù hoàn dịch là tối quan trọng

Các phương pháp cầm máu:

Đốt bằng côte(Cauterization)

Thuyên tắc mạch máu(Embolization)

Đông lạnh(Cryotherapy)

Nhét bấc mũi(Nasal packing)

Đốt bằng cô te qua nội soi(Endoscopic cauterization)

Phẫu thuật(Surgical reconstruction)

Phong bế lô khẩu cái lớn(Greater palatine foramen block)

Để xác định vị trí điểm chảy máu, cần thiết:

Ánh sáng đầy đủ

Cae bệnh nhân và thầy thuốc đều thư giãn và được bảo vệ bằng các áo choàng không thấm nước

Dùng ống hút, kẹp khủy lấy toàn bộ cục máu đông ở hốc mũi

Các thuốc co mạch(phenylephrine hydrochloride 0,25% hoặc cocaine 4%, 5ml) làm giảm phù nề niêm mạc và giảm chảy máu

Sau khi lấy toàn bộ các cục máu đông và không còn chảy máu, không cần thao tác tiếp và chỉ tiếp tục theo dõi. Nhét bấc tùy tiện gây chấn thương niêm mạc mũi và chảy máu ở những điểm khác.

**CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU**

Đốt bằng cô te nitrate bạc( Silver Nitrate Cauterization)

Nitrate bạc gây một số khó chịu, vì vậy sử dụng thuốc tê tại chỗ( 2% lidocaine) bằng một que bông giúp tránh các khó chịu này, ngoài ra epinephrine có tác dụng cp mạch cũng rất hữu ích. Nitrate bạc sử dụng kéo dài ít nhất 30 giây, tránh làm bỏng các mô lân cận bình thương

Đốt điện(Electrical Cauterization)

Đốt sâu hơn trong những trường hợp chảy máu nặng. lưu ý không đốt quá sâu do bộc lộ và phá hủy màng sụn tứ giác. Dùng bấc có tẩm Vaseline và kháng sinh ép vào vùng đã đốt nhằm làm giảm sự hình thành vẩy và hiện tượng viêm giúp làm lành vết thương nhanh hơn.

Đông lạnh

Nhét bấc mũi(NasalPacking)

Nhét bấc mũi trước:

Bấc có tẩm Vaseline bề rộng ¼ inche( 6,2mm) nhét chặt vào hốc mũi theo phương pháp”võng-đèn xếp” có thể kiểm soát chảy máu mũi sau. Trong trường hợp chảy máu nặng, để cầm máu tạm thời bằng cách chích lidocaine cới 1:100000 epinephrine hoặc 1:200000 epinephrine

Trong trường hợp chảy máu do ung thư máu hoặc bệnh lý về máu các vật liệu cầm máu thương dùng như gelfoam apone, surgical oxycel hoặc avitene rất hiệu quả. Thuốc xịt thrombin tẩm nhuận cào gelfoam goặc surgical, avitene rất hữu ích trong việc cầm masungay từ đầu đối với chảy máu do bệnh lý giảm tiểu cầu

Nhét bấc mũi sau:

Nhét bấc mũi trước không cầm máu được cần thực hiện nhét bấc mũi sau

Nhét bấc mũi sau thương phối hợp với nhét bấc mũi trước vì vậy các biến chứng thương rất phức tạp

Trong trường hợp chấn thương sọ não, máu vẫn tiếp tục chảy sau khi nhát bấc mũi sau, thậm chí 2 bên, trường hợp này có thể có tổn thương động mạch cảnh trong

Nếu sau khi nhét bấc mũi trước mà vẫn còn chảy máu, cần rút bấc ra tạm thời, phong bế lỗ khẩu cái lớn bằng thuốc tê

Sau khi nhét bấc thương có tình trạng giảm PO2 máu, khô họng, ù tai…vì vậy cần thiết thở o2, truyền dịch và xông họng

Bấc được lưu lại từ 3-5 ngày. Phương pháp rút bấc đi theo chiều nguojc wlajivoiws nhét bấc, tức là phần nhét sau cùng được lấy ra trước

Phong bế lỗ khẩu cái lớn:

Phong bế lỗ khẩu cái lớn để cầm máu động mạch bướm khẩu cái. Để tránh chích vào nội sọ hoặc trong ổ mắt, kim chích không được sâu quá 25mm trong ống khẩu cái lớn

Bình thương lidocaine 1% hoặc 2% với epinephrine 1:100000 hoặc 1:200000 được dùng để chích với chơ chế làm co mạch máu vỡ

Cầm máu bằng Merocel

Merocel có sẵn trên thị trường, dạng hình nẹp tương xứng với hố mũi, có khả năng hấp thu chất dịch và phồng lớn hơn nhiều so với kích cỡ ban đầu, nhờ vậy có khả năng cầm máu rất tốt. Thao tác đơn giản bằng cách banh mũi với Speculum, dưới ánh sáng đèn clar, đưa merocel vào hốc mũi theo chiều hướng lên trên và ra sau. Kiểm tra tình trạng chảy máu mũi sau đặt merocel. Nếu còn chảy có thể đặt thêm 1 merocel bên cạnh.

4. Phẫu thuật (Surgery)

Khoảng 4-8% các trường hợp nhét bấc mũi thất bại, không kiểm soát được chảy máu mũi sau. Flemming (1803) lần đầu tiên đã thắt động mạch cảnh chung để cầm chảy máu mũi.

4.1. Chỉnh hình vách ngăn / phẫu tích dưới niêm mạc (Septoplasty / Submucous Resection)

4.2. Thắt động mạch hàm trong (Internal Maxillary Artery Ligation)

4.3. Thắt động mạch bướm khẩu cái qua đường mũi (Transantral Sphenopalatine Artery Ligation)

4.4. Thắt động mạch hàm qua ổ mắt (Intraoral Ligation of the Maxillary Artery)

4.5. Thắt động mạch sàng trước và sàng sau (Anterior and Posterior Ethmoidal Artery Ligation)

4.6. Thắt động mạch cảnh ngoài (External Carotid Artery Ligation)

4.7. Thuyên tắc động mạch (Embolization)

# **DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

- Dị vật đường ăn (DVĐA) là dị vật bị mắc trên đường đi của thực quản gây cản trở giao thông và dễ gây nên các biến chứng nhiễm trùng trầm trọng.

- DVĐA là một cấp cứu Tai Mũi Họng thuờng gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm dễ gây nên các biến chứng nguy hiểm.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Dị vật thường là:

- Động vật: xương cá, xương gà, xương heo,,,

- Thực vật: các loại hạt như hạt nhãn, hồng, sấu..

- Kim loại: răng giả, kim băng, đồng xu...

**3. CHẨN ĐOÁN**

**1. Lâm sàng**

Bệnh nhân có tiền sử nuốt dị vật và 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

a) Giai đoạn đầu

Triệu chứng tắc nghẽn là chính, ngay sau khi nuốt phải dị vật bênh nhân thấy nuốt khó, nuốt vướng, cảm giác đau nơi bị hóc và thuờng phải ngưng bữa ăn để khạc nhổ, tìm cách tống dị vật ra.

b) Giai đoạn thứ 2

Bệnh thường xuất hiện sau 24 giờ, có viêm thực quản, abcés dưới niêm mạc thực quản

Triệu chứng: sốt, nuốt rất đau, chỉ ăn được ít cháo loãng hay nước, tăng tiết nhiều đàm nhớt, hơi thở có mùi hôi.

c) Giai đoạn thứ 3

Giai đoạn biến chứng, xuất hiện sau 5-7 ngày với hội chứng nhiễm trùng rầm rộ hơn.

Có viêm tấy quanh thực quản, có túi mủ ngoài thực quản, abcés cạnh cổ, có thể gây biến chứng nặng nề hơn như viêm, abcès trung thất, màng phổi, màng tim, và đặc biệt là gây thủng các mạch máu lớn.

**2. Cận lâm sàng**

CTM, Ts, TC

ECG

Anti HIV, tổng phân tích nước tiểu

X-quang cổ thẳng và nghiêng:

- Có thể thấy hình ảnh cản quang của dị vật

- Khoảng Henké dày, có thể có mức nước hơi của túi abcès

- Mất độ cong sinh lý về phía trước của cột sống cổ

X-quang tim phổi thẳng tìm các dấu hiệu và các biến chứng khác nếu có.

Chụp CT Scan cổ-ngực đối với trường hợp nặng và khó quan sát được dị vật

**4. ĐIỀU TRỊ**

4.1. Hóc dị vật đơn giản: soi gắp dị vật qua gương soi hạ họng – thanh quản

4.2. Soi thực quản gắp dị vật

4.3. Nặng

- Hồi sức

Kháng sinh nhóm Betalactame, Cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 (ví dụ Augmentin phối hợp Metronidazole 0,5g 100ml 1 chai x 2 lọ TTM xxx giọt/pht/lần nếu có nghi ngờ vị trùng kị khí

Kháng viêm: Solumedrol 400mg (hoặc Depersolon 30mg) 1 ống x 2 lần TMC

Truyền lactate ringer 500ml TTM, glucose 5% 500ml TTM

Giảm đau Paracetamol: uống hoặc tiêm truyền

Phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu khi có abcès cạnh cổ. Nuôi ăn qua tube Levin

Soi thực quản

**5. TIÊN LƯỢNG**

- Dị vật thực quản rất hay gặp ở nước ta, dễ gây tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời

- Tùy thuộc vào tính chất dị vật, những tổn thương do dị vật gây ra và bệnh nhân tới sớm hay muộn hay đã có nhiễm trùng nặng chưa

- Bệnh nhân tới sớm, tính chất dị vật dễ gắp, dị vật không gây tổn thương cho các cơ quan lân cận nhất là các mạch máu thì tiên lượng tốt

**6. PHÒNG BỆNH**

- Cần tuyên truyền, phổ biến rộng rãi sự nguy hiểm của dị vật

- Đối với trẻ nhỏ phải trông nom cẩn thận, không cho chơi các thứ dễ gây hóc như đồng xu, huy hiệu, kim băng...

- Thức ăn cho trẻ nhỏ phải gỡ hết xương vụn

- Đối với người lớn DVĐA đa số là xương, vì vậy phải cải tiến cách chế biến thức ăn. Khi ăn cần nhai kĩ, chậm rãi, tránh cười đùa hoặc nói khi đang nhai.

- Cuối cùng nếu có lỡ bị DVĐA thì phải đi khám bệnh chuyên khoa TMH ngay và nếu bệnh nhân bị hóc đến với thầy thuốc đa khoa thì điều trị ngay kháng sinh và gửi ngay đi khám chuyên khoa TMH để kịp thời xử trí.

**7. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phác đồ điều trị nội trú bệnh tai mũi họng năm 2013 trang 16, bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh

2. Võ Tấn, sách “Tai Mũi Họng Thực Hành” đại học Y Dược TPHCM

3. Nguyễn Văn Đức, sách Tai mũi họng quyển 2 trang 389, ĐH Y Dược TPHCM, ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch TPHCM

# **VIÊM THANH QUẢN CẤP**

1. **ĐỊNH NGHĨA**

Viêm niêm mạc, có thể khu trú ở niêm mạc hoặc lan xuống những lớp dưới, đi từ xung huyết phù nề, loét niêm mạc đến viêm cơ, hoại tử sụn...

1. **TRIỆU CHỨNG**

Cảm giác khô họng, nuốt rát

Khàn tiếng và có khi mất hẳn

Ho, ho khan hoặc đàm trắng, màu xanh hoặc vàng

Triệu chứng toàn thân: có thể sốt ớn lạnh, đau mình

Triệu chứng thực thể:

- Niêm mạc xung huyết, phù nề, dây thanh – sụn phễu – thanh thiệt nề đỏ

- Xuất tiết tăng: tiết nhầy đặc đọng ở mép sau, ở thanh môn

**3. ĐIỀU TRỊ**

Kiêng nói, giữ ấm

Kháng sinh: Augmentin, Cephalosporin thế hệ 2, 3

Chống ho: Atussin, Leprozin, Terpin codein, Codepect, Toplexil

Chống viêm: Methylprednisolone (Medrol 4-16mg); kháng viêm dạng men (Nolfux, Kivizyme, Alpha chymotripsyn, didbetonase,...)

Chống đau: Paracetamol

Xông họng thanh quản với Melyptol + Dexacol

Thuốc ngậm: Dorithicin, Tyrotab

## **VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Triệu chứng chức năng chính: 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

**2. TRIỆU CHỨNG**

2.1. Cơ năng

- Khàn giọng kéo dài từng đợt

- Tăng tiết nhầy, nhát là buổi sáng

- Cảm giác ngữa, khô rát

2.2. Thực thể

- Tiết nhầy đọng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh

- Tổn thương dây thanh

Nhẹ: niêm mạc dây thanh, xung huyết đỏ

Nặng: quá sản dây thanh như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng

**3. THỂ LÂM SÀNG**

- Viêm TQ mãn tính, xuất tiết thông thường

- Viêm TQ quá phát

- Bạch sản TQ

- Viêm TQ teo

- Viêm TQ nghề nghiệp

- Lộn thanh thất giả

- Viêm TQ mãn tính ở trẻ em

**4. 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

# **VIÊM THANH THIỆT CẤP**

1. **ĐỊNH NGHĨA**

Viêm thanh thiệt cấp là tình trạng viêm phù nề của thanh thiệt có hay không có đi kèm với viêm họng thanh quản. Đây là một cấp cứu y khoa vì có thể dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

Nguyên nhân thường do nhiễm trùng (vi khuẩn H influenzae type B, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus parainfluenzae, virus thủy đậu, virus herpes simplex type 1, Staphylococcus aureus...) do nhiệt, dị ứng...

**2. TRIỆU CHỨNG**

- Viêm thanh nhiệt thương xảy ra cấp tính nhưng cũng có thể diễn tiến trong vài giờ đến vài ngày. Triệu chứng thương thấy nhất: đau họng, khàn giọng, nói khó, sốt, nuốt đau, nhịp tim nhanh, khó thở

- Trẻ em bị viêm thanh nhiệt: trẻ sốt, khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt, khàn tiếng, thở rít, bé luôn ngồi chồm tới trước và nhanh chóng đưa đến khó thở và tím tái.

**3. CHẨN ĐOÁN**

- Soi thanh quản gián tiếp hoặc trực tiếp: phù nề đỏ mọng thanh thiệt che lắp thanh môn (cẩn thận đối với trẻ nhỏ có thể gây khó thở do co thắt)

- X quang cổ nghiêng hình ảnh ngón tay cái (thumb sign) do sưng to thanh thiệt

**4. ĐIỀU TRỊ**

- Nếu bệnh nhân khó thở, rối loạn vận mạch: úp mask giúp thở. Nếu không hiệu quả: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản

- Kháng sinh: Augmentin, Cephalosporin thế hệ 2, 3

- Corticosteroid

+ Mazipredone (Depersolone 30mg)

Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày

Người lớn: 1 ống x 1-3 lần/ngày

+Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)

Trẻ em: 1-2 mg/kg/ngày Người lớn: 1 ống x 1-3 lần/ngày