



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
TAI MŨI HỌNG**

Năm 2019

PHỤ LỤC

STT	TÊN BỆNH	MÃ ICD	Trang
1	Zona tai (Viêm ống tai ngoài do siêu vi)	H60.8	1
2	Viêm xoang mạn tính	J32	3
3	Viêm xoang cấp tính	J01	6
4	Viêm thanh quản mạn tính	J37.0	10
5	Viêm thanh quản cấp	J04.0	13
6	Viêm tai giữa mạn tính	H65.4	16
7	Viêm tai giữa cấp tính	H65.0	19
8	Viêm mũi xoang dị ứng	J30.4	22
9	Viêm họng mạn tính	J31.2	24
10	Viêm họng cấp tính	J02	27
11	Viêm Amidan cấp và mạn	J02, J03	29
12	U tuyến nước bọt	D11	33
13	Tụ máu vành tai	H61	37
14	Trào ngược dạ dày thực quản	K21	38
15	Papilloma (u nhú) mũi xoang	J33.8	42
16	Papilloma thanh quản	J38.7	45
17	Nang rò giáp lưỡi	Q18.8	48
18	Dò luân nhĩ	Q18.0	50
19	Chàm ống tai ngoài (ECZEMA)	H60.8	54
20	Bệnh polyp mũi	J33.8	55

ZONA TAI

Viêm ống tai ngoài do siêu vi
(ICD: H60.8)

I. 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.

II. 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.

III. TRIỆU CHỨNG

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

- Sốt
- Nóng rát 2 bên tai
- Nhức đầu

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.

IV. THỂ LÂM SÀNG

1. Thể không đầy đủ:

- Đau tai, nổi mụn nước
- Không liệt mặt

2. Thể tổn thương TK VIII: Thêm triệu chứng

- Nghe kém
- Ù Tai
- Chóng mặt

3. Thể tổn thương dây V: Thêm triệu chứng

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

V. ĐIỀU TRỊ

Kháng virus (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	Acyclovir, famcyclovir, valacyclovir 7 ngày.
Giảm đau (có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	Paracetamol, ibuprofen.
Kháng viêm steroids	Methylprednisolone, prednisolone, 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: Amoxicillin + A. clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1,2,3, nhóm macrolide, nhóm quinolone.

Kháng viêm Steroids dạng tiêm tĩnh mạch	Methylprednisolone. Giảm liều dần sau đó chuyển sang dạng uống như trên
Bảo vệ mắt	Tetracyclin, tra vào mắt trước khi ngủ và kéo mắt nhắm kín lại
Châm cứu phối hợp	Sau thời gian điều trị nội khoa.

VI. CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Biến chứng nặng: Viêm màng não, thân não. Viêm liên quan nhiều dây thần kinh sọ dây V, VII, VIII, XII.

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM XOANG MẠN TÍNH

(ICD: J32)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

❖ Triệu chứng cơ năng:

- Ngạt tắc mũi thường xuyên.
- Xì mũi hoặc khịt khạc mũi nhày hay mũi đặc thường xuyên.
- Đau nhức vùng mặt.
- Mất ngửi hoặc giảm ngửi.
- Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.

❖ Triệu chứng thực thể: Khám và nội soi mũi thấy:

- Dịch mũi nhầy hoặc mũi đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.
- Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoá thành polyp.
- Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuộn giữa, V.A quá phát,...

Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

1.2. Cận lâm sàng:

❖ **Phim X quang thông thường** (Blondeau, Hirtz): Cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng.

- Hình mờ đều hoặc không đều các xoang.
- Vách ngăn giữa các xoang sàng không rõ.
- Hình ảnh dày niêm mạc xoang.

❖ **Phim CT Scan:**

- Hình ảnh mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.
- Dày niêm mạc các xoang, mức dịch trong xoang, polyp mũi xoang.
- Bệnh tích bịt lấp vùng phức hợp lỗ ngách.
- Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuộn giữa, cuộn giữa đảo chiều,...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa:

❖ **Điều trị toàn thân:**

- Kháng sinh amoxicillin + A. clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone, thường từ 2 đến 3 tuần.
- Thuốc tan đàm: N-Acetylcystein, Bromhexin, Ambroxol.
- Thuốc corticosteroid uống.
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

❖ **Điều trị tại chỗ:**

- Khí dung mũi: kháng sinh kết hợp kháng viêm corticoid.
- Dùng thuốc co mạch.
- Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
- Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
- Thuốc corticosteroid dạng xịt.

2. Điều trị phẫu thuật:

❖ **Chỉ định:**

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

❖ **Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:**

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

❖ **Chăm sóc và điều trị sau mổ:**

+ Điều trị toàn thân:

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

+ Điều trị tại chỗ:

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

IV. CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Biến chứng nặng: Viêm mô tế bào ổ mắt, áp xe ổ mắt gây mất thị lực, biến chứng nội sọ (như viêm màng não, áp xe não, thuyên tắc xoang tĩnh mạch).

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM XOANG CẤP TÍNH

(ICD: J01)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là viêm cấp (quá trình viêm kéo dài không quá 4 tuần) xảy ra tại niêm mạc các xoang do virus hay vi trùng, nếu được điều trị thích hợp các xoang trở lại bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

Gồm các nhóm nguyên nhân chính như sau:

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

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

2. Các nguyên nhân khác:

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

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

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

- Các triệu chứng chính:

- Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt
- Sưng và nề vùng mặt
- Tắc nghẹt mũi
- Chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau.
- Ngủ kém hoặc mất ngủ
- Có mủ trong hốc mũi
- Sốt
- Các triệu chứng phụ:
 - Đau đầu
 - Thở hôi
 - Mệt mỏi
 - Đau răng
 - Ho
 - Đau nhức ở tai
- Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị viêm mũi xoang. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn...

Thăm khám nội soi: Phương pháp nội soi mũi là cần thiết để xác định viêm mũi xoang. Những dấu hiệu có giá trị bao gồm: mủ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết... niêm mạc mũi. Đối với viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn, nội soi rất hữu ích cho chẩn đoán và lấy bệnh phẩm từ khe giữa.

2. Triệu chứng cận lâm sàng:

❖ Chẩn đoán hình ảnh:

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

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

❖ Xét nghiệm:

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

Chủ yếu là điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong những trường hợp cần thiết.

2. Nội khoa:

2.1. Thuốc kháng sinh:

Có thể chọn lựa các kháng sinh như: Amoxicillin + A. clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1,2,3, nhóm macrolide, nhóm quinolone. Thời gian điều trị từ 10 - 14 ngày.

2.2. Rửa mũi và xịt mũi:

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

- Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương có thể giúp giữ ẩm và làm sạch dịch trong hốc mũi.
- Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân).
- Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn.

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

- Sử dụng corticoid toàn thân có hiệu quả chống viêm cao tuy nhiên chỉ sử dụng giới hạn và cần được kiểm soát cẩn thận.
- Các thuốc làm thông mũi và tan nhầy theo đường toàn thân như là: N-Acetylcysteine, ambroxol, bromhexine, ...
- Các thuốc đối kháng thụ thể leukotriene (montelukast) và thuốc kháng sinh macrolide có hiệu quả chống viêm, có thể chữa trị có hiệu quả.
- Kháng Histamin: Loratadine, desloratadine, rupatadine, bilastine,

2.4. Điều trị dị ứng:

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

3. Ngoại khoa: Tối đa sau 4 - 6 tuần điều trị bằng thuốc kháng sinh phù hợp, corticoid tại chỗ và liệu pháp corticoid toàn thân không kết quả nên cân nhắc phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật có

thể cần thiết nếu có những bằng chứng về tổn thương niêm mạc hoặc tắc phức hợp lỗ ngách (khi được xác định bằng CT scanner hoặc khám nội soi) vẫn dai dẳng mặc dù đã điều trị liên tục. Bệnh nhân chắc chắn có các bất thường về giải phẫu mũi xoang có thể cũng phải phẫu thuật xoang (mở hoặc nội soi).

3.1. Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang:

Chỉ định:

- Bất thường tại vị trí của lỗ thông mũi xoang có thể sẽ không đảm bảo cho dẫn lưu xoang trực tiếp của dòng niêm dịch.
- Chít hẹp giải phẫu phức hợp lỗ ngách.
- Niêm mạc mũi xoang bị tổn thương khó hồi phục và làm mất chức năng hệ thống lông chuyển ảnh hưởng đến sự dẫn lưu dịch.

3.2. Phẫu thuật xoang mở:

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

V. CHUYÊN TUYẾN TRÊN:

Biến chứng nặng: Viêm mô tế bào ổ mắt, áp xe ổ mắt gây mất thị lực, biến chứng nội sọ như (viêm màng não, áp xe não, thuyên tắc xoang tĩnh mạch).

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM THANH QUẢN MẠN TÍNH

(ICD: J37.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản (VTQ) mạn tính là tình trạng viêm niêm mạc thanh quản kéo dài trên 3 tuần, quá trình viêm này có thể dẫn tới quá sản, loạn sản hoặc teo niêm mạc thanh quản.

II. NGUYÊN NHÂN

Yếu tố thuận lợi:

- Do lạm dụng giọng: nói to, nói nhiều, gắng sức... ở những nghề như giáo viên, bán hàng, ca sĩ...
- Do bệnh lý của đường hô hấp như: viêm mũi xoang, viêm họng, viêm amidan, viêm phế quản...
- Hít phải khí độc như hút thuốc lá, thuốc Lào, hoá chất...
- Khí hậu ẩm ướt, thay đổi quá nhiều nhiệt độ trong ngày, một số nghề nghiệp làm việc ngoài trời, nấu ăn, làm thuỷ tinh...
- Các bệnh toàn thân: bệnh goutte, bệnh gan, béo phì...
- Hội chứng trào ngược (GERD).

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Thay đổi giọng nói: đầu tiên tiếng nói không vang, làm cho người bệnh phải cố gắng nhiều mới nói to được, về sau tiếng nói bị rè, khàn và yếu. Nhìn chung khàn tiếng là dấu hiệu quan trọng nhất, khàn tiếng kéo dài lúc tăng, lúc giảm, kèm theo ho, đôi khi có kèm cảm giác nói đau. Bệnh nhân luôn phải đằng hắng cho giọng nói được trong.
- Ho khan vào buổi sáng do chất nhầy xuất tiết bám ở thanh quản. Ngoài ra còn có cảm giác ngứa, cay và khô rát ở vùng thanh quản.

1.2. Triệu chứng thực thể: Soi họng thanh quản thấy:

- Chất nhầy đọng lại ở một số điểm cố định, điểm giữa phần ba trước và phần ba giữa của dây thanh, đó chính là vị trí hình thành nên hạt xơ nếu quá trình viêm nhiễm liên tục kéo dài. Khi bệnh nhân ho thì chất nhầy mất đi, nhìn thấy tổn thương sung huyết ở vị trí trên.
- Dây thanh cũng bị thương tổn: ở mức độ nhẹ dây thanh bị sung huyết đỏ, mạch máu dưới dây thanh giãn làm toàn bộ dây thanh đỏ, có khi nhìn thấy những tia đỏ. Ở mức độ nặng dây thanh bị quá sản và tròn như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, đỏ, mất bóng.

- Băng thanh thất cũng quá phát to và che kín dây thanh khi phát âm.
- Trong trường hợp viêm thanh quản lâu ngày có thể thấy được đường vằn hoặc kẻ dọc trên mặt thanh đai.
- Nếu viêm thanh quản do đái tháo đường, thấy niêm mạc ở màn hầu và họng cũng dày và xuất tiết.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp Xquang tim phổi xác định bệnh liên quan.
- Xét nghiệm đờm.
- Xét nghiệm đường niệu, đường máu với người lớn.

3. Chẩn đoán xác định:

- Khàn tiếng trên 3 tuần, ho khan
- Niêm mạc họng thanh quản tiết nhày
- Dây thanh dày mất bóng đôi khi có bờ răng cưa, mạch máu nổi, sung huyết, có thể có hạt xơ...

4. Các thể lâm sàng:

4.1. Phù Reinke: Do khoảng Reinke có cấu trúc lỏng lẻo nên dịch viêm tích tụ làm phù nề một hoặc cả hai bên dây thanh, giống như dạng polyp. Bệnh nhân khàn tiếng nặng, kéo dài, tăng dần.

4.2. Hạt xơ dây thanh: VTQ mạn tính tái phát hoặc phát triển thành hạt xơ dây thanh. Hạt xơ là loại u nhỏ bằng hạt tằm nhỏ, đường kính khoảng 1mm, mọc ở bờ tự do của dây thanh ở vị trí 1/3 trước và 1/3 giữa của hai dây thanh. Khi phát âm hai hạt xơ ở hai bên dây sẽ tiếp xúc với nhau làm cho dây thanh ở phía trước và phía sau không thể tiếp xúc được gây ra khàn tiếng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hạn chế sử dụng giọng khi điều trị bệnh.
- Điều trị tại chỗ: các thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoid, men tiêu viêm...
- Điều trị toàn thân: bằng thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoide, men tiêu viêm...
- Điều trị các ổ viêm mũi họng, viêm xoang, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản và các bệnh toàn thân khác.
- Liệu pháp luyện giọng.
- Phẫu thuật khi điều trị nội khoa không hiệu quả, VTQ có hạt xơ dây thanh.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Tại chỗ: Xông, khí dung hoặc làm thuốc thanh quản: Hydrocortisone + Alpha chymotripsine...

2.2. Toàn thân:

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

2.3. Luyện giọng:

Căn cứ vào tình trạng tổn thương giọng, cách thức sử dụng giọng của bệnh nhân để phối hợp cùng chuyên viên luyện giọng, đưa ra các bài tập thích hợp.

2.4. Phẫu thuật:

Vi phẫu thuật thanh quản qua soi thanh quản trực tiếp hoặc gián tiếp, qua ống soi mềm hoặc soi treo thanh quản...

Chỉ định:

- Phù Reinke
- Hạt xơ dây thanh
- VTQ mạn kết hợp bệnh lý khối u thanh quản

2.5. Nâng đỡ cơ thể: Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

IV. CHUYỂN TUYẾN TRÊN:

Khi kết quả GPB có ung thư thanh quản.

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM THANH QUẢN CẤP

(ICD: J04.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

1. Tác nhân gây bệnh:

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

2. Điều kiện thuận lợi:

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- ❖ Triệu chứng toàn thân: phụ thuộc vào nguyên nhân và điều kiện gây bệnh, người bệnh có thể sốt hoặc chỉ gai sốt hoặc ớn lạnh, mệt mỏi ...
- ❖ Triệu chứng cơ năng: Thay đổi giọng nói: khàn tiếng, khóc khàn ở trẻ em, ho khan có thể có đờm nhày, người lớn không có khó thở, ở trẻ em có thể có khó thở thanh quản nhất là trong viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn.
- ❖ Triệu chứng thực thể:
 - Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amidan có thể sưng.
 - Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:

- Niêm mạc phù nề, đỏ ở vùng thanh môn, tiền đình thanh quản. Dây thanh sung huyết đỏ, phù nề, khép không kín khi phát âm, có xuất tiết nhày ở mép trước dây thanh.

2. Cận lâm sàng:

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

1.1. Viêm thanh quản không có khó thở:

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

1.2. Viêm thanh quản có khó thở:

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

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Kháng sinh:

- Nhóm beta lactam: Amoxicilin, cephalixin, các cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, cefditoren các thuốc kháng men betalactamase: acid clavulanic, sulbactam...
- Nhóm Quinoline: Levofloxacin
- Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarythromycin...

2.2. Kháng viêm và loãng đàm:

- Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone...
- Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym...
- Loãng đàm: N-Acetylcysteine, ambroxol, bromhexine ...

2.3. Điều trị tại chỗ:

- Khí dung, bơm thuốc thanh quản bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid (hydrocortison, dexamethason...), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin...), kháng sinh (gentamycin...).

- Súc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: Nước muối sinh lý, betadin loãng, BBM...

2.4. Hạ sốt, giảm đau: Truyền dịch, paracetamol, ibuprofen...

2.5. Nâng đỡ cơ thể: Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

V. CHUYÊN TUYẾN TRÊN

Biến chứng nặng gây khó thở thanh quản. Xử trí đảm bảo giữ thông đường thở tốt trước khi chuyển.

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

(ICD: H65.4)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

Viêm tai giữa thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *streptococcus pneumoniae*. Những trường hợp khác bao gồm *pseudomonas aeruginosa*, *haemophilus influenzae* và *moraxella catarrhalis*.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

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

1.2. Cận lâm sàng:

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

2. Chẩn đoán phân biệt:

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

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa:

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6 - 10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.
- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Quinolone, neomycin, polymyxin, chloromycetin hoặc gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm.
- Kháng sinh đường toàn thân: Amoxicillin + A.clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1,2,3. nhóm macrolide, nhóm quinolone.
- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.
- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v...

2. Điều trị ngoại khoa:

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

V. CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Viêm tai giữa có biến chứng nội sọ: Áp xe não, viêm màng não, viêm tắc xoang tĩnh mạch sigma, dò dịch não tủy, viêm ống bán khuyên, ...

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

(ICD: H65.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

Viêm tai giữa cấp tính có nhiều mức độ khác nhau:

- Viêm tai giữa xuất tiết
- Viêm tai giữa thanh dịch thường gặp ở trẻ em
- Viêm tai giữa sung huyết
- Viêm tai giữa mủ.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Hoặc rối loạn chức năng vòi nhĩ
- Vi khuẩn thường gặp: Steptococcus, pneumomiae, heamophilus influenza,... Ở trẻ sơ sinh thường gặp nhất là vi khuẩn gram âm: Escheria coli, enterrococci...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Sốt, đau tai
- Cảm giác đầy tai, nghe kém
- ù tai, chóng mặt, mất thăng bằng
- Soi tai: màng nhĩ viêm đỏ, căng phồng, sung huyết, hoặc có dịch trong hòm nhĩ. Nếu không điều trị kịp thời và đúng phương pháp sẽ dẫn tới chảy mủ (thủng nhĩ).

2. Cận lâm sàng:

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

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

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

2. Điều trị cụ thể: Tùy theo màng nhĩ có thủng hay chưa, cách điều trị có khác nhau.

2.1. Màng nhĩ chưa thủng:

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

2.2. Màng nhĩ đã thủng:

- Sau khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc thủng do chích rạch cần phải làm thuốc tai hàng ngày. Thầy thuốc hút rửa tai và nhỏ tai các loại thuốc có kháng sinh (quinolone, cephalosporin thế hệ 3), kháng viêm (corticoid).
- Nhiệm vụ của thầy thuốc là phải theo dõi tình hình của lỗ thủng và các triệu chứng toàn thân. Nếu thấy lỗ thủng đóng lại nhưng bệnh nhân sốt và đau tai thì phải chích rạch lại để dẫn lưu.
- Nếu sau bốn tuần mà mủ vẫn tiếp tục chảy, phải nghĩ đến các nguyên nhân sau đây và tìm cách giải quyết: viêm mũi xoang, viêm vòm mũi họng (V.A), viêm xương chũm, thể trạng suy nhược.

2.3. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Kháng sinh: Amoxicillin+A.clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1,2,3. nhóm macrolide, nhóm quinolone ... tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ. Trong khi dùng kháng sinh, nên chụp X quang xương chũm để phát hiện viêm xương chũm tiềm tàng.

- Thuốc kháng viêm corticoid, kháng viêm dạng men.
- Hạ sốt, giảm đau.

V. CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Viêm tai giữa cấp có biến chứng nội sọ: Áp xe não, viêm màng não,

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

(ICD: J30.4)

I. ĐỊNH NGHĨA:

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

II. TRIỆU CHỨNG:

1. Triệu chứng cơ năng và thực thể:

Cơ năng	Thực thể
<ul style="list-style-type: none">- Ngứa mũi- Hắt hơi- Sổ mũi- Nghẹt mũi	Niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhầy trong Nội soi: Niêm mạc mũi nề, nhợt nhạt xuất tiết nhầy trong.

2. Các thể lâm sàng:

- Viêm mũi dị ứng quanh năm: Xảy ra quanh năm
- Viêm mũi dị ứng theo mùa: Xảy ra theo mùa rõ rệt

3. Cận lâm sàng:

- Nội soi mũi: Niêm mạc mũi nề, nhợt nhạt xuất tiết nhầy trong.
- Công thức máu: Bình thường, IgE trong máu tăng.
- Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan
- X – quang: Không có gì bất thường

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội khoa là chủ yếu:

❖ Điều trị toàn thân:

+ Giải mẫn cảm: làm phản ứng nội bì để xác định kháng nguyên, sau đó chích giải mẫn cảm.

+ Điều trị triệu chứng:

- Kháng histamine: Chlorpheramin, cetirizin, loratadine, desloratadine, fexofenadine, bilastine, rupatadine, ...
- Kháng leukotriene phối hợp với kháng histamine trong dị ứng nặng: Montelukast
- Corticoids uống: methylprednisone, prednisolone, ...

- Kháng sinh khi có bội nhiễm: Amoxicillin + A.clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone.

❖ **Điều trị tại chỗ:**

- Xông mũi bằng corticoide + kháng sinh
- Xịt mũi bằng corticoide, kháng histamine.

IV. CHUYỂN TUYẾN TRÊN

Nhằm điều trị giải mẫn cảm hay liệu pháp miễn dịch khi đáp ứng điều trị nội khoa kém.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị TMH theo danh mục phác đồ điều trị của Sở y tế TPHCM (QĐ: 46/QĐ-TMH)

VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

(ICD: J31.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng toàn thân:

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

1.2. Triệu chứng tại chỗ:

❖ *Triệu chứng cơ năng:*

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

❖ *Triệu chứng thực thể:*

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

- Viêm họng xuất tiết: niêm mạc họng đỏ, có những hạt ở thành sau họng, tiết nhày dọc theo vách họng.

- Viêm họng mạn tính quá phát: niêm mạc họng đỏ bầm và dày lên. Thành sau họng có tổ chức bạch huyết phát triển mạnh làm cho niêm mạc họng gồ lên thành từng đám xơ hóa to nhỏ không đều, màu hồng hoặc đỏ. Tổ chức bạch huyết quá phát, có khi tập trung thành một dải gồ lên ở phía sau và dọc theo trụ sau của amidan trông như một trụ sau thứ hai, gọi là “trụ giả”. Loại này còn gọi là viêm họng hạt.

- Viêm họng teo: Sau giai đoạn quá phát sẽ chuyển sang thể teo. Các tuyến nhày và nang tổ chức tân xơ hoá. Hai trụ giả phía sau amidan mất đi. Các hạt ở thành sau cũng biến mất. Màng hầu và lưỡi gà cũng mỏng đi. Niêm mạc trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ. Eo họng giãn rộng, ít tiết nhày và họng trở nên khô.

2. Cận lâm sàng:

- Huyết học: xét nghiệm công thức máu, máu lắng.

- Nội soi họng và thanh quản: Niêm mạc họng đỏ bầm và dày lên hoặc niêm mạc trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ

- Xquang: phổi thẳng, Blondeau, Hirtz...

- Xác định hội chứng trào ngược: nội soi thực quản dạ dày...

3. Chẩn đoán xác định:

- Rối loạn cảm giác: ngứa, rát, họng.

- Khám họng niêm mạc dày, xuất tiết, có hạt, hoặc niêm mạc teo.

4. Phân loại:

- Viêm họng quá phát

- Viêm họng xơ teo

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

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

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị nguyên nhân:

- Điều trị viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan, viêm VA.

- Điều trị hội chứng trào ngược: thuốc kháng H⁺: omeprazol, lansoprazol..., thuốc kháng H₂: cimetidin, ranitidin..., kháng dopamin: domperidon...

- Giảm bớt các kích thích như: hút thuốc lá, uống rượu.

- Tổ chức phòng hộ lao động tốt, đeo khẩu trang đảm bảo khi lao động.

2.2. Điều trị tại chỗ:

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

2.3. Điều trị triệu chứng:

- Thuốc làm lỏng chất nhày như: Bromhexin, acetylcystein, ambroxol...
- Thuốc kháng viêm: Corticoid
- Thuốc chống dị ứng: : Loratadine, desloratadine, rupatadine, bilastine
- Thuốc giảm ho: thảo dược, levodropropizine, ...

2.4. Điều trị toàn thân:

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

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM HỌNG CẤP TÍNH

(ICD: J02)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng là viêm niêm mạc và tổ chức dưới niêm mạc ở họng. Nói đến viêm họng chủ yếu là nói đến viêm ở họng miệng.

Viêm họng cấp tính tức là viêm cấp tính của niêm mạc họng miệng kết hợp chủ yếu với viêm amidan (A) khẩu cái, một số ít trường hợp kết hợp với viêm amidan đáy lưỡi

Trong viêm họng cấp, chúng ta nghiên cứu chủ yếu là viêm họng đỏ cấp thể thông thường do tính chất thường gặp của chúng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Tác nhân:

- Do virus là chủ yếu, chiếm 60-80%, gồm *adénovirus*, virus cúm, virus *para-influenzae*, virus *coxsakie*, virus *herpès*, virus *zona*, *EBV*...
- Do vi khuẩn chiếm 20-40%, gồm liên cầu (tan huyết nhóm A, các nhóm B, C, G ít gặp), *haemophilus influenzae*, tụ cầu vàng, *moraxella catarrhalis*, vi khuẩn kỵ khí. Các vi khuẩn *neiseria*, phế cầu, *mycoplasme* rất hiếm gặp.

2. Bệnh sinh của viêm họng:

Do thời tiết thay đổi, nhất là về mùa lạnh. Viêm họng đỏ cấp thường bắt đầu bằng sự nhiễm virus. Sau đó do độc tố của virus, cấu trúc giải phẫu của amidan và sức đề kháng của cơ thể đã gây nên sự bội nhiễm các tạp khuẩn khác, thường là các vi khuẩn hội sinh có sẵn trong họng như liên cầu, phế cầu và đặc biệt nguy hiểm là loại *liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A*.

Bệnh lây lan bằng nước bọt, nước mũi.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Viêm họng cấp thường xảy ra đột ngột.

1.1. Triệu chứng toàn thân:

Sốt vừa 38 - 39°C hoặc sốt cao, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, kém ăn. Phản ứng hạch góc hàm di động, ấn đau.

1.2. Triệu chứng cơ năng:

- Đau họng nhất là khi nuốt, kể cả khi nuốt chất lỏng. Khi nuốt, ho, nói thì đau nhói lên tai.
- Có thể ho từng cơn, ho khan hoặc ho có đờm nhầy.

1.3. Triệu chứng thực thể:

- Khám và nội soi họng: Toàn bộ niêm mạc họng đỏ, xuất tiết. Tổ chức bạch huyết ở thành sau họng đỏ mọng và có những mao mạch nổi rõ.
- Hai amidan khẩu cái cũng sưng to đỏ, có khi có những chấm mũ trắng hoặc lớp bọt trắng (như bọt cháo trắng) phủ trên bề mặt amidan.
- Trụ trước và trụ sau đỏ.
- Có hạch góc hàm sưng nhẹ và hơi đau.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm công thức máu: Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bội nhiễm thì bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.
- Phết dịch họng nuôi cấy vi khuẩn: để định loại được nguyên nhân gây bệnh.

3. Chẩn đoán xác định:

- Đột ngột biểu hiện sốt, đau mình mẩy.
- Đau rát họng, có thể có ho khan hoặc có đờm.
- Khám và nội soi họng: niêm mạc họng đỏ, amidan sưng nề có chấm mũ trắng.
- Khám hạch góc hàm di động ấn đau.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị toàn thân:

- Hạ sốt, giảm đau: paracetamol, ibuprofen
- Kháng sinh: Amoxicillin + A.clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone.
- Kháng viêm: Prednisolone, methyprednisone...
- Nâng đỡ cơ thể: Bổ sung các yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin

2. Điều trị tại chỗ:

- Xông họng: kháng sinh + kháng viêm corticoid.
- Súc họng: BBM, nước muối sinh lý, betadin loãng.

3. Chuyển tuyến trên: Khi viêm họng đỏ cấp thể nặng hoặc đã có biến chứng.

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN

(ICD: J02, J03)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm amidan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amidan khẩu cái, thường gặp ở trẻ ở lứa tuổi học đường 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên, thường thấy ở thời kỳ đầu của nhiều bệnh viêm nhiễm vì vậy có người coi amidan là "cửa vào" của một số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não.

Viêm amidan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần của amidan khẩu cái. Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, amidan viêm có thể phát triển to lên (viêm quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc amidan có thể nhỏ lại (viêm xơ teo).

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

1.1.1. Viêm amidan cấp tính:

- Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 38°C - 39°C . Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.

❖ Cơ năng:

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

❖ Thực thể: Khám và nội soi họng

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

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

1.1.2. Viêm amidan mạn tính:

- Toàn thân:
- Triệu chứng nghèo nàn. Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hội viêm có triệu chứng giống như viêm amidan cấp tính.
- Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngây ngây sốt về chiều.
- Cơ năng:
- Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai.
- Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên.
- Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.
- Thực thể: Khám và nội soi họng
- Trên bề mặt amidan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mũ màu trắng.
- Thể quá phát: amidan to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng lấn vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em.

❖ Các thể bệnh: Gồm 2 thể bệnh viêm amidan quá phát và xơ teo

* Xếp loại amidan quá phát:

- Viêm amidan quá phát A1 (A+): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.
- Viêm amidan quá phát A2 (A++): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/3 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.
- Viêm amidan quá phát A3 (A+++): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/2 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

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

1.2. Cận lâm sàng:

1.2.1. Viêm amidan cấp tính:

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

1.2.2. Viêm amidan mạn tính:

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

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm amidan cấp tính:

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.
- Giảm đau hạ sốt: Paracetamol, ibuprofen ...
- Kháng sinh: Amoxicillin + A.clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone.
- Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.
- Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: Nước muối sinh lý, Betadin, bicarbonat natri, borat natri... (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).
- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

2. Viêm amidan mạn tính:

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

2.1. Chỉ định phẫu thuật:

- Amidan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5 - 6 lần trong một năm).
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan.
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng...
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.
- Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngưng thở khi ngủ - hội chứng pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

2.2. Chống chỉ định phẫu thuật:

❖ Chống chỉ định tuyệt đối:

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

❖ Chống chỉ định tương đối:

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

2.3. Phương pháp phẫu thuật:

- Trước đây thường phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ bằng các phương pháp: Sluder và Anse.
- Ngày nay chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng các phương pháp Anse hoặc trực tiếp bằng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, cắt bằng Laser, Coblator, dao siêu âm

V. CHUYỂN TUYẾN TRÊN: Amidan quá phát nghi ngờ ác tính

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

U TUYẾN NƯỚC BỌT

(ICD: D11)

I. ĐẠI CƯƠNG

U tuyến nước bọt chủ yếu gặp ở các tuyến nước bọt chính, trong đó tuyến mang tai là 70%, tuyến dưới hàm là 8%, còn lại 22% gặp ở tuyến dưới lưỡi và các tuyến nước bọt phụ. Có đến 75% u tuyến mang tai là lành tính, 50% u tuyến dưới hàm và 80% u tuyến nước bọt phụ được tìm thấy là ác tính.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

Những hi ều biết về bệnh sinh u tuyến nước bọt còn hạn chế, tuy nhiên có một số yếu t ố nguy cơ được đề cập tới đó là: phóng xạ, lạm dụng thuốc lá, rượu, các hóa chất công nghiệp, virus (*epstein barr, polyoma, cytomegalo virus*). Lạm dụng rượu và thuốc lá có liên quan tới u Warthin (u tuyến lympho).

III. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng cơ năng:

Triệu chứng u tuyến nước bọt thường nghèo nàn, biểu hiện là một khối vùng dưới hàm, cổ (tuyến dưới hàm), góc hàm hay ở mặt (tuyến mang tai), khối sưng lên ở sàn miệng (tuyến dưới lưỡi).

Đặc điểm của u:

- Xuất hiện đã lâu.
- Tiến triển chậm.
- Không đau, tuy nhiên khi xuất hiện đau ở vùng u lại là một triệu chứng gợi ý u ác tính.
- Khối u có thể tăng kích thước nhanh do viêm nhiễm, chảy máu trong u.

1.2. Dấu hiệu thực thể:

- U lành tính: biểu hiện u tròn, ranh giới rõ, mật độ chắc, di động; khi u ở sâu, viêm xơ hóa thì di động hạn chế; không có dấu hiệu thần kinh hoặc xâm lấn da.
- U ác tính: u cứng, chắc, ranh giới không rõ, di động hạn chế hoặc cố định khi u xâm lấn vào cơ hoặc xương hàm dưới, có thể gây liệt nhẹ môi dưới, xâm lấn da hoặc loét mặt da, có thể di căn hạch cổ hoặc di căn phổi, xương.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Siêu âm:

Là một phương pháp dễ thực hiện, có giá trị cao trong chẩn đoán. Trong một số trường hợp, siêu âm có thể đem lại một số thông tin giúp phân biệt u lành với u ác.

2.2. CT, CT sialography, MRI:

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh này mang lại rất nhiều thông tin trong việc đánh giá bệnh lý u tuyến nước bọt, mật độ, kích thước u, ranh giới, độ xâm lấn của u vào tổ chức xung quanh.

MRI có lợi điểm hơn các phương pháp khác do không sử dụng tia X và các phương pháp đối quang (là những yếu tố nguy cơ thúc đẩy sự phát triển của u tuyến nước bọt). Hơn nữa, MRI còn cho hình ảnh không gian 3 chiều rõ nét giữa u tuyến và mô bình thường.

2.3. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ:

Đối với u tuyến nước bọt, việc chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ thường được sử dụng. Phương pháp này góp phần chẩn đoán phân biệt viêm tuyến, khối u, các hạch lympho lân cận. Sự hiểu biết về tế bào học thông qua chọc hút kim nhỏ có ảnh hưởng lớn tới kế hoạch điều trị.

2.4. Các phương pháp khác:

- Chụp cản quang tuyến nước bọt (sialography) ít có giá trị trong chẩn đoán u.
- Chụp xạ hình tuyến nước bọt sử dụng ^{99m}Tc tiêm tĩnh mạch, phương pháp này ít giá trị, chỉ phân biệt được các loại u có ái tính với ^{99m}Tc (u lympho tuyến nang) và u giảm ái tính với ^{99m}Tc (u hỗn hợp).

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Dựa trên hỏi kỹ bệnh sử, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nêu trên.

2. Chẩn đoán phân loại u tuyến nước bọt (Theo phân loại của WHO, 1991)

** U biểu mô tuyến:*

U lành:

- U tuyến đa hình (u hỗn hợp)
- U tuyến đơn hình:
- U lympho tuyến, u lympho tuyến nang (u Warthin)
- U tế bào hạt ưa acid
- U tế bào đáy
- U tế bào bã
- Nang tuyến:
 - Nang trong tuyến nước bọt bẩm sinh

- Nang giả tuyến nước bọt
- U Godwin (tổ chức lympho biểu mô lành tính)

U ác tính không ổn định:

- U tế bào tuyến nang
- U nhầy biểu bì
- U tế bào sáng

U ác tính:

- Ung thư biểu mô tế bào trụ
- Ung thư biểu mô tuyến
- Ung thư biểu mô không biệt hóa
- Ung thư biểu mô dạng biểu bì
- U đa hình thoái hóa ác tính
- Ung thư di căn trong tuyến

*** Khối u của mô liên kết hoặc tổ chức khác:**

U lành tính:

- U máu: u bạch mạch, u tế bào ngoại mạch
- U mỡ
- U tế bào Schwann

U ác tính:

- U lympho Hodgkin, u lympho không Hodgkin và giả u lympho
- U tế bào mạch quanh mạch
- Ung thư mô liên kết: sarcôm xơ, sarcôm cơ
- Sarcôm cơ ở trẻ em
- U tế bào Schwann ác tính

V. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị tốt nhất với các khối u tuyến nước bọt là phẫu thuật, làm xét nghiệm mô bệnh học. Việc cắt bỏ rộng đến đâu là do các tuýp mô học và đặc điểm giải phẫu quyết định.

- U tuyến mang tai: u lành tính cắt thùy nông hay thùy sâu nhưng cần bảo tồn dây thần kinh VII. U ác tính tùy theo kích thước, độ xâm lấn mà quyết định chỉ cắt thùy nông hay cắt toàn bộ tuyến cùng dây VII.

- a. U tuyến dưới hàm dù lành hay ác tính cũng cần phải loại bỏ tuyến. Nếu trên lâm sàng có hạch cần phải nạo vét hạch.
 - b. U tuyến dưới lưỡi: lấy bỏ toàn bộ khối u và tổ chức tuyến, tránh làm tổn thương sàn miệng.
- Trong trường hợp u không thể mổ được hoặc ở một số trường hợp sau mổ tùy theo tuýp mô bệnh học của u và phương pháp mổ mà có chỉ định điều trị tia xạ.

VI. BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT

Ngoài hai biến chứng chảy máu và nhiễm trùng như các phẫu thuật khác thì mỗi phẫu thuật có các biến chứng riêng.

+ Phẫu thuật lấy u tuyến mang tai

- Liệt mặt
- Rò nước bọt
- Hội chứng Frey

+ Phẫu thuật lấy u tuyến dưới hàm

- Liệt nhánh bờ hàm dưới của dây VII
- Liệt dây XII, IX
- Rò nước bọt

+ Phẫu thuật lấy u tuyến nước bọt phụ

- Rò nước bọt: ít gặp
- Thủng màn hầu (lấy u màn hầu)

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TỤ MÁU VÀNH TAI

(ICD: H61)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Là một tình trạng tích tụ máu vành tai, sinh ra sau chấn thương đung dập
- Cơ chế nhân 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.

II. ĐIỀU TRỊ

+ Chọc hút lấy máu tụ bằng kim hoặc rạch lấy máu đông.

Chỉ 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 bằng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn

+ 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

Thuốc:

Kháng sinh: Có thể sử dụng một trong những kháng sinh sau	Amoxicillin + A.Clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3; nhóm macrolide, nhóm quinolone.
Chống viêm, chống phù nề: Corticoid	Methylprednisolone, prednisolone.
Giảm đau	Paracetamol, ibuprofen.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị TMH theo danh mục phác đồ điều trị của Sở y tế TPHCM (QĐ: 46/QĐ-TMH)

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

(ICD: K21)

I. ĐỊNH NGHĨA

Trào ngược dạ dày thực quản là khi có sự trào ngược của dịch vị vào trong thực quản.

- Các thuật ngữ trào ngược:

+ Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD) (trào ngược thực quản - dạ dày): biểu hiện nóng rát vùng sau xương ức.

+ Laryngo Pharyngeal Reflux (LPR) (tạm dịch: trào ngược họng - thanh quản):

- LPR hiện diện ở 4-10% bệnh nhân đến phòng khám tai mũi họng (Koufman, 1991).

- LPR hiện diện ở 55% bệnh nhân khàn tiếng (Koufman, 2000).

+ Supra Esophageal Reflux Disease (SERD) (tạm dịch: trào ngược thực quản lan lên trên) tất cả triệu chứng LPR + viêm mũi xoang và hen.

+ Phân biệt GERD và LPR:

- GERD gồm rối loạn chức năng cơ khít thực quản dưới.

- LPR gồm rối loạn chức năng cơ thực quản trên và dưới.

- Các bệnh lý liên quan đến trào ngược:

- Viêm thanh quản sau: phù nề, sung đỏ, phì đại biểu mô thanh môn sau.

- Hạt, polyp, loét hoặc granuloma dây thanh.

- Thoái hóa dạng polyp của dây thanh (phù Reinke).

- Hẹp hạ thanh môn hoặc khí quản.

- Carcinoma thanh quản hoặc vùng hầu.

- Viêm họng và phù nề họng.

- Túi thừa Zenker.

- Mềm sụn khí quản.

- Viêm xoang.

- Mài mòn răng và mảng bám răng.

- TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng của GERD:

- Ợ nóng: cảm giác nóng lan lên dọc sau xương ức, hạ họng hoặc mang tai.
- Trớ: là sự ửa ngược dịch trong thực quản lên miệng.

1.2. Triệu chứng của LPR (theo Cumming 2003):

- Khàn giọng 71%
- Ho mãn tính 51%
- Cảm giác tắc nghẽn vùng hầu 47%
- Ợ nóng/trớ 43%
- Khạc đờm mạn tính 42%
- Khó nuốt 35%

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TRÀO NGƯỢC RIS = REFLUX INDEX SCALE (Theo Peter Belafsky, Koufman tại hội nghị SAN DIEGO)

Trong 1 tháng nay, có những triệu chứng nào dưới đây và mức độ ra sao?	0 = Không có triệu chứng					
	5 = Triệu chứng trầm trọng					
1. Khàn tiếng hoặc rối loạn giọng nói	0	1	2	3	4	5
2. Tăng hắng – khịt khạc	0	1	2	3	4	5
3. Họng nhiều đờm hoặc đờm chảy sau họng	0	1	2	3	4	5
4. Khó nuốt thức ăn, nước, thuốc	0	1	2	3	4	5
5. Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm xuống	0	1	2	3	4	5
6. Khó thở hoặc cơn ngộp thở	0	1	2	3	4	5
7. Ho gây khó chịu, bực dọc	0	1	2	3	4	5
8. Cảm giác vướng, như vật lạ ở họng	0	1	2	3	4	5
9. Nóng thượng vị, đau ngực, khó tiêu, ợ hơi	0	1	2	3	4	5

((< 5 điểm: (-) GERD; 5 – 10 điểm: (±) GERD; > 10 điểm: > 95% khả năng là GERD))

SỰ KHÁC BIỆT ĐIỂN HÌNH CỦA BỆNH NHÂN TIÊU HÓA VÀ BỆNH NHÂN TẠI MŨI HỌNG (Koufman, 1991)

	Tiêu hóa	Tai mũi họng
Triệu chứng		
Ợ nóng và/hoặc trớ	Có	Không
Khàn giọng, khó nuốt, nghẹn, khạc đờm, ho ...	Không	Có
Nội soi		
Viêm thực quản/nội soi	Có	Không
Viêm thanh quản	Không	Có

2. Cận lâm sàng:

	Tiêu hóa	Tai mũi họng
Các xét nghiệm chẩn đoán		
Phim chụp XQ thực quản bất thường	Có	Đôi khi
Theo dõi pH thực quản	Có	Có
Theo dõi pH hầu	Không	Có
Kiểu trào ngược		
Nằm (đêm)	Có	Đôi khi
Đứng (thức)	Đôi khi	Có

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc trung hòa acid:

- Có tác dụng trung hoà acid dịch vị. Thường dùng là: các muối nhôm (hydroxyd, carbonat, phosphat), các muối maginesi (hydroxyd, carbonat, trisilicat) với các sản phẩm như alusi, maalox, gastropulgit..

- Được đánh giá không hiệu quả nhiều với LPR.

2. Thuốc kháng thụ thể H₂:

- Kháng histamine H₂ làm giảm tiết acid (Tagamet, Ranitidine, Zantac..).

- Không hiệu quả cho LPR.

3. Thuốc ức chế bơm proton (PPI):

- Ngăn tiết acid tốt nhất: omeprazole, rabeprazole, esoprazole, pantoprazole...

- Chọn lựa cho LPR.

4. Điều trị qui ước khi nghi ngờ LPR:

+ Thay đổi chế độ ăn:

- Không ăn hoặc uống trong vòng 3 giờ trước khi ngủ.

- Tránh ăn quá nhiều hoặc nằm sau khi ăn.

- Tránh thức ăn chiên và quá nhiều mỡ.

- Tránh trà, cà phê, chocolate, bạc hà và soda (vì những loại này làm tăng trào ngược).

- Tránh mọi chất có chứa caffein.

- Tránh rượu, đặc biệt là buổi tối.

- Tránh gia vị, các chế phẩm từ cà chua.

+ Thay đổi lối sống:

- Đầu giường cao 10 - 15 cm.

- Tránh mặc đồ quá chật.
- Ngừng hút thuốc lá.

IV. CHUYỂN TUYẾN TRÊN

GERD nặng điều trị nội không hiệu quả cần phẫu thuật nội soi (Laparoscopic Antireflux Surgery - LARS).

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PAPILLOMA (U NHÚ) MŨI XOANG

(ICD: J33.8)

I. ĐỊNH NGHĨA

U nhú mũi xoang là u lành tính xuất phát từ biểu mô niêm mạc mũi xoang. Là loại u thường gặp nhất trong các khối u lành tính mũi xoang, chiếm tỷ lệ 0,5- 4% u mũi xoang, có thể có xu hướng ác tính hóa.

II. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều giả thuyết về nguyên nhân của u nhú mũi xoang.

– Do virus: Đây là giả thuyết được nhiều tác giả chấp nhận.

Nhiều tác giả đã tìm thấy ADN của *Human Papilloma Virus* (HPV) trong mô của u nhú với hai nhóm gây bệnh chính là HPV 6 và HPV 11.

– Các yếu tố môi trường như ô nhiễm, hoá chất...bị nghi ngờ là nguyên nhân gây u nhú nhưng chưa có thống kê đầy đủ.

– Do viêm: Giả thuyết này ít được chấp nhận.

Theo nhiều tác giả viêm thường thấy kèm theo u nhú do hậu quả của khối u gây bí tắc lỗ thông mũi xoang cản trở đường vận chuyển niêm dịch từ xoang ra ngoài.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng:
- Ngạt tắc mũi là triệu chứng nổi bật.
- Chảy nước mũi.
- Đau nhức vùng mặt.
- Giảm ngủi hoặc mất ngủi.
- Có thể xì ra máu mũi.

Các triệu chứng này thường chỉ ở một bên hốc mũi.

– Triệu chứng thực thể:

Nội soi mũi thấy khối u ở một bên hốc mũi có dạng như chùm nho nhọt màu hoặc như quả dâu sẫm màu.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang thường quy (Blondeau, Hirtz..):
- Hình ảnh không đặc hiệu.
- Hình ảnh mờ các xoang và mờ trong hốc mũi.
- CT Scan:
- Xác định vị trí khối u.
- Đánh giá lan rộng của khối u ra các xoang, các vùng lân cận.
- Tuy nhiên trong nhiều trường hợp khó phân biệt khối u với ứ đọng dịch và niêm mạc dày do bít tắc lỗ thông mũi xoang.
- MRI:
- Cho phép phân biệt u với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, polyp, dịch trong xoang).
- Đánh giá những tổn thương xâm lấn phần mềm và nền sọ tốt hơn CT Scan.
- + Kết quả mô bệnh học:
- Giúp chẩn đoán xác định u nhú và phân loại u nhú.
- Theo mô bệnh học, có hai loại u nhú: u nhú thường và u nhú đảo ngược.

1.3. Phân giai đoạn u nhú đảo ngược:

Theo John H. Krouse (2000), u nhú mũi xoang chia làm bốn giai đoạn:

- T1: Khối u nằm trong hốc mũi, chưa phát triển vào xoang; không có tổn thương ác tính.
- T2: Khối u phát triển tới vùng phức hợp lỗ ngách và xoang sàng, hoặc thành trong xoang hàm; không có tổn thương ác tính.
- T3: Khối u chiếm toàn bộ xoang hàm; hoặc lan vào xoang bướm; hoặc lan vào xoang trán; không có tổn thương ác tính.
- T4: Khối u vượt khỏi phạm vi mũi xoang (xâm lấn ổ mắt, nội sọ, hố chân bướm hàm) hoặc có tổn thương ác tính.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị bằng phẫu thuật.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
- Lấy hết bệnh tích u.

2. Điều trị cụ thể:

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang: chỉ định với khối u nhú giai đoạn I, II, III.
- Phẫu thuật mở cạnh mũi: chỉ định với khối u nhú ở giai đoạn IV.

V. TIÊN LƯỢNG

- U nhú thường tiên lượng tốt hơn u nhú đảo ngược do ít tái phát và hiếm phát triển thành tổn thương ác tính.
- U giai đoạn sớm (I, II) tiên lượng tốt hơn giai đoạn muộn (III, IV).

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PAPILLOMA THANH QUẢN

(ICD: J38.7)

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh u nhú tái phát ở đường hô hấp (thường được gọi là bệnh u nhú thanh quản) là một thương tổn lành tính ở thanh quản và khí quản. Bệnh u nhú thanh quản có thể gặp ở người lớn và trẻ em với diễn tiến lâm sàng có hơi khác nhau.

II. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều giả thuyết về bệnh sinh của u nhú như:

- Thuyết về kích thích cơ học: ngày nay người ta coi như một yếu tố thuận lợi chứ không phải nguyên nhân gây bệnh.
- Thuyết liên quan nội tiết: ngày nay nhiều tác giả chứng minh bệnh ít ảnh hưởng bởi yếu tố nội tiết.
- Thuyết về nguồn gốc siêu vi: được chú ý nhiều nhất. Nguyên nhân được cho là do *Papilloma virus* gây bệnh ở người HPV (*Human papilloma virus*) typ 6 và 11.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ năng:

- Khàn tiếng: khàn tiếng tăng dần, ngày càng nặng hơn, không lúc nào hết.
- Khó thở: khó thở chậm, thì hít vào, có thể kịch phát với triệu chứng thở rít và co lõm hõm ức, cơ liên sườn do các yếu tố viêm nhiễm hoặc do khối u nhú có cuống rơi vào thanh môn. Người ta còn mô tả những trường hợp ngưng thở, thậm chí chết đột ngột do u nhú rơi vào khí quản gây bí tắc đường thở.
- Triệu chứng khác: trẻ có thể còn có triệu chứng ho khan kéo dài, viêm phổi tái phát, sức khỏe suy yếu.

+ Triệu chứng thực thể:

Nội soi thanh quản: Tổn thương u nhú hình dạng trái dâu, trải rộng hoặc có cuống, ở vị trí hai dây thanh hoặc ở toàn bộ thanh môn, đó là vị trí cố định của u nhú thanh quản. Nó thường lan xuống hạ thanh môn hoặc lan lên tiền đình thanh quản đến buồng thanh thất Morgani, hai băng thanh thất, mặt thanh quản của sụn thanh thiệt, khoảng liên phễu. Hai dây thanh không bao giờ mất di động.

1.2. Cận lâm sàng:

- Nội soi:

Bằng ống nội soi thanh quản mềm (fibroscope), ống soi quang học (optique) hoặc ống soi hoạt nghiệm dây thanh (stroboscope) để đánh giá thương tổn ở dây thanh. Ngoài ra, có thể sử dụng ống soi khí phế quản cứng hoặc mềm để đánh giá tổn thương ở sâu hơn.

- Giải phẫu bệnh: Có biểu hiện sự quá sản của biểu mô, mô liên kết và mạch máu.

- Xét nghiệm tìm HPV bằng phương pháp PCR (Polymerase Chain Reaction): chẩn đoán xác định nhiễm HPV và phân typ gây bệnh.

- X quang hay CT scan vùng ngực: Rất cần thiết khi xác định papilloma lan tới khí phế quản và phổi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Phẫu thuật cắt papilloma tại chỗ và giải quyết tình trạng nghẹt thở.

- Điều trị nội khoa hỗ trợ giúp ngăn ngừa và kéo dài thời gian tái phát.

2. Ngoại khoa:

- Vi phẫu thuật thanh quản cắt u nhú: Soi thanh quản treo cắt u nhú là phương pháp điều trị cơ bản nhất để lấy tận gốc u nhú tại chỗ và giải quyết sự nghẹt thở.

- Dùng laser CO₂ cắt u nhú ở thanh khí phế quản sẽ ít gây chảy máu và phù nề hơn. Liều sử dụng từ 10 - 15 watts liên tục đến 50 - 80 watts từng đợt dài (8/10s). Cắt bằng laser sẽ ít làm di chuyển u nhú xuống dưới và ít gây sẹo xơ hơn. Laser là điều trị lý tưởng với u nhú thể khu trú nhưng với thể phát triển mạnh thì nó không kiểm soát được. Ngoài ra người ta tìm thấy trong khối bóc ra khi cắt bằng laser có virus HPV, có nguy cơ lây bệnh cho bác sĩ và nhân viên phòng mổ.

- Mới nhất hiện nay là PIPE (Powered Instrumentation Papilloma Excision) là một dụng cụ mang lưỡi dao đặc biệt có thể cắt u nhú một cách an toàn, giữ nguyên cấu trúc thanh quản, không gây chảy máu và phù nề sau khi cắt.

- Mở khí quản: Phải được tránh tối đa vì có thể gây u nhú lan đến khí phế quản, dọc theo đường mở khí quản, gây sẹo hẹp thanh quản, rút canule khó. Nếu khó thở cấp nên đặt nội khí quản cấp cứu. Chỉ mở khí quản khi thật cần thiết.

3. Điều trị nội khoa hỗ trợ:

- Interferon: là loại interferon alpha uống trong 6 tháng, 03 liều tiêm bắp mỗi tuần một liều 150000UI/kg. Tuy nhiên interferon có tác dụng tạm thời, ngưng thuốc thì bệnh tái phát và thuốc gây nhiều tác dụng phụ.

- Ngoài ra hiện nay người ta còn dùng: Indol-3-Carbinol, ribavirin, acyclovir, methotrexate, isotretinoin, cidfovir. Các loại thuốc này chỉ có tác dụng kéo dài thời gian giữa hai lần tái phát chứ không điều trị dứt hoàn toàn bệnh lý u nhú.
- Miễn dịch liệu pháp: miễn dịch tự thân, chích ngừa với vaccin HPV

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

NANG RÒ GIÁP LƯỖI

(ICD: Q18.8)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một dị tật bẩm sinh vùng cổ giữa thường gặp nhất, liên quan đến sự tồn tại của ống giáp lưỡì, trong quá trình hình thành tuyến giáp.
- Ở người, ống giáp lưỡì bị thiếu sản và biến mất vào khoảng tuần thứ 7 trong quá trình phát triển thai. Trong trường hợp ống giáp lưỡì không tiêu biến và tồn tại sau khi ra đời, gây nên dị tật nang giáp lưỡì.
- Nang giáp lưỡì có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của ống giáp lưỡì, từ lỗ tịt ở đáy lưỡì tới thùy thấp của tuyến giáp. Thông thường chỉ có một nang giáp-lưỡì nhưng đôi khi có thể gặp một vài nang độc lập dọc đường đi của ống giáp lưỡì. Chất dịch chứa trong nang thường là dịch nhày trong.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Hầu hết là tình cờ phát hiện thấy có một khối u trước cổ, có hình tròn hoặc hình bầu dục, kích thước rất thay đổi, mật độ mềm, chắc.
- Khối u luôn luôn có liên hệ chặt chẽ với xương móng, hoặc dính với xương móng hoặc nối với xương móng bằng một thừng rò, có thể sờ thấy dưới da. Do vậy nang di động theo nhịp nuốt.
- Rò giáp lưỡì luôn là biểu hiện thứ phát, nó có thể tự xảy ra sau một nhiễm trùng nang gây vỡ mũ, cũng có thể sau khi can thiệp của thầy thuốc như chọc hút dịch, trích rạch tháo mũ hay dịch, thậm chí là sau một lần mổ thất bại. Lỗ rò này ít khi tự liền mà thỉnh thoảng hay liên tục rỉ ra chất dịch nhày trong.
- Nhiều tác giả cho rằng u nang và rò giáp-lưỡì có khả năng ung thư hoá.

2. Cận lâm sàng:

- Chọc hút tế bào: là chất dịch nhày trong, vô khuẩn. Làm xét nghiệm tế bào học thì thấy chứa các tế bào biểu mô, làm xét nghiệm sinh hoá đôi khi thấy có chất cholesterin.
- Chụp Xquang thường: Chụp Xquang thường không phát hiện được nang. Tuy vậy, những trường hợp bị tái phát sau phẫu thuật, phim chụp Xquang cổ nghiêng sẽ giúp xác định thân xương móng đã cắt hay chưa.
- Xquang có cản quang: Phim cổ nghiêng có bơm thuốc cản quang vào đường rò, trong một số trường hợp giúp xác định được sự liên quan của ống rò với xương móng: ống rò đi ở trên hay đi ở sau xương móng, từ đó giúp ta có định hướng đúng cho phẫu thuật.

- Siêu âm: Siêu âm cho phép ta xác định được vị trí của khối u, sự liên quan của nó với các cơ quan bộ phận xung quanh và cho biết đó là u đặc hay nang. Mặt khác siêu âm còn giúp đánh giá được hình thái, vị trí của tuyến giáp, loại trừ nghi ngờ tuyến giáp lạc chỗ
- Xạ hình tuyến giáp: Xạ hình tuyến giáp bằng I^{131} ở người lớn và Technétium 99 ở trẻ em giúp ta khẳng định hoạt động chức năng của tuyến giáp có bình thường hay không và nó có nằm đúng vị trí hay không do đó nó giúp ta loại trừ được tuyến giáp lạc chỗ ở những bệnh nhân có u nang giáp-lưỡi.

III. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Từ năm 1920, Sistrunk dựa trên những nghiên cứu về phôi thai học của Wenglowski đã khuyến cáo việc cắt thân xương móng trong quá trình phẫu thuật lấy bỏ khối u nang và đường rò giáp lưỡi. Phương pháp phẫu thuật của ông đã làm giảm hẳn tỷ lệ tái phát.

+ Các biến chứng sau phẫu thuật:

- Nhiễm trùng vết mổ: Cần dùng kháng sinh điều trị dự phòng, nếu trong quá trình mổ gây rách niêm mạc hầu họng thì cần khâu phục hồi và đặt sonde ăn trong vài ngày.
- Tụ máu vết mổ (Hematoma): Xảy ra vào ngày đầu tiên sau mổ. Nếu khối tụ máu to sẽ gây chèn ép làm bệnh nhân bị ngạt thở.
- Tổn thương dây thần kinh thanh quản trên và dây thần kinh hạ thiệt: Rất hiếm khi xảy ra.
- Tái phát sau mổ: Dưới dạng u nang hoặc rò, thường do cuộc mổ không hoàn chỉnh (bỏ qua việc cắt thân xương móng, không lấy được toàn bộ khối u nang và đường rò...).

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

DÒ LUÂN NHĨ

(ICD: Q18.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Dò luân nhĩ là bất thường bẩm sinh vùng mô mềm trước tai, có đường dò đi đến gần sụn tai, do có sự bất thường trong quá trình đóng lại của các khe mang ở thời kỳ phát triển bào thai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Lỗ dò trước tai hay vùng quanh tai, có từ lúc mới sinh, thường ở rãnh luân nhĩ, là lỗ dò tròn, lõm nhẹ, liên tục với một u nhỏ, tiết dịch đục, có mùi hôi.
- Khi bị nhiễm trùng hay apxe: xung quanh lỗ dò sưng đỏ, đau, có mủ chảy ra.

2. Cận lâm sàng:

- Chọc apxe dò luân nhĩ: cấy vi trùng, làm giải phẫu bệnh

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm ống tai ngoài.
- U nang và dò khe mang thứ nhất: Đầu ngoài ở vùng cạnh hàm, vùng tuyến mang tai. Đầu trong ở mặt dưới ống tai ngoài, đường dò thường đi ngang qua tuyến mang tai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa: Điều trị với đường dò nhiễm trùng hay apxe:

- Kháng sinh: Amoxicillin + A.Clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone. Thời gian từ 7 đến 10 ngày.
- Giảm đau: Paracetamol,...
- Kháng viêm chống phù nề: Corticoid.

2. Ngoại khoa: Mổ lấy trọn đường dò:

- Nén bơm xanh methylene vào đường dò để hướng dẫn lúc mổ, tránh bỏ sót. Kháng sinh, kháng viêm và giảm đau sau mổ từ 7 đến 10 ngày.

IV. CHUYÊN TUYẾN TRÊN

- Dò khe mang 1, 2, 3.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị TMH theo danh mục phác đồ điều trị của Sở y tế TPHCM (QĐ: 46/QĐ-TMH)

ĐIẾC ĐỘT NGỘT

(ICD: H91.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Điếc thần kinh giác quan xảy ra đột ngột ở 1 hoặc 2 tai, từ vài giờ đến vài ngày.
- Điếc kiểu tiếp nhận, thường xảy ra ở người trung niên.

II. NGUYÊN NHÂN

Hiện chưa được biết rõ, có 2 giả thuyết được nêu ra:

1. Giả thuyết mạch máu:

Tắc hoặc co thắt động mạch tai trong (là động mạch nuôi mê nhĩ), gây thuyên tắc mê nhĩ.

2. Giả thuyết virus: Giả thuyết này dựa trên các căn nguyên:

- Bệnh cảnh dịch tễ, sự xuất hiện theo mùa (đông, xuân)
- Nhiễm trùng hô hấp trên xảy ra trước giai đoạn chóng mặt, điếc.
- Xét nghiệm huyết thanh lọc cho thấy kháng thể kháng virus trong dịch não tủy.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Nghe kém đột ngột 1 hoặc 2 tai
- Có thể kèm theo ù tai, chóng mặt, buồn nôn (hiếm gặp)
- Bệnh nhân không bị liệt mặt và không có dấu thần kinh khu trú.

2. Cận lâm sàng:

- Thính lực đồ: Điếc kiểu tiếp nhận, thính lực mất ít nhất 30db ở tối thiểu 3 tần số so với tai bình thường.
- Nên tiến hành các xét nghiệm: Nhĩ lượng đồ, phản xạ cơ bàn đạp, các xét nghiệm về huyết học, sinh hóa, MRI, ABR để tìm nguyên nhân.
- ABR và MRI: sàng lọc và xác định tổn thương sau ốc tai.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Dùng thuốc:

- Nootropyl 12g 1 chai TTM / ngày.
- Flunarizine 5mg 2 viên uống tối / ngày.
- Corticoid:
 - + Ngày 1, 2: Solumedrol 40mg: 3 lọ/ngày (tiêm tĩnh mạch 1 lần trong ngày)
 - + Ngày 3: Solumedrol 40mg: 2 lọ (tiêm tĩnh mạch 1 lần trong ngày)
 - + Ngày 4, 5: Solumedrol 40mg: 1 lọ (tiêm tĩnh mạch 1 lần trong ngày)

+ Ngày 6, 7: Prednisone 5mg: 4 viên x 2 (uống)

+ Ngày 8: Prednisone 5mg: 4 viên

+ Ngày 9, 10: Prednisone 5mg: 2 viên

– Omeprazole 20mg: 1 viên x 2 lần ngày.

2. Đיע nặng hoặc Corticoids toàn thân không cải thiện sau 5 ngày: Tư vấn bệnh nhân kết hợp chích corticoid xuyên nhĩ 3 liều.

– Dexamethasone 4mg/1ml tiêm tai bệnh 0,5ml/lần/ngày 3 liều trong 3 ngày (N1, N2, N10).

3. Oxy cao áp + Corticoid:

Phối hợp điều trị cao áp nếu trong trường hợp nặng không đáp ứng với điều trị thuốc.

– Oxy cao áp (2,5 ATA, 100% O₂): Thở mỗi ngày 1 giờ x 10 ngày

– Corticoid: Thống nhất như phác đồ I

Chống chỉ định oxy cao áp:

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng

+ Tiền sử phẫu thuật ngực

+ Viêm xoang mạn tính

+ Có thai

– Kiểm tra thính lực lực đồ vào N5 và N10

4. Điều trị ngoại trú:

Sau khi xuất viện cấp toa điều trị ngoại trú 5 -10 ngày, sau đó tái khám lại và đo lại thính lực đồ.

– Thuốc hướng thần kinh, bổ thần kinh như: Piracetam 800mg 1v x3 lần 2/ ngày

– Thuốc giãn mạch ngoại biên và hoạt hóa có thể dùng 1 trong những thuốc sau:

+ Flunarizine 5mg 2v uống

+ Cinnarizine 25mg 1v x3 lần uống

+ Gingo bibola (tanakan) 40mg 1v x3 lần / ngày uống

– Thuốc điều trị chóng mặt:

+ Acetylleucine 500mg 1v x2-3 lần / ngày

+ Betahistine dihydrochloride 16mg 1v x3 lần / ngày uống

– Thuốc điều trị các biểu hiện cơ năng của cơn lo lắng cấp tính như:

+ Magne B6 1v x2-3 lần/ ngày uống

– Thuốc kháng histamine có thể dùng:

+ Chlopherniramine 4mg 1v x2 lần / ngày uống

+ Loratadine 10mg 1v uống

– Fexofenadine 60mg 1v x2 lần / ngày

Đo tiếp thính lực đồ lúc 1 tháng, 3 tháng.

V. TIỀN LƯỢNG:

Điếc đột ngột là một cấp cứu, nếu được điều trị sớm trong vòng 24 tiếng thì có thể hồi phục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn. Tiên lượng xấu nếu bệnh nhân có tiểu đường, cao huyết áp, lớn tuổi. Các yếu tố tiên lượng tốt bao gồm:

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

Kết quả kém sau 03 tháng điều trị: tư vấn bệnh nhân sử dụng máy trợ thính/cây điện ốc tai.

VI. CHUYỂN TUYẾN TRÊN:

- ABR và MRI: sàng lọc và xác định tổn thương sau ốc tai. Chuyển tuyến trên nếu có bệnh lý não, U dây VII, U dây VIII, bệnh tự miễn.
- Điếc đột ngột trên bệnh nhân tiểu đường lâu năm, cao huyết áp, lớn tuổi (> 65t).

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CHÀM ỚNG TAI NGOÀI

(ECZEMA – ICD: H60.8)

I. NGUYÊN NHÂN

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

II. CHẨN ĐOÁN

- Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phỏng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phỏng vỡ thành các vảy màu nâu, mỏng phủ lên trên.
- Nếu chàm khô: Da ngứa, mẩn đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vảy dễ bong ra.

III. ĐIỀU TRỊ

Chăm sóc tại chỗ	Các thuốc nhỏ tai kết hợp kháng viêm corticoid và kháng sinh nhóm quinolone, neomycin, polymyxin B. Bôi xanh methylene
Kháng sinh: Có thể sử dụng một trong các loại sau	Amoxicillin+A.Clavulanic, ampicillin+sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone.
Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các loại sau	Corticoid: Prednisolone; melthyprednisolone.
Giảm đau: Có thể sử dụng một trong các loại sau	Paracetamol, di-antalvic,
Kháng Histamine: Có thể sử dụng một trong các loại sau	Loratadine, desloratadine, rupatadine, bilastine.
Tăng cường sức đề kháng, bổ sung vitamin	B complex C; vitamin PP; calcium C

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị TMH theo danh mục phác đồ điều trị của Sở y tế TPHCM (QĐ: 46/QĐ-TMH)

BỆNH POLYP MŨI

(ICD: J33.8)

I. ĐỊNH NGHĨA

Polyp mũi là tổn thương giả u do thoái hoá cục bộ của niêm mạc mũi hay xoang mà chủ yếu là tổ chức đệm.

Polyp mũi là bệnh rất thường gặp, có thể đơn thuần ở hốc mũi, có thể ở các xoang hay cả ở mũi và xoang.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do rối loạn vận mạch, rối loạn nội tiết hay do cơ địa tạo nên.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- + Triệu chứng cơ năng:
 - Ngạt tắc mũi thường xuyên.
 - Xì mũi hoặc khịt khạc mũi nhày hay mũi đặc thường xuyên.
 - Đau nhức vùng mặt.
 - Mất ngủ hoặc giảm ngủ.
- + Triệu chứng thực thể: Nội soi mũi thấy:
 - Khối u mềm, nhẵn bóng, mọng, màu hồng nhạt.
 - Tùy theo kích thước của polyp mũi, chia làm 4 độ:
 - + Độ I: Polyp khu trú gọn trong phức hợp lỗ ngách.
 - + Độ II: Polyp phát triển ra ngách giữa nhưng chưa vượt quá bờ tự do của cuốn giữa.
 - + Độ III: Polyp vượt quá bờ tự do của cuốn giữa đến lưng cuốn dưới.
 - + Độ IV: Polyp che kín toàn bộ hốc mũi, ra tận cửa mũi sau.

1.2. Cận lâm sàng:

- + Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ:
 - Hình mờ đều hoặc không đều các xoang và hốc mũi.

- Hình ảnh polyp trong xoang.
- + Phim CT Scan:
 - Hình ảnh polyp mũi xoang kèm mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều
 - Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuộn giữa, cuộn giữa đảo chiều,...
- + MRI:

Cho phép phân biệt polyp với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, dịch trong xoang).
- + Kết quả mô bệnh học: Giúp chẩn đoán xác định polyp mũi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.
- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

2. Phác đồ điều trị:

2.1. Điều trị nội khoa:

- + Chỉ định: khi khối polyp độ I, II.
- + Điều trị toàn thân:
 - Thuốc kháng sinh khi có viêm mũi xoang kèm theo. Sử dụng các nhóm: Amoxicillin + A.Clavulanic, ampicillin + sulbactam, cephalosporin thế hệ 1, 2, 3. nhóm macrolide, nhóm quinolone.
 - Thuốc corticosteroid đường uống.
- + Điều trị tại chỗ:
 - Dùng thuốc co mạch.
 - Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.
 - Thuốc corticosteroid dạng xịt, dùng kéo dài.

2.2. Điều trị phẫu thuật:

- + Chỉ định:
 - Khi khối polyp độ I, II điều trị nội khoa không đỡ.
 - Khi khối polyp độ III, IV.
- + Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:

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

+ Chăm sóc và điều trị sau mổ:

❖ Điều trị toàn thân:

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

❖ Điều trị tại chỗ:

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

IV. TIỀN LƯỢNG

Bệnh polyp mũi do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để có kết quả tốt đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)