

Chương
Tai Mũi Họng

18

CHẨN THƯƠNG MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương mũi thường do tai nạn (sinh hoạt, thể thao, lao động, giao thông...) gây ra.
- Chấn thương mũi thường gây vỡ xương chính mũi. Xương này liền rất nhanh vì thế phải điều trị sớm để tránh xương bị cố định trong tư thế sai lệch.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Lâm sàng

- Bệnh sử: trẻ bị chấn thương mũi.
- Tháp mũi phù nề, biến dạng.
- Chảy máu mũi (có hoặc không).

b. Cận lâm sàng

- X quang sọ nghiêng-tia mềm: xác định gãy xương chính mũi
- X quang Bloudeau: hình ảnh gãy vỡ xoang hàm kèm theo, tụ máu xoang hàm.
- CT san-tái tạo 3D: trong trường hợp gãy xương phức tạp hay nghi ngờ chấn thương sọ não hoặc vỡ sàn sọ trước.

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng: chấn thương mũi làm vỡ xương chính mũi gây biến dạng tháp mũi, sóng mũi mất liên tục, niêm mạc có thể bị rách.
- Nếu sang chấn đập vào một bên mũi thì tháp mũi sẽ lệch về bên đối diện.
- Chảy máu mũi là triệu chứng thường gặp, lượng máu mất tùy theo mức độ chấn thương.
- Cổ thể chảy dịch não tủy khi có vỡ sàn sọ.
- Dựa vào hình ảnh X quang và CT scan.

b. Chẩn đoán có thể

- Chấn thương phần mềm vùng mũi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cầm máu.
- Khâu vết thương.
- Nâng xương chính mũi.

2. Xử trí ban đầu

a. Xử trí cấp cứu

- Gãy xương chính mũi + có chảy máu mũi lượng nhiều: đặt mèche cầm máu.
- Gãy xương chính mũi + chấn thương sọ não: hội chẩn Ngoại thần kinh.
- Gãy xương chính mũi + chấn thương vị trí khác: hội chẩn khoa liên quan.

b. Xử trí đặc hiệu

- Khâu vết thương, đồng thời đánh giá mức độ tổn thương xương.
- Nếu chấn thương gây phù nề nhiều cần điều trị nội khoa trước khi nâng xương.
- Nâng xương chính mũi bằng kèm Martel hoặc spatule. Nẹp cố định ngoài, lưu mèche 7 ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

- Giảm đau: Acetaminophen 10 mg/kg/6 giờ.
- Kháng sinh: phổi rộng.
- Trong trường hợp bệnh nhân đến muộn trên 2 tuần, xương đã cố định trong tư thế xấu:
 - + Chỉnh hình xương chính mũi.
 - + Nếu vách ngăn bị lệch gây nghẹt mũi một bên: chỉnh hình vách ngăn.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Hướng dẫn tránh va chạm vùng tổn thương.
- Hẹn tái khám mỗi tuần đến khi ổn định.



CHẢY MÁU MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu mũi là một tình huống thường gặp ở trẻ em. Tuy nhiên trẻ dưới 2 tuổi rất ít khi bị chảy máu mũi. Tỷ lệ chảy máu mũi thay đổi tùy theo nhóm tuổi: 30% ở trẻ 0 - 5 tuổi, 56% ở trẻ 6 - 10 tuổi và 64% ở trẻ 10 - 15 tuổi. Hầu hết các trường hợp đều dễ chẩn đoán và điều trị.

Tùy theo vị trí chảy máu, chảy mũi mũi được phân loại thành chảy máu mũi trước hoặc chảy máu mũi sau. 90% các trường hợp chảy máu mũi ở trẻ em là chảy máu mũi trước do tổn thương điểm mạch Kiesselbach nguyên phát, viêm nhiễm hay chấn thương. Chảy máu mũi sau ở trẻ em hiếm gặp hơn thường do rối loạn đông máu, bệnh lý toàn thân hoặc khối u.

NGUYỄN NHÂN CHẢY MÁU MŨI THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM	
Tại chỗ	Toàn thân
1. Nhiễm trùng: <ul style="list-style-type: none">+ Cáp: virus, vi khuẩn, nấm+ Malaria	1. Bất thường về máu: <ul style="list-style-type: none">+ Rối loạn yếu tố đông máu: bẩm sinh (thiếu yếu tố VIII:haemophilia A,B; thiếu yếu tố IX), mắc phải (dùng chất chống đông, bệnh gan mạn (fib), thiếu vitamin K...)+ Bệnh lý tiêu cầu: xuất huyết giảm tiểu cầu (bẩm sinh hay mắc phải), bất thường chức năng tiểu cầu+ Bệnh lý mạch máu: thiếu vitamin C bẩm sinh<ul style="list-style-type: none">+ Tăng tiêu sợi huyết: thiếu alpha 2 antiplasmin bẩm sinh
2. Rối loạn miễn dịch: <ul style="list-style-type: none">+ Viêm mũi dị ứng+ Polyp mũi+ Viêm mũi vận mạch	2. Dị ứng: <ul style="list-style-type: none">+ Aspirin+ Chất chống đông+ Chloramphenicol+ Methotrexate+ Uc chế miễn dịch+ Dipyrimadole
3. Chấn thương: <ul style="list-style-type: none">+ Chấn thương vùng đầu mặt+ Ngoáy mũi+ Sang chấn khi phẫu thuật vùng mũi+ Di vật mũi	3. Nguyên phát (không rõ nguyên nhân): <ul style="list-style-type: none">+ Rối loạn miễn dịch (Inflammatory disorders)+ Wegener's
4. Nguyên phát (thường gặp ở các trường hợp chảy máu mũi nhẹ tái phát): <ul style="list-style-type: none">+ Vùng little+ Vùng trên của mũi+ Khe mũi giữa+ Đám rối Woodruff	4. Khối u: <ul style="list-style-type: none">+ Các nguyên nhân khác: HIV
5. Khối u:	
6. Liên quan đến thuốc: <ul style="list-style-type: none">+ Viêm mũi do thuốc (thuốc co mạch, cocaine)+ Xông thuốc+ Thuốc lá	
7. Môi trường: <ul style="list-style-type: none">+ Ở những vùng cao+ Thay đổi nhiệt độ quá nhanh+ Ẩm độ thấp	

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Tình trạng bầm máu hoặc chảy máu ở những nơi khác (chân răng, tay chân...), tình trạng chảy máu quá mức khi bị chấn thương nhẹ gợi ý bệnh lý về máu.
- Chảy máu mũi một hay hai bên, có đi kèm với các triệu chứng khác như ngạt mũi, chảy mũi đau. Khối u ở mũi rất hiếm khi xảy ra nhưng thường đi kèm với triệu chứng sưng vùng mặt, đau và ngạt mũi. Vùng đầu và cổ là nơi thường gặp nhất của Rhabdomyosarcoma ở trẻ em. U xơ vòm mũi họng thường đi kèm với triệu chứng ngạt mũi, gặp ở bé trai ở độ tuổi thiếu niên.
- Có chấn thương hay không?
- Có đang dùng thuốc: aspirin, corticoid, chống đông?
- Có bị dị ứng không?
- Các bệnh lý đã hoặc đang điều trị: tim mạch, thận, gan...

2. Thăm khám

a. Tại chỗ

Dùng đèn soi tai (otoscope) có thể quan sát được hầu hết phần trước của mũi. Nội soi mũi xoang (ống cứng hoặc ống mềm) có thể quan sát được toàn bộ hốc mũi và vòm họng-mũi.

Khi khám cần chú ý tìm:

- Điểm chảy máu.
- Vẩy trên niêm mạc ở phần trước vách ngăn là dấu hiệu thường gặp nhất khi thăm khám, hiện diện 2/3 trẻ bị chảy máu mũi là kết quả của tình trạng viêm nhiễm ở mũi. Chảy máu mũi có thể là kết quả của tình trạng viêm nhiễm hoặc thứ phát do trẻ móc mũi khi bị kích ứng bởi sự hiện diện của vẩy mũi.
- Sự hiện diện của dị vật trong hốc mũi.
- Sự hiện diện của các mạch máu nhỏ ở phần trước của vách ngăn: 40 - 50% trường hợp chảy máu mũi có thể nhìn thấy được các mạch máu nhỏ ở phần trước vách ngăn bên mũi bị chảy máu, hiếm khi thấy được ở bên còn lại.
- Sự hiện diện của polyp, khối u trong hốc mũi.

b. Toàn thân

- Tìm điểm chảy máu, bầm máu, chấm xuất huyết ở những vị trí khác trên cơ thể?
- Những dấu hiệu sốc giảm thể tích.

3. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm như công thức máu, chức năng đông máu thường không thực hiện thường quy, chỉ chỉ định trong những trường hợp trẻ thường xuyên chảy máu mũi tái phát dù đã được điều trị hoặc nghi ngờ có rối loạn đông máu.
- X quang Blondeau, sọ nghiêng, CT scan mũi xoang có thể chỉ định trong trường hợp nghi ngờ nguyên nhân chảy máu do viêm mũi xoang, polyp mũi, u hốc mũi, u xơ vòm mũi họng...



III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Ngừng chảy máu.
- Ôn định huyết động.
- Điều trị nguyên nhân.

Tùy theo từng trường hợp của thể, bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú hoặc nhập viện điều trị.

2. Điều trị ngoại trú

a. Cầm máu

- Điều trị ngoại trú trong những trường hợp chảy máu mũi trước nhẹ hoặc vừa ngừng chảy máu sau khi đặt thuốc co mạch, dùng tay kẹp cánh mũi hay đặt meche mũi trước.
- Nếu được đặt meche mũi trước, meche mũi sẽ được lấy ra sau 12 - 24h.
- Đối với trường hợp chảy máu đi kèm mạch, nếu trẻ hợp tác tốt có thể đốt điện hoặc châm hóa chất sau khi đã đặt thuốc tê và co mạch tại chỗ.

b. Sử dụng thuốc và chăm sóc sau cầm máu

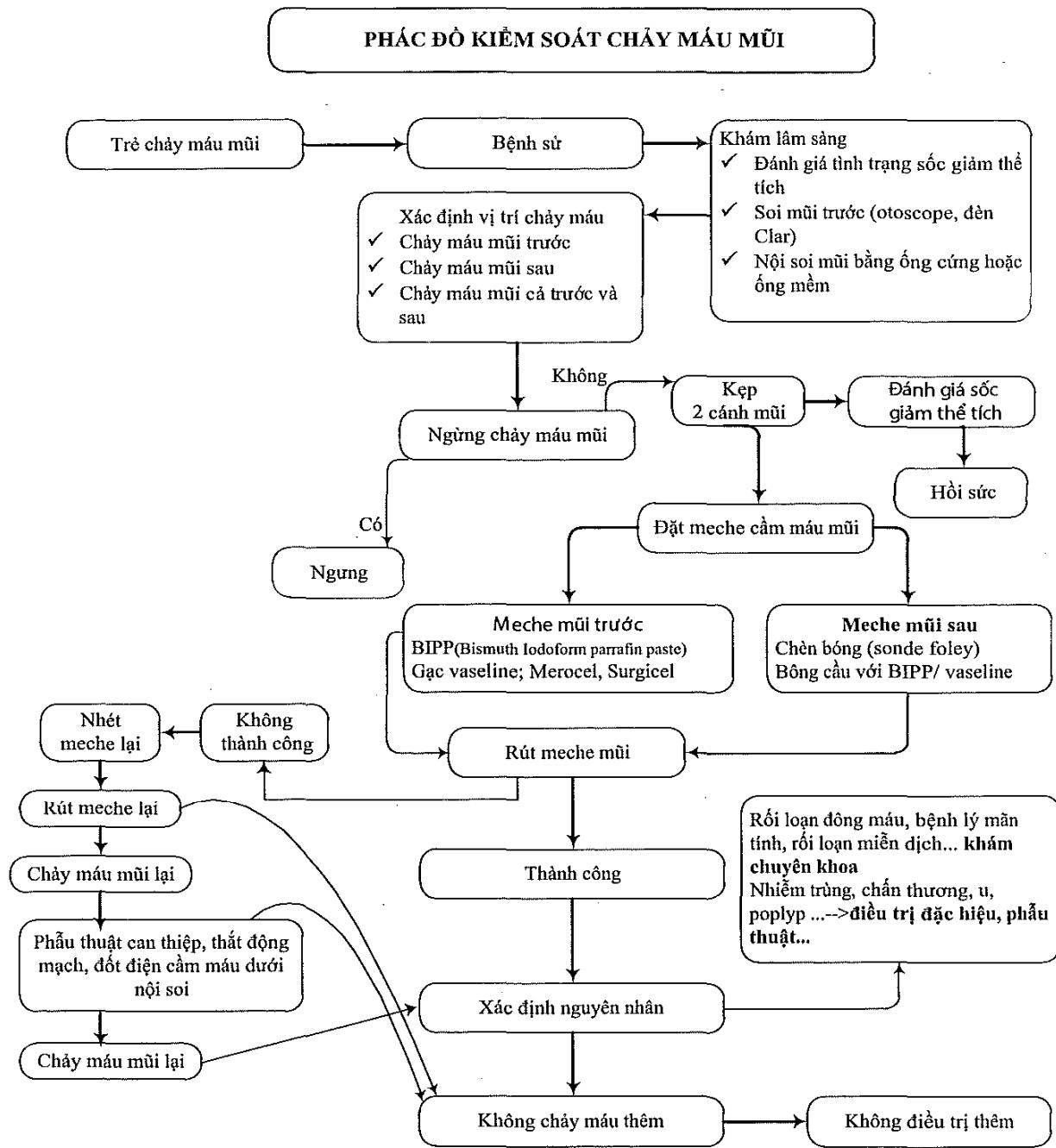
- Sau khi đặt meche mũi, trẻ cần được giảm đau bằng Acetaminophen và kháng sinh chống nhiễm trùng.
- Sau khi rút meche mũi, có thể dùng nước muối xịt mũi để loại bỏ máu đông.
- Thuốc mỡ chứa kháng sinh (Mupirocin, Neomycin, a xít Fucisidic) thoa lên vẩy mũi trong 4 tuần được chỉ định trong trường hợp có đốt điện hay châm hóa chất.

c. Điều trị nguyên nhân

- Lấy dị vật mũi, điều trị viêm mũi xoang (theo phác đồ điều trị viêm mũi xoang), viêm mũi dị ứng (theo phác đồ điều trị viêm mũi dị ứng)...
- Tình trạng chảy máu mũi trước nguyên phát không biến chứng có thể cải thiện tốt khi sử dụng thuốc mỡ có chứa kháng sinh kéo dài trong 30 ngày.
- Hội chẩn chuyên khoa trong trường hợp chảy máu mũi không do các bệnh lý của Tai Mũi Họng.

3. Điều trị nội trú

- Điều trị nội trú đối với những trường hợp chảy máu nhẹ và vừa nhưng không hiệu quả sau 2 ngày điều trị ngoại trú.
- Chảy máu nhiều.
- Đặt meche mũi sau.
- Những trường hợp cần can thiệp bằng phẫu thuật.



IV. THEO DÕI

- Biến chứng liên quan đến việc cầm máu tại chỗ: tắc nghẽn đường thở do meche mũi lạc chỗ, nhiễm trùng, hoại tử, thủng vách ngăn.
 - Tình trạng chảy máu tái phát, tình trạng rối loạn đông máu, sốc mất máu.

V. PHÒNG NGỪA

- Tránh khói, bụi, thuốc lá.
 - Làm ẩm niêm mạc vách ngăn mũi bằng thuốc mỡ trong trường hợp chảy máu mũi trước nguyên phát tái phát.

VIÊM MŨI HỌNG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi họng cấp là tình trạng viêm cấp tính ở niêm mạc đường hô hấp trên từ mũi đến họng do siêu vi hay vi trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Sỗ mũi, nhảy mũi, nghẹt mũi, ngứa mũi, sốt, ho, đau họng? Ngày thứ mấy của bệnh?
- Gia đình hay gần nhà có ai bị bệnh tương tự không.

b. Khám

- Mũi:
 - Sỗ mũi nước mũi trong hay đục.
 - Niêm mạc mũi sung huyết đỏ.
- Họng: thành sau họng đỏ, có dịch đục từ vòm.
- Hai amidan sưng đỏ, đau, hốc có mủ hay giả mạc.

c. Đề nghị xét nghiệm

- Công thức máu.
- Phết họng, amidan khi thấy cần (soi tươi, cây, kháng sinh đồ).

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Niêm mạc mũi họng sung huyết đỏ, xuất tiết dịch trong hay mủ, có giả mạc.
- Phết họng (amidan).

b. Chẩn đoán có thể

- Viêm mũi họng do bạch hầu: giả mạc dai, dơ, màu trắng xám, dễ chảy máu, có vi khuẩn bạch hầu.
- Viêm họng do xoắn khuẩn Vincent.
- Sảng giang mai...

c. Chẩn đoán nguyên nhân

- Xác định nguyên nhân do siêu vi hay vi trùng:

- Không ho	+1
- Sưng hạch cổ trước	+1
- Sốt > 38°C	+1
- Amiđan sung huyết hay xuất tiết	+1
- Tuổi từ 3-14 tuổi	+1
- Nguy cơ viêm họng nhiễm trùng do *Streptococcus* tan huyết beta nhóm A là:
 - 51% - 53% (score ≥ 4) xem xét sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm.
 - 11% - 35% (score 2 - 3) phết họng hay test nhanh tìm kháng nguyên.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị nguyên nhân.

2. Xử trí ban đầu

- Giảm đau họng và hạ sốt bằng Acetaminophen 10 - 15 mg/kg/lần.
- Giảm ho (lựa chọn thuốc phù hợp theo lứa tuổi - Dextromethorphan được WHO khuyến cáo sử dụng trong trường hợp ho nặng kéo dài, ảnh hưởng đến ăn và ngủ)
- Uống nhiều nước: làm giảm cô đặc đàm
- Vệ sinh, hút rửa mũi bằng nước muối sinh lý, nước biển sâu (nước muối ưu trương xịt mũi làm giảm nghẹt mũi)
- Kháng sinh chỉ dùng trong trường hợp có bằng chứng nhiễm trùng:
 - Amoxycillin 50 - 100 mg/kg/ngày, uống trong 7 - 10 ngày.
 - Nếu dị ứng Amoxycillin nhẹ, không nguy hiểm tính mạng, có thể sử dụng cephalosporin trong 5 ngày (Cefuroxime, Cefpodoxim, Cefdinir, Ceftriaxone).
 - Hay thay thế bằng nhóm Macrolide:
 - + Erythromycin 30 - 50 mg/kg/ngày, trong 7 ngày.
 - + Azithromycine 12 mg/kg/ngày trong 5 ngày hay 20 mg/kg (không quá 500 mg)/ngày trong 3 ngày

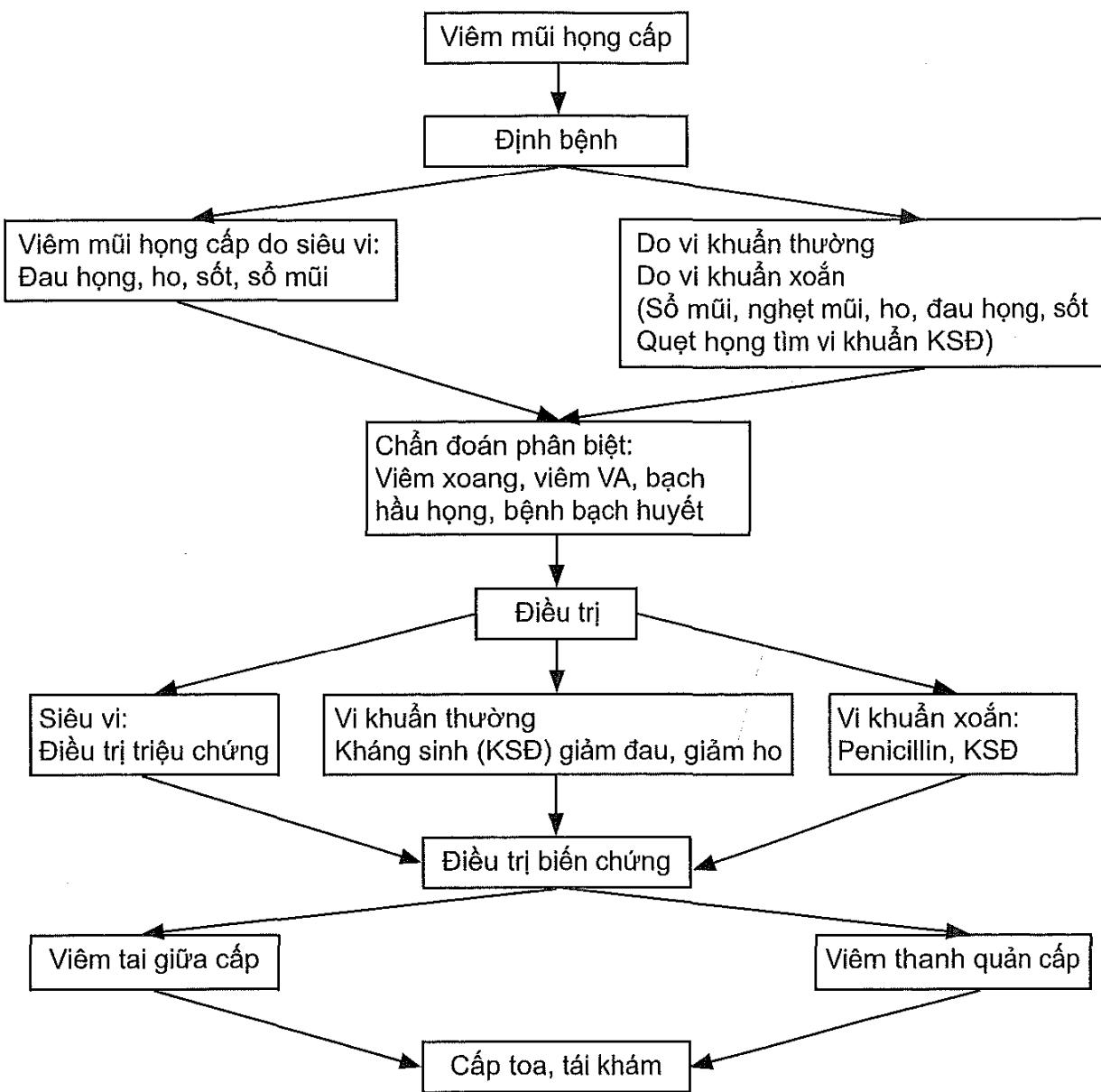
3. Xử trí tiếp theo

- Sử dụng kháng sinh ban đầu, không thuyên giảm (còn sốt, còn đau họng), điều trị theo kháng sinh đồ.
- Xử trí biến chứng nếu có.
- Trong trường hợp vi khuẩn là nhóm liên cầu tan huyết Beta nhóm A, nên kết hợp điều trị nội khoa sau đó cắt amiđan, nạo VA để ngừa các biến chứng.

IV. THEO DÕI

Theo dõi các biến chứng.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM MŨI HỌNG CẤP



ÁP-XE THÀNH SAU HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp-xe thành sau họng là tụ mủ phần mềm trước cột sống cổ do viêm hạch bạch huyết trước cột sống cổ. Đây là tình trạng nhiễm trùng cổ sâu có thể gây nguy hiểm đến tính mạng với nguy cơ gây tắc nghẽn đường thở.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Hỏi triệu chứng sốt, nuốt khó, nuốt đau, thay đổi giọng nói giọng tắc nghẽn (chú ý thời gian).
- Hỏi trẻ có khò khè khó thở không?

b. Khám lâm sàng

- Đo nhiệt độ, đánh giá sốt.
- Đếm nhịp thở phát hiện khó thở.
- Khám miệng nhau nhão nước miếng do không nuốt được.
- Khám thành sau họng tìm dấu hiệu đỏ, phồng phập phèu (phải nhẹ tay, có thể vỡ mủ và tử vong, cẩn thận tối đa).
- Cứng cổ, khít hàm.

c. Đề nghị xét nghiệm

- CTM.
- X quang cổ nghiêng tìm ổ áp-xe trước cột sống cổ.
- Siêu âm, CT scan
- Cấy mủ (sau mổ).

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Thành sau họng phồng đỏ.
- X quang cổ nghiêng: phần mềm trước cột sống cổ dày hơn bình thường (1/3 bề dày đốt sống cổ), có mức nước hơi, mất độ cong sinh lý cột sống cổ.

b. Chẩn đoán có thể: bệnh nhân khó thở, giọng ngậm hạt thị, sốt, nuốt khó, chảy nước bọt, chưa có X quang có thể chẩn đoán áp-xe thành sau họng.

c. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u thành sau hoặc thành bên họng.
- Áp-xe thành sau họng do lao.
- Áp-xe Amiđan.
- Hóc xương ở thực quản gây áp-xe thực quản.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Chọc hút và rạch dẫn lưu áp-xe (đường miệng hoặc mở cạnh cổ tùy vị trí ổ áp-xe tương quan với bó mạch cảnh).
- Kháng sinh liều cao.
- Ăn qua Sonde.
- Phải thật nhẹ tay lúc thăm khám, di chuyển, chuẩn bị gây mê vì có thể gây đột tử do vỡ ổ áp-xe.

2. Xử trí cấp cứu: rạch áp-xe tại phòng mổ:

- Tiền mê sâu.
- Chọc hút mủ trước để làm giảm áp lực ổ áp-xe tránh gây vỡ đột ngột tràn mủ vào đường thở gây suy hô hấp cấp.
- Sau đó đặt nội khí quản, đầu ngửa thấp, rạch rộng hút mủ, dẫn lưu mủ lấy mủ soi tươi, cây kháng sinh đồ.
- Đặt ống sonde dạ dày nuôi ăn.

3. Xử trí tiếp theo

- Kháng sinh ban đầu Oxacillin 100 - 200 mg/kg/ngày + Metronidazol 30 - 50 mg/kg/ngày truyền TM trong 10 ngày.
- Có thể kết hợp Cephalosprin thế hệ 3 với Clindamycin, sử dụng Vancomycin nếu đáp ứng kém với các kháng sinh ban đầu hoặc các trường hợp nhiễm trùng nặng.
- Kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Hút sạch mủ ổ áp-xe dưới gây mê cách 1 ngày một lần soi hút 3 lần liên tiếp đến khi dịch hút hết mủ (sau lần hút mủ lần thứ 3 kiểm tra lại bằng X quang).
- Tiếp tục ăn qua Sonde 7 - 10 ngày mới rút.
- Sau khi rút ống sonde dạ dày chuyển KS sang đường uống 05 ngày mới ngừng thuốc.

IV. THEO DÕI, TÁI KHÁM

- Tái khám 1 tuần sau khi ra viện.
- Tái khám ngay nếu có sốt hay nuốt đau.

VIÊM AMIDAN CẤP - MẠN

I. ĐẠI CƯƠNG

Amidan khẩu cái, thường gọi tắt là Amidan, là 2 khối mô lympho lớn nhất trong vòng họng Waldeyer ở 2 bên họng miệng. Viêm amidan cấp là tình trạng viêm nhiễm giới hạn ở amidan do vi khuẩn hoặc virus. Viêm amidan quá phát mạn tính có thể gây tắc nghẽn hô hấp trên, cản trở dẫn lưu của mũi xoang, cản trở thông khí của hòm nhĩ và ảnh hưởng đến sự tăng trưởng sọ mặt của trẻ em thời kỳ phát triển.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

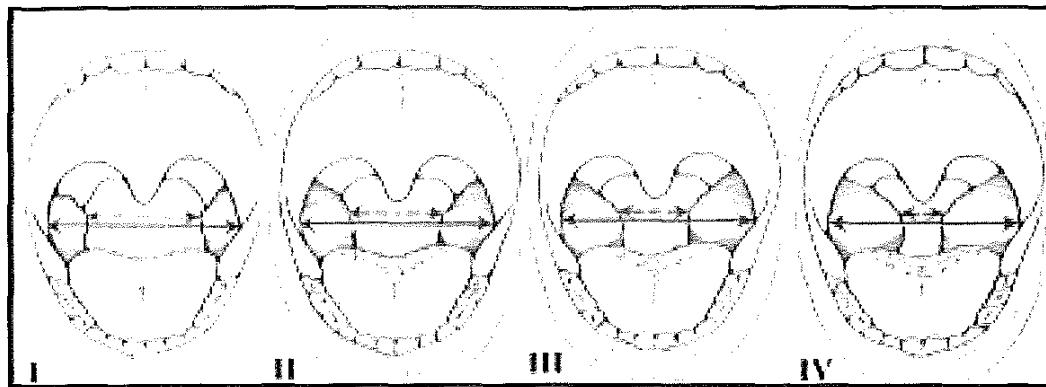
a. Hỏi:

- Đau họng, nuốt vướng, nuốt khó, sốt, đau vùng tai, mất cảm giác ngon miệng?
- Hơi thở hôi.
- Triệu chứng không đặc hiệu: buồn nôn, nôn, đau bụng?

b. Khám

- Sốt.
- Họng: sung huyết, loét, giả mạc.
- Amidan đỏ, tình trạng giả mạc.
- Phân độ amidan phì đại theo Brodsky, Leove và Stanievich có 4 độ:

Độ	Kích thước: Hẹp eo họng
1	< 25%
2	25% - 50%
3	50% - 75%
4	> 75%



Phân độ quá phát amidan từ độ I đến độ IV

Theo Brodsky, Leove và Stanievich

- Khám hạch ở vùng cổ hoặc góc hàm.

c. Đề nghị xét nghiệm

- Tổng phân tích tế bào máu, CRP.
- Phết họng khi có giả mạc tim vi khuẩn dạng bạch hầu.

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Đau họng.
- Sốt $> 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Hạch cổ $> 2 \text{ cm}$.
- Amidan có mủ hay giả mạc.

b. Chẩn đoán có thể: amidan không to, không viêm, thỉnh thoảng có đau.

c. Chẩn đoán phân biệt: u máu, ung thư amidan...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nâng đỡ.
- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị biến chứng của viêm Amidan (áp-xe quanh amidan, thấp tim, viêm vi cầu thận...).
- Phẫu thuật khi có chỉ định.

2. Xử trí ban đầu

2.1. Nâng đỡ

- Nghỉ ngơi, uống ấm, ăn mềm, súc miệng bằng nước muối ấm, giảm đau tại chỗ bằng viên ngậm có Benzocaine.
- Giảm đau bằng Acetaminophen hay Ibuprofen.
- Giảm ho.

2.2. Điều trị nguyên nhân

- Cấp: kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm trùng.
- Kháng sinh:
 - Amoxicilline-acid clavulanic.
 - Macrolid (Azithromycin, Clarithromycin...)
 - Ciprofloxacin hoặc cẩn cứ vào kết quả kháng sinh đồ.
- Nếu có bằng chứng do liên cầu tám huyết β nhóm A:
 - Penicilline V: 250.000 đv x 4 lần/ngày x 10 ngày.
 - Penicilline G: 1 liều/dụ phòng.
(Tỷ lệ dị ứng 10%, nếu dị ứng sử dụng β lactam thay thế Penicillin).
 - Amoxicilline, Amoxicilline-Clavulanate potassium.
 - Cephalosporine thế hệ 1.
 - Macrolide: Azithromycin, Clarithromycin.
 - Clindamycine.
- Mạn: nếu bộc phát cấp tính, xử trí theo viêm amidan cấp. Tái phát thường xuyên xem xét cắt Amidan khi có chỉ định.

3. Xử trí tiếp theo

Nếu đáp ứng với xử trí ban đầu nên tiếp tục điều trị 7 - 10 ngày. Nếu không đáp ứng phải điều trị theo kháng sinh đồ.

4. Điều trị phẫu thuật

a. Chỉ định

Do phì đại:

- Hội chứng ngừng thở lúc ngủ.
- Amiđan quá phát gây rối loạn nhịp thở lúc ngủ, ngủ ngáy, khó nuốt, không tăng trọng, chậm phát triển, học tập kém, nói giọng, đái dầm, vấn đề về hành vi.

Do tái phát nhiều lần:

- Viêm amidan tái phát: từ 6 lần/năm; 5 lần/năm trong 2 năm; 3 lần/năm trong 3 năm.

Các chỉ định khác:

- Có biến chứng: áp-xe quanh amidan, thấp khớp, thấp tim, viêm cầu thận cấp, sốt cao co giật.
- Tình trạng viêm mạn hốc mũi, hôi miệng, sỏi amidan.
- Phết họng dương tính với liên cầu tám huyết β nhóm A, bạch hầu, nấm.
- Nghi ung thư.

b. Kỹ thuật mở

- Phương pháp vô cảm: gây mê.
- Cắt amidan bằng dao điện, Coblator, Plasma...



5. Điều trị tai biến và biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng chảy máu:

- Chảy máu trong mổ:
 - Hạn chế bằng cắt nguội sau đợt cấp 4 tuần.
 - Trẻ lớn đang sấp có kinh nguyệt không nên cắt.
 - Chảy máu trong lúc mổ: cầm máu tại chỗ, khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên.
- Chảy máu sớm: trong 24 giờ đầu sau mổ.
 - Đánh giá lượng máu mất.
 - Kiểm tra hố mổ.
 - Đặt bông tẩm oxy già.
 - Đốt điện cầm máu hoặc buộc chỉ cầm máu, khâu trụ (phòng mổ).
- Chảy máu muộn: từ ngày thứ 2 sau mổ
 - Chảy máu lượng ít: hút sạch, đặt bông cầu tẩm oxy già, đốt điện hoặc cột chỉ cầm máu.
 - Chảy máu ồ ạt: truyền máu, thắt động mạch cảnh ngoài, kháng sinh ngừa bội nhiễm.

Tắc nghẽn đường thở và phổi: phù lưỡi, phù màn hầu, phù mũi họng, phù phổi trên bệnh nhân bí tắc đường thở lâu ngày.

6. Chăm sóc sau cắt amiđan

- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng trong 14 ngày, đặc biệt trong 24 giờ đầu.
- Chế độ ăn: ăn thức ăn lỏng, nguội, mềm 15 ngày.
- Nói chuyện bình thường ngay sau khi cắt.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

-
- Giảm đau với Acetaminophen 10 - 15 mg/kg/lần.
 - Tái khám: theo dõi hố mổ.

Lưu đồ xử trí viêm Amidan
Quy trình chẩn đoán và điều trị Viêm Amidan

Δ Xác định:

Đau họng, sốt > 38,5°C, hạch cổ > 2 cm, amidan có mủ hay giả mạc



Điều trị nội khoa: nâng đỡ, điều trị nguyên nhân.

Điều trị biến chứng: áp-xe quanh amidan, thấp tim, viêm vi cầu thận...



Chỉ định cắt amidan:

Phì đại: ngưng thở lúc ngủ

Tái phát > 6 lần/năm

Biến chứng



Kỹ thuật mổ: gây mê, cắt amidan



Chăm sóc sau cắt amidan



Ra viện



a

VIÊM VA

I. ĐẠI CƯƠNG

V.A. (Végétation Adenoïde, còn gọi sùi vòm) là tổ chức lympho ở sau mũi, tại nóc vòm. VA phì đại là bệnh phổ biến và là một trong những chỉ định phẫu thuật thường gặp nhất ở trẻ nhỏ. VA khi viêm nhiễm có thể dẫn đến các biến chứng viêm mũi xoang, viêm tai giữa và viêm hô hấp dưới, tiêu hóa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Chảy mũi, Nước mũi đục, xanh, Kéo dài, Hay tái phát?
- Trẻ có khó ngủ, Nghẹt mũi, Thở miệng, Ngủ ngáy?

b. Khám

- Khám mũi, họng: dịch mũi đục, xanh chảy dọc thành sau họng.
- Khám tai: có viêm tai giữa thanh dịch, Nghe kém?
- Biến dạng sọ mặt: khuôn mặt dài, hẹp, hàm trên nhô ra trước, khẩu cái sâu...

c. Đề nghị xét nghiệm

- X quang sọ nghiêng khảo sát VA: gợi ý chẩn đoán.
- Nội soi mũi: chẩn đoán xác định.

2. Chẩn đoán xác định

- Chảy mũi xanh tái phát + X quang hoặc nội soi thấy VA phì đại.

3. Chẩn đoán phân biệt

- U xơ vòm: bé trai, tuổi dậy thì, chảy máu mũi tái phát nhiều lần lượng nhiều.
- U sọ hầu: bệnh hiếm, có từ lúc mới sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh trong trường hợp nhiễm khuẩn.
- Rửa mũi.
- Steroids xịt mũi.

- Nạo VA khi có chỉ định.

2. Xử trí ban đầu

- Kháng sinh:
 - Amoxicilline - Acid Clavuclanic.
 - Macrolid (Azithromycin, Clarithromycin...).
 - Ciprofloxacin hoặc căn cứ vào kết quả kháng sinh đồ.
- Rửa mũi: nước muối sinh lý, nước biển sâu (đơn thuần hoặc kết hợp khoáng chất); có thể dùng dạng ưu trương hỗ trợ giảm nghẹt mũi.
- Steroids xịt mũi: giảm triệu chứng nghẹt mũi, giảm kích thước VA.
- Nạo VA sau khi điều trị ổn định tình trạng nhiễm khuẩn cấp.

3. Nạo VA

a. Chỉ định: trẻ từ 18 tháng tuổi trở lên.

- VA quá phát gây khó thở.
- VA có biến chứng: viêm tai giữa tái phát, viêm đường hô hấp tái phát, rối loạn tiêu hóa tái phát.

b. Kỹ thuật nạo VA

- Phương pháp vô cảm: gây mê.
- Nạo VA bằng Coblator, Plasma, Shaver.

4. Điều trị biến chứng

- Viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch - nghe kém, viêm đường hô hấp...

5. Chăm sóc sau nạo VA

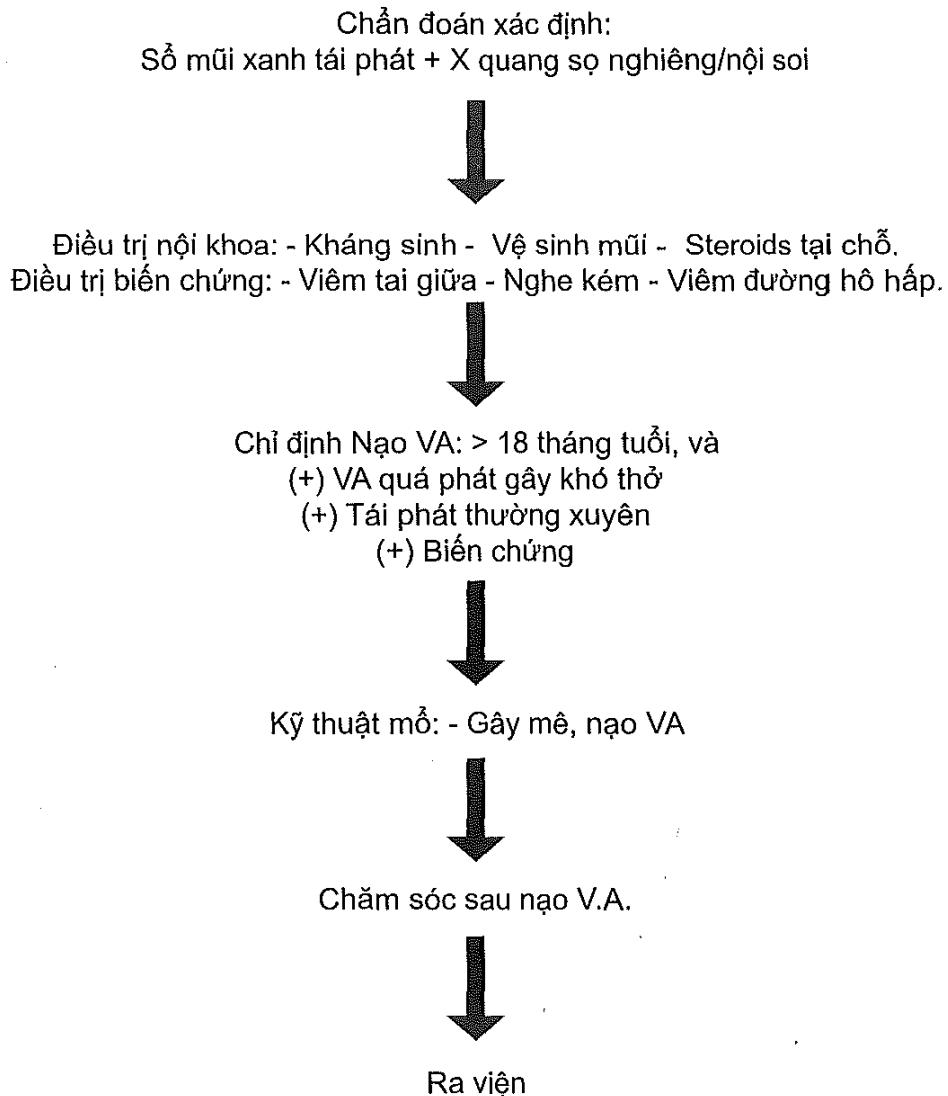
- Theo dõi chảy máu: sinh hiệu, quan sát nước bọt và nước mũi trong 4 - 6 giờ. Nếu có chảy máu, xử trí tùy theo mức độ (đốt điện cầm máu, đặt bắc mũi sau).
- Ra viện từ 3 - 6 giờ sau hồi tĩnh. Hẹn khám lại sau 3 - 7 ngày, khám ngay khi có dấu hiệu chảy máu.



IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi:
 - Dặn dò chế độ ăn: ngày 1 sữa ăn cháo, ngày 2 trở đi ăn bình thường.
 - Các dấu hiệu chảy máu, hơi thở hôi, sốt...
- Tái khám:
 - Sau 3 - 7 ngày, đánh giá:
 - + Tổng trạng.
 - + Tình trạng hổ mồ qua nội soi.

**Lưu đồ xử trí viêm VA
Quy trình chẩn đoán và điều trị VA**



VIÊM MŨI XOANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang là tình trạng viêm của niêm mạc lót trong hốc mũi và hệ thống xoang cạnh mũi do các tác nhân gây bệnh như dị ứng, hóa chất, vi rút, vi khuẩn.

1. Nguyên nhân

Trên 90% các trường hợp viêm mũi xoang cấp là do virút. Trung bình mỗi năm một đứa trẻ có thể viêm đường hô hấp trên 6 - 8 lần; mỗi lần kéo dài khoảng 7 ngày; 0,5 - 5% các trường hợp viêm đường hô hấp trên do vi rút này sẽ tiến triển thành viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính.

Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pyogenes là những vi khuẩn thường gặp trong viêm mũi xoang.

2. Phân loại

Dựa vào thời gian kéo dài, viêm mũi xoang được phân loại:

- Viêm mũi xoang cấp: triệu chứng kéo dài dưới 4 tuần.
- Viêm mũi xoang bán cấp: triệu chứng kéo dài từ 4 tuần - 12 tuần.
- Viêm mũi xoang mãn: triệu chứng kéo dài trên 12 tuần.
- Viêm mũi xoang cấp tái phát: trên 4 lần/năm, có sự hồi phục hoàn toàn giữa các lần bệnh.

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

1. Công việc chẩn đoán

1.1. Viêm mũi xoang cấp

Trên thực tế, rất khó phân biệt được giữa viêm mũi xoang cấp tính do vi rút hay do vi khuẩn. Tuy nhiên có thể nghĩ đến khả năng nhiễm khuẩn nếu sau vài ngày bị viêm mũi họng với các triệu chứng như chán ăn, mệt mỏi, sốt, ho, ngạt mũi, sổ mũi, trẻ có một trong các biểu hiện sau:

- Các triệu chứng không cải thiện và kéo dài trên 10 ngày.
- Triệu chứng ngày càng trầm trọng hơn hoặc trẻ sốt, ho, sổ mũi trở lại sau vài ngày các triệu chứng viêm đường hô hấp trên đã cải thiện trước đó.
- Triệu chứng nặng: sốt cao trên 39°C, dịch mũi nhầy mủ kéo dài hơn 3 ngày liên tiếp.

Khám lâm sàng:

- Đau khi ấn các điểm đau xoang.
- Khám mũi: niêm mạc sung huyết, nhiều nước mũi có màu vàng hay xanh có thể đặc hoặc lỏng ở các khe mũi, sàn mũi.
- Khám họng: nhầy mũi đọng thành sau họng.

1.2. Viêm mũi xoang mạn

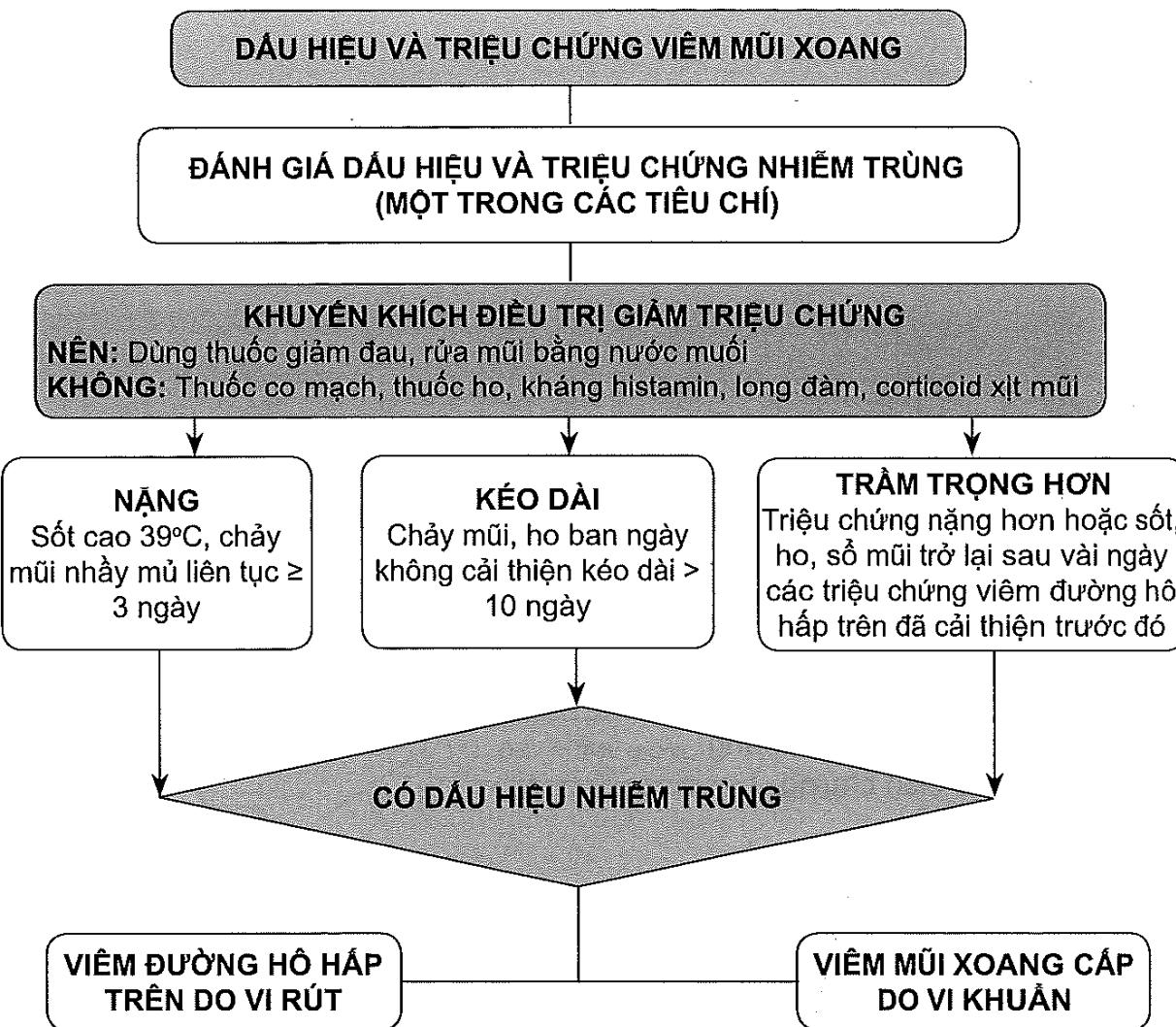
Triệu chứng chính	Triệu chứng phụ
<ul style="list-style-type: none"> + Ngạt mũi + Sổ mũi + Vướng nhày mũi sau bước bệnh nhân phải khít, khạc + Đau căng vùng trước trán, gò má, hốc mắt + Ngủ kém, mất mũi + Sốt âm ỉ, ớn lạnh 	<ul style="list-style-type: none"> + Hoi thở hoi + Ho dai dẳng + Đau răng + Đau tai hay cảm giác căng đầy trong tai + Cảm giác nặng đinh đầu, 2 thái dương, mỗi vùng châm, gay + Mệt mỏi, uể oải, giảm khả năng tập trung

Khám lâm sàng:

- Cuốn mũi dưới phù nề.
- Cuốn mũi giữa thoái hóa polyp.
- Đọng nhày thành sau họng.

2. Chẩn đoán**2.1. Viêm mũi xoang cấp**

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Khám và nội soi mũi họng.
- X quang, CT scan không cần thiết trừ khi nghi ngờ có biến chứng.



2.2. Viêm mũi xoang mạn

a. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: chẩn đoán: 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính + ≥ 2 tiêu chuẩn phụ.
- Khám và nội soi mũi để đánh giá sự bất thường của các cấu trúc trong hốc mũi.
- X quang: mờ các xoang, mức khí dịch trong xoang, dày niêm mạc xoang.

b. Chẩn đoán nghi ngờ

- Lâm sàng: 1 triệu chứng chính hoặc các triệu chứng phụ.
- X quang: mờ nhẹ các xoang.

c. Chỉ định chụp CT scan

- Viêm mũi xoang điều trị nội khoa thất bại.
- Khi nghi ngờ có biến chứng.
- Trước khi phẫu thuật hoặc khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác: khảo sát hệ thống mũi xoang và phát hiện bất thường các cấu trúc lân cận.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh cần phân biệt	Viêm mũi xoang cấp	Viêm mũi xoang mãn	Cảm lạnh	Migraine
Tiêu chí Phân biệt				
Thời gian	> 7 ngày - 4 tuần	> 12 tuần	< 7 ngày	48-72h
Đau đầu				1 bên
Sốt	Cao	Tung đột, Không cao	Kém ẩm lạnh	Không
Cháy mũi	Vàng, xanh	Nhiều mủ xuống họng	Trong - đục	Không

III. ĐIỀU TRỊ

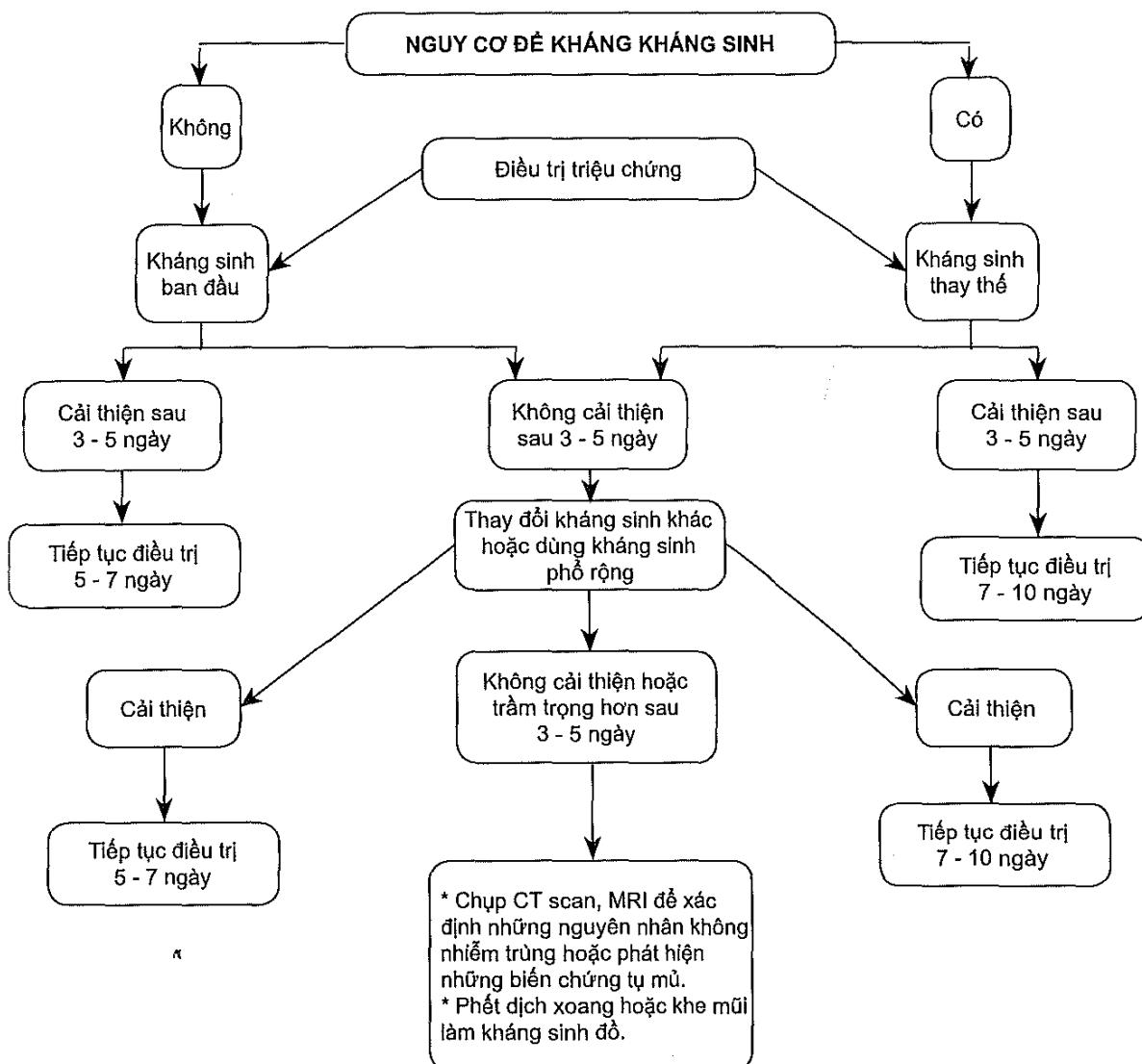
1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm triệu chứng.
- Phục hồi dẫn lưu mũi xoang.
- Ngăn ngừa biến chứng.

2. Điều trị viêm mũi xoang cấp

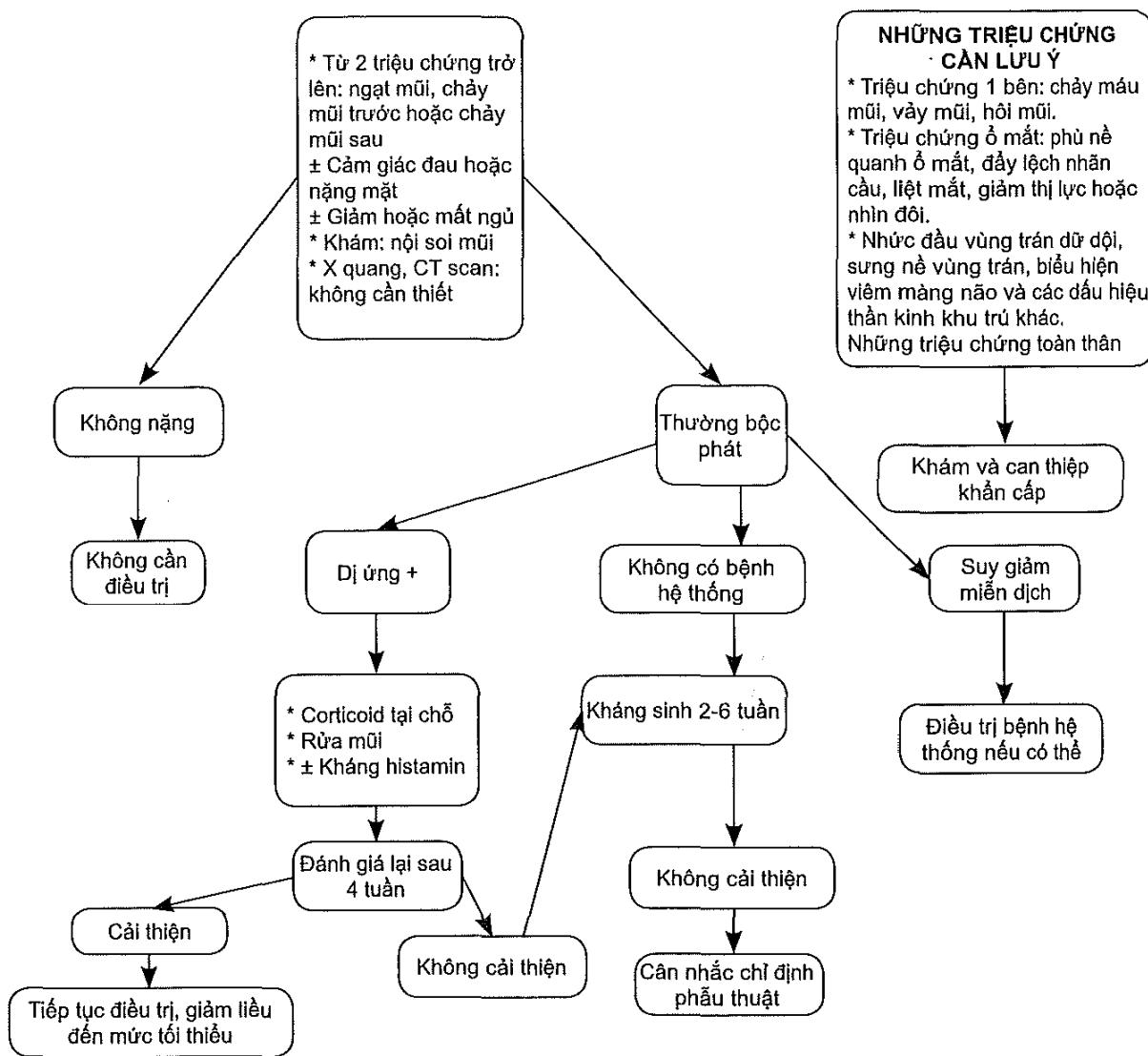
Chỉ định	Khang sinh ban đầu (tiêu thấp)	Khang sinh thay thế (tiêu cao)
Điều trị theo kinh nghiệm	Amoxicillin 45mg/kg/ngày, 2 lần/ngày	*Amoxicillin clavulanate 90mg/kg/ngày, 2 lần/ngày
Điều trị		*Levofloxacin 10 - 20 mg/kg/ngày, 1 - 2 lần/ngày *Cefpodoxim 10mg/kg/ngày, 1 - 2 lần/ngày *Cefdinir 14 mg/kg/ngày, 1 - 2 lần/ngày *Clindamycin 30 - 40 mg/kg/ngày, 3 lần/ngày phối hợp với Cefpodoxim hoặc Cefdinir
Gió nguy cơ dễ kháng khang sinh (trẻ <2 tuổi, có sử dụng kháng sinh (tổng) ≥10kg/tuần, nhấp vien ≥100g/vòng, viêm họng, viêm amidan, viêm họng, viêm amidan, suy giảm miễn dịch) hoặc không đồng nhất với điều trị kinh nghiệm		*Amoxicillin clavulanate 90mg/kg/ngày, 2 lần/ngày *Levofloxacin 10 - 20 mg/kg/ngày, 1 - 2 lần/ngày *Cefpodoxim 10 mg/kg/ngày, 1 - 2 lần/ngày *Cefdinir 14 mg/kg/ngày, 1 - 2 lần/ngày *Clindamycin 30 - 40 mg/kg/ngày, 3 lần/ngày có thể phối hợp với Cefpodoxim hoặc Cefdinir

Trường hợp nhiễm trùng nặng cần nhập viện		<ul style="list-style-type: none"> * Ampicillin/sulbacetam: 200-400 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ * Ceftriaxone: 50 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ * Cefotaxime: 100-200 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ * Levofloxacin: 10-20 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch mỗi 12-24 giờ
Ghi chú:		<ul style="list-style-type: none"> * Thời gian sử dụng: Khoảng 10-14 ngày hay 7 ngày sau khi hết triệu chứng. * Trẻ dưới 2 tuổi, có biến hiện viêm mũi xoang nặng có thể (tổn xung) xét phơi thử Clindamycin với Cefdinir hoặc Cefotiofur. * Nhiều phản ứng不良 sử dụng Fluoroquinolones nhưng FDA không khuyến khích dùng nhóm kháng sinh này trong điều trị viêm mũi xoang.



3. Điều trị viêm mũi xoang mạn

- Việc điều trị dựa trên mức độ nặng của triệu chứng.
- Những đợt bùng phát của viêm mũi xoang mạn được điều trị như viêm mũi xoang cấp.
- Thời gian điều trị bằng kháng sinh trong viêm mũi xoang mạn có thể kéo dài 2 - 6 tuần.



4. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định phẫu thuật:** thất bại với điều trị nội khoa; có biến chứng ở mắt, thần kinh; bất thường cấu trúc giải phẫu.
- Phương pháp phẫu thuật**
 - Nạo VA.
 - Phẫu thuật nội soi mũi xoang (FESS).

c. Theo dõi và chăm sóc sau phẫu thuật

- Kháng sinh:
 - Có thể sử dụng theo đường chích hoặc đường uống.
 - Kháng sinh có thể được lựa chọn: cephalosporin thế hệ 3, Amoxicillin/Clavulanic (80 mg/kg/ngày) trong 7 - 14 ngày.
 - Cần lưu ý chuyển sang đường uống khi có thể.
- Hỗ trợ:
 - Giảm đau: Paracetamol 10 - 15 mg/kg/6 giờ.
 - Rút Mèche mũi sau 2 - 5 ngày.
 - Vệ sinh mũi bằng NaCl 0,9% hoặc nước biển sâu.
 - Bệnh nhân được xuất viện 5 - 7 ngày sau phẫu thuật.
- Tái khám mỗi tuần/lần cho đến khi ổn định để đánh giá tình trạng hốc mũi: thông thoáng? Đọng dịch (máu, mủ), dính vách ngăn - cuốn mũi.
- Vệ sinh mũi.
- Cân nhắc để sử dụng corticoid xịt mũi khi cần thiết.

IV. PHÒNG NGỪA

- Phòng ngừa bệnh cảm cúm.
- Cải thiện môi trường sống, tránh khói thuốc lá, môi trường quá nóng hay quá lạnh, hồ bơi.
- Giữ vệ sinh mũi, rèn luyện thân thể nâng cao sức đề kháng.
- Tiêm ngừa đầy đủ.

V. THEO DÕI

Theo dõi biến chứng biến chứng thần kinh, quanh ổ mắt và đường hô hấp.



U NHÚ THANH QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

U nhú thanh quản là khối u biểu mô lành tính ở thanh quản, thường xảy ra ở trẻ em và dễ tái phát. Nguyên nhân do Humanpapilloma Virus HPV6 và HPV11 gây ra. U nhú có thể xuất hiện bất cứ vị trí nào ở đường hô hấp từ mũi đến phổi; trong đó 95% là ở thanh quản.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Thời gian khàn tiếng.
- Khó thở (không giảm khi thay đổi tư thế).
- Ngủ ngáy.
- Các triệu chứng nêu trên diễn tiến tăng dần, không đáp ứng điều trị nội khoa.

b. Khám

- Đánh giá tình trạng khó thở, khàn tiếng.
- Soi thanh quản trực tiếp: sang thương dạng mồ sùi, chùm nho, bông cải.
- Sinh thiết khối u.

c. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tiền phẫu thường quy.
- X quang phổi.
- Giải phẫu bệnh (sau khi cắt u nhú).

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng:

- Khàn tiếng là dấu hiệu xuất hiện sớm, tăng dần, mất tiếng (giai đoạn muộn).
- Khó thở thanh quản ngày càng tăng và thường xuyên.
- Nội soi thanh quản trực tiếp có hình ảnh đặc hiệu của u nhú.
- Giải phẫu bệnh.

b. Chẩn đoán có thể: khi chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng.

c. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật thanh môn: có hội chứng xâm nhập.
- Viêm thanh quản mạn.
- Sẹo hẹp hụ thanh môn.
- U vùng thanh môn: u máu hụ thanh môn, polyp dây thanh, hạt dây thanh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chính trong điều trị

Soi treo thanh quản cắt u nhú (kèm vi phẫu, microdebrider, laser).

2. Xử trí ban đầu

- Xử trí cấp cứu: trong trường hợp khó thở độ IIB hoặc độ III phải đưa bệnh nhân vào phòng mổ ngay, đặt nội khí quản sau đó soi thanh quản treo cắt u nhú để giải phóng đường thở khi ổn định sẽ soi cắt tiếp tục.
- Xử trí đặc hiệu:
 - Bệnh nhân đến lần đầu với triệu chứng khàn tiếng và khó thở, phải có kế hoạch soi thanh quản kiểm tra đồng thời dùng kèm vi phẫu thanh quản cắt trọn khối u, gửi giải phẫu bệnh lý để xác định chẩn đoán.
 - Bệnh tái phát: có khó thở độ I và độ IIA, lên chương trình soi cắt u nhú.
- Biến chứng:
 - U nhú có thể lan xuống khí quản: phải mở khí quản thấp, cắt u nhú qua ống nội soi khí phế quản.
 - Chảy máu sau khi cắt u nhú: đưa ngay vào phòng mổ soi thanh quản và cầm máu bằng adrenaline tại chỗ đồng thời hỗ trợ thêm với các loại thuốc cầm máu.

3. Xử trí tiếp theo

- U nhú tái phát: tiếp tục soi treo thanh quản treo và cắt u nhú.
- Sau phẫu thuật cắt u nhú nếu vẫn khó thở thanh quản từ độ IIB cần nhắc mở khí quản cấp cứu.
- Sẹo chíp hẹp thanh môn sau khi cắt u nhú nhiều lần: chỉnh hình thanh quản sau khi cắt u nhú ổn định.

4. Theo dõi và tái khám

- Theo dõi và tái khám định kỳ: 2 - 4 tuần sau phẫu thuật.
- Dặn dò kỹ nếu khó thở phải trở lại bệnh viện tái khám ngay.



HẸP HẠ THANH MÔN, HẸP KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Hạ thanh môn dài khoảng 5 mm bắt đầu dưới 2 dây thanh thiệt cho đến vùng ngay dưới sụn nhẵn, khí quản là đường thở ngay dưới sụn nhẵn đến carina.

Hẹp hạ thanh môn là bệnh lý xảy ra sau đặt nội khí quản kéo dài, chấn thương hay viêm nhiễm vùng thanh quản. 90% nguyên nhân của sẹo hẹp hạ thanh môn là do đặt nội khí quản.

Cơ chế bệnh sinh vẫn còn bàn cãi. Sự chèn ép của ống nội khí quản làm phù nề, thiếu máu và loét dẫn đến viêm màng sụn, viêm sụn, hoại tử sụn và sụp sụn. Sự liền sẹo thứ phát kèm với sự tăng sinh mô hạt và lắng đọng mô sợi. Từ đó tạo nên khung sụn yếu và sẹo chắc bên trong lồng thanh khí quản.

Hẹp sẽ làm tắc nghẽn đường thở, gây viêm nhiễm đường hô hấp tái phát. Do đó cần phải được chẩn đoán và điều trị sớm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các dấu hiệu lâm sàng chính

- Triệu chứng cơ năng: kích thích, tím tái khi khóc, khò khè, khó thở, thở nhanh.
- Triệu chứng thực thể: thở rít thì hít vào, khó thở kiểu thanh quản. Nếu sẹo hẹp ở khí quản trẻ sẽ khó thở 2 thì.
- Tiền sử bệnh: đặt nội khí quản lâu ngày, chấn thương vùng thanh khí quản, viêm nhiễm, thay đổi giọng nói, bất thường bẩm sinh đầu mặt cổ...

2. Cận lâm sàng

- Nội soi thanh khí quản bằng ống cứng hoặc ống mềm.
- CT scan: xác định chính xác vị trí hẹp và độ dài đoạn hẹp, có thể gợi ý nguyên nhân gây hẹp.
- X quang cổ thẳng, nghiêng: nếu không thể chụp CT scan.
- Xét nghiệm tiền phẫu.

3. Chẩn đoán xác định và phân độ

- Nội soi thanh quản là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán.
- Phân độ hẹp theo Cotton - Myer dựa vào phần trăm tắc nghẽn:

- Độ 1: < 50% tắc nghẽn.
- Độ 2: 51 - 70% tắc nghẽn.
- Độ 3: 71 - 99% tắc nghẽn.
- Độ 4: tắc nghẽn toàn bộ.

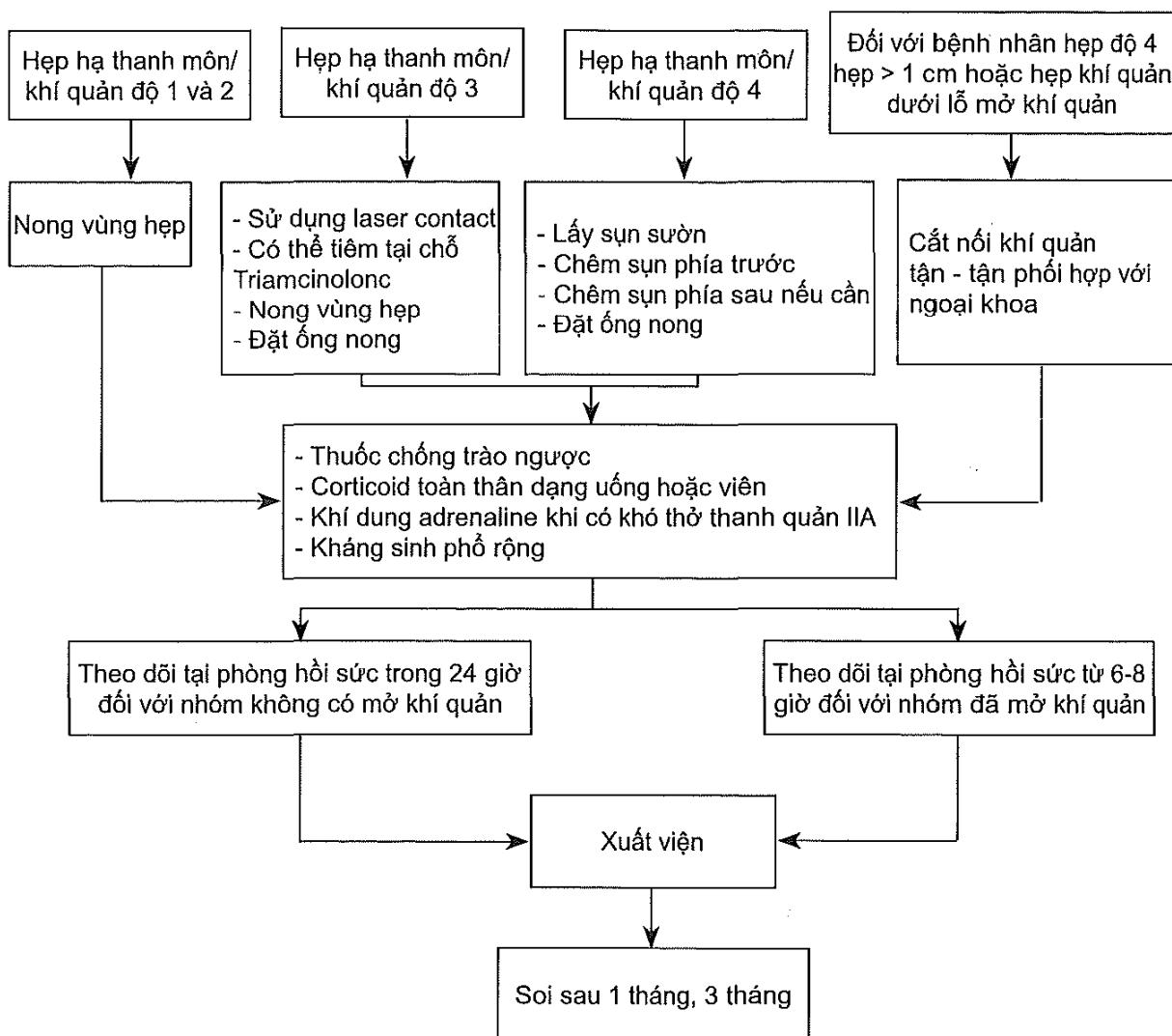
III. ĐIỀU TRỊ

- 1. Đối với bệnh nhân hẹp họng/ hẹp khí quản độ 1 - hẹp độ 2 theo Myer –Cotton**
 - Nong vùng hẹp.
- 2. Đối với bệnh nhân hẹp họng/ hẹp khí quản hẹp độ 3 theo Myer – Cotton**
 - Sử dụng laser contact.
 - Tiêm dưới niêm mạc Triamcinolone.
 - Nong vùng hẹp.
 - Đặt ống nong hoặc lưu nội khí quản.
 - Chuyển bệnh nhân theo dõi tại phòng hồi sức cấp cứu trong 24 giờ.
- 3. Đối với bệnh nhân hẹp họng/ hẹp khí quản độ 4 theo Myer –Cotton**
 - Lấy sụn sườn.
 - Chèm sụn phía trước.
 - Thêm sụn phía sau nếu cải thiện đường kính của đường thở.
 - Đặt ống nong.
- 4. Đối với bệnh nhân hẹp độ 4 mà độ dài đoạn hẹp lớn hơn 1 cm hoặc hẹp khí quản ngay dưới vị trí lỗ mở khí quản:** thường cắt nối khí quản tận - tận phổi hợp với Ngoại khoa.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Sử dụng thuốc chống trào ngược, corticoid toàn thân dạng uống hoặc tiêm, theo dõi bệnh nhân tại phòng hồi sức từ 6 - 8 giờ sau nong cho nhóm bệnh nhân có mở khí quản và 24 giờ cho nhóm bệnh nhân không mở khí quản.
- Có thể phun thêm khí dung adrenaline khi khó thở thanh quản IIA và có thể cung cấp oxy hỗ trợ qua mask trong 24h đầu sau nong khí quản.
- Nếu không có biến chứng: sốt, khó nuốt, khó thở thì sẽ chuyển ra phòng bệnh theo dõi, xuất viện khi bệnh nhân ổn định.
- Dùng kháng sinh phổ rộng, giảm đau, chống phù nề đến 2 tuần sau mổ. Chống trào ngược dạ dày thực quản đến 8 tuần sau mổ.
- Soi kiểm tra sau 1 tháng và 3 tháng.
- Chăm sóc ống thở (canuyn krisaberg hoặc ống nong).
- Xuất viện sau khi cắt chỉ vết mổ.

LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ HẸP HẠ THANH MÔN - HẸP KHÍ QUẢN



VIÊM TAI GIỮA CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa cấp là tình trạng viêm cấp tính trong tai giữa biểu hiện bằng sự khởi phát đột ngột các triệu chứng đau tai, có hoặc không sốt, kéo dài vài giờ đến 3 tuần.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Dịch tễ: tuổi thường gặp nhất từ 6 - 18 tháng tuổi. Tỉ lệ nam/nữ như nhau.
- Yếu tố nguy cơ:
 - Thời gian đầu gửi nhà trẻ.
 - Không được bú sữa mẹ.
 - Điều kiện kinh tế thấp, tiếp xúc với khói thuốc lá, môi trường ô nhiễm.
- Tiền sử: viêm hô hấp trên gần đây hoặc viêm hô hấp trên tái đi tái lại nhiều lần.
- Hỏi bệnh sử: triệu chứng khởi phát đột ngột.
 - Trẻ lớn thường đau tai, trẻ sơ sinh hay trẻ nhỏ sẽ bứt rứt, dùng tay kéo vào tai bị viêm.
 - Sốt cao ($\geq 39^{\circ}\text{C}$).
 - Chảy mủ tai.
 - Rối loạn tiêu hóa.
 - Các triệu chứng khác ít gặp: ù tai, nghe kém (trẻ lớn).

b. Khám lâm sàng

Khám tai 2 bên: đèn khám tai hoặc nội soi.

- Ống tai ngoài: bình thường.
- Màng nhĩ: tùy vào giai đoạn viêm tai giữa mà sẽ có những dấu hiệu khác nhau; sung huyết, màng nhĩ xẹp, cán búa lệch, mắt nón sáng, màng nhĩ căng phồng là dấu hiệu quan trọng nhất, màu sắc trắng hoặc vàng nhạt.
- Di động màng nhĩ giảm hoặc mất.
- Mủ đọng ống tai ngoài, có thủng nhĩ.
- Các triệu chứng có thể gặp do biến chứng: chóng mặt, động mắt, sưng sau và trên tai, liệt mặt.

c. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu cho thấy tình trạng nhiễm trùng.
- CT scan trong trường hợp biến chứng.
- Nhĩ lượng đồ, thính lực đồ không cần thiết trong chẩn đoán viêm tai giữa cấp.

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử viêm hô hấp trên.
- Có đầy đủ 3 tiêu chuẩn sau:
 - Triệu chứng khởi phát cấp: sốt, bứt rứt (trẻ nhỏ), đau tai (trẻ lớn).
 - Dấu hiệu viêm tai giữa cấp: màng nhĩ phồng, sung huyết.
 - Dấu tụ dịch tai giữa: màng nhĩ đục, giảm hoặc mất di động màng nhĩ, mức khí dịch, chảy mủ từ tai giữa.

b. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất của viêm tai giữa cấp là viêm tai giữa thanh dịch.
- Viêm tai giữa thanh dịch: có biểu hiện ứ dịch trong tai giữa như màng nhĩ kém di động, có bóng nước sau màng nhĩ, màu sắc màng nhĩ thường màu xanh hoặc vàng hổ phách, đặc biệt không kèm tình trạng viêm cấp tính.
- Các tình trạng khác có thể gặp khi thăm khám:
 - Màng nhĩ sung huyết khi thăm khám do trẻ khóc quá nhiều, sốt, hoặc viêm hô hấp trên dẫn đến sung huyết và viêm niêm mạc lót toàn bộ đường hô hấp trên, chấn thương tai hoặc ngoáy tai.
 - Giảm sự di động màng nhĩ: có thể gặp trong xơ nhĩ, áp suất âm trong hòm nhĩ quá lớn.
 - Đau tai: có thể gặp trong viêm tai ngoài, chấn thương tai, viêm khớp thái dương hàm, dị vật tai do côn trùng, nút ráy tai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm triệu chứng.
- Điều trị nhiễm trùng.
- Giảm biến chứng.

2. Điều trị giảm đau

- Giảm đau toàn thân: Paracetamol 15 mg/kg x 3 - 4 lần/ngày hoặc Ibuprofen 5 - 10 mg/kg x 3 lần/ngày.
- Giảm đau tại chỗ: thuốc nhỏ tai chứa Benzocain, Lidocain, Dexamethasone có tác dụng giúp giảm đau tạm thời, giúp giảm đau nhanh trong trường hợp không thủng màng nhĩ.

3. Kháng histamin H1 và chống sung huyết

Thận trọng khi sử dụng kháng histamin H1 và chống sung huyết trong điều trị viêm tai giữa cấp vì nguy cơ làm kéo dài thời gian ứ dịch trong tai giữa.

4. Kháng viêm

Cân nhắc khi sử dụng kháng viêm corticoid vì tác dụng chưa rõ ràng và nguy cơ tác dụng phụ nhiều.

5. Kháng sinh

- Kháng sinh tại chỗ:

Trong trường hợp thủng nhĩ cấp, dùng kháng sinh nhỏ tại chỗ chứa ciprofloxacin, ofloxacin, fosmycin-S.

- Kháng sinh toàn thân:

Tuổi	Chẩn đoán chắc chắn	Chẩn đoán chưa chắc chắn
< 6 tháng tuổi	Kháng sinh	Kháng sinh
6 tháng - 2 tuổi	Kháng sinh	Kháng sinh khi triệu chứng nặng Theo dõi khi triệu chứng nhẹ
> 2 tuổi	Kháng sinh khi triệu chứng nặng Theo dõi khi triệu chứng nhẹ	Theo dõi khi triệu chứng nhẹ

- Chẩn đoán chắc chắn: có đủ 3 tiêu chuẩn (khởi phát cấp tính, tụ dịch tai giữa, viêm cấp tính tai giữa).
- Triệu chứng nặng: đau tai mức độ trung bình đến nặng (trẻ quấy khóc) hoặc sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$.
- Triệu chứng nhẹ: đau tai nhẹ (không khóc) và sốt $< 39^{\circ}\text{C}$.
- Theo dõi: trì hoãn sử dụng kháng sinh trong 48-72 giờ đầu, chỉ thích hợp khi người chăm sóc trẻ bảo đảm chắc chắn khả năng theo dõi kịp thời và có điều kiện dùng kháng sinh ngay khi bệnh kéo dài quá 48 - 72 giờ hoặc bệnh trở nặng hơn ở bất cứ thời điểm nào.
- Lựa chọn kháng sinh:



	Kháng sinh	Liều	Lưu ý/điều chỉnh	Thời gian (ngày)		
				≥ 2 tuổi	< 2 tuổi	
Kết hợp kháng sinh:	Anti-β-lactam	50 - 90 mg/kg/ngày IV/ 2 lần	1-100mg x 2 lần/ngày	10	5-7	
	Anti-β-lactam clavulanate	50 - 90 mg/kg/ngày 2 lần	1000 mg x 2 lần/ngày	10	10	
Kháng sinh thay thế	Ceftriaxone	50mg/kg/ngày IV, IM	2g/liều	3	3	
D) Uống penicillin	Kháng thuốc type 1 (**)	Ceproxit Cefuroxim	30 mg/kg/ngày x 2	500 mg x 2 lần/ ngày	10	5-7
	Thiếc type 1 (**)	Oxacitromycin Azithromycin Clindamycin	15 mg/kg/ngày x 2 10 mg/kg/ngày 1 5 mg/kg x 4 ngày sau	500 mg x 2 500 mg/ngày 1 250 mg x 4 ngày kế tiếp 450 mg x 3	10	5-7

(*): phản ứng dị ứng sớm <1h sau uống/tiêm thuốc, qua trung gian IgE.

(**): phản ứng dị ứng muộn >1h sau uống/tiêm thuốc, không qua trung gian IgE.

IV. PHÒNG NGỪA

- Tránh những yếu tố nguy cơ.
- Chủng ngừa Influenza và phế cầu.
- Rạch nhĩ/đặt ống thông nhĩ (viêm tai giữa cấp tái phát).
- Nạo VA (viêm tai giữa thanh dịch).
- Vệ sinh mũi họng.
- Sàng lọc những bất thường giải phẫu, chức năng miễn dịch (viêm tai giữa tái đi tái lại).

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm của niêm mạc hòm nhĩ và xương chũm kéo dài trên 3 tháng.

Viêm tai giữa mạn tính được chia làm 3 thể bệnh:

- Viêm tai giữa ứ dịch mạn tính*: viêm tai giữa với sự hình thành dịch trong tai giữa kéo dài trên 3 tháng, không có những dấu hiệu và triệu chứng của sự viêm nhiễm cấp tính trong tai giữa và màng nhĩ còn nguyên vẹn.
- Viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ đơn thuần*: màng nhĩ có lỗ thủng, không có những dấu hiệu và triệu chứng của sự viêm nhiễm cấp tính trong tai giữa.
- Viêm tai giữa chảy mủ mạn tính*: màng nhĩ có lỗ thủng, có những đợt chảy mủ tai nhiều lần, kéo dài trên 3 tháng và không đáp ứng với điều trị nội khoa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Tiễn sử:
 - Đã hoặc đang điều trị viêm tai giữa, thời gian điều trị.
 - Hỏi thông tin về những đợt chảy dịch tai: bao lâu chảy tai một lần, lần cuối cách đây bao lâu, tính chất dịch tai (dịch trong, nhầy hay mủ).
 - Trẻ có bất thường sụ mặt như chè vòm, đầu nhỏ, Down, tắc mũi sau...
- Bệnh sử:
 - Các triệu chứng chính: giảm thính lực, ù tai, chảy dịch tai, đau tai.
 - Có hay không các dấu hiệu và triệu chứng của sự viêm nhiễm cấp tính.

b. Khám lâm sàng

Khám tai:

Đèn soi tai

- Tình trạng ống tai ngoài: chảy dịch hoặc bình thường.
- Tình trạng màng nhĩ: lõm hoặc phồng, dày, có thể thấy mức khí dịch hoặc không, có lỗ thủng hoặc dịch mủ trong hòm nhĩ, có mảng vôi hóa trên màng nhĩ hay không?

Nội soi tai:

- Tình trạng chuỗi xương con và niêm mạc hòm nhĩ.

- Đánh giá có cholesteatoma hay không?

c. Cận lâm sàng

- Nhĩ lượng đồ:
 - Trong trường hợp thủng nhĩ: không đo được nhĩ lượng đồ hoặc nhĩ lượng đồ type B với thể tích hòm nhĩ tăng cao bất thường.
 - Không thủng nhĩ: nhĩ lượng đồ type B hoặc C.
- Thính lực đồ: nghe kém dạng dẫn truyền hoặc hỗn hợp.
- CT scan: khi nghi ngờ có viêm tai xương chũm hoặc bệnh nhân nghe kém trên 60 dB. CT scan giúp xác định tình trạng tổn thương xương con và xương chũm. Thông thường viêm tai giữa mạn đơn thuần chỉ có hình ảnh mờ xương chũm, không có tình trạng hủy xương, mờ hòm nhĩ do dịch mủ hay phù nề niêm mạc hòm nhĩ.

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

Viêm tai giữa thanh dịch mạn tính:

- Màng nhĩ đục, không thủng, căng hoặc lõm, kém di động.
- Giảm thính lực kéo dài > 3 tháng.
- Nhĩ lượng đồ type B.

Viêm tai giữa mạn thủng nhĩ đơn thuần:

- Màng nhĩ thủng, hòm nhĩ sạch, không có các đợt chảy dịch tai.
- Giảm thính lực dưới 60 dB.

Viêm tai giữa mạn mủ:

- Màng nhĩ thủng, chảy dịch tai kéo dài.
- Giảm thính lực dưới 60 dB.

b. Chẩn đoán phân biệt

- Dò khe mang số 1.
- Viêm ống tai ngoài.
- Bệnh lý ác tính của vùng tai, xương thái dương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Thoát lưu dịch.
- Thông khí tốt.
- Tiết trừ bệnh nguyên.

2. Điều trị cụ thể

- Nội khoa:
 - Kháng sinh, giảm đau tương tự viêm tai giữa cấp (xem bài viêm tai giữa cấp)
 - Nhỏ tai: chọn lựa thuốc nhỏ tai thích hợp tùy tình trạng màng nhĩ (Fosfomycine, Polydexa, Otifar, Ciplox, Mepoly, Candibiotic...).

- Thủ thuật:
 - Hút dịch mủ.
 - Bơm rửa tai bằng NaCl 0,9%.
- Phẫu thuật:
 - Viêm tai giữa thanh dịch mạn tính: chích rạch màng nhĩ + đặt ống thông nhĩ.
 - Viêm tai giữa mạn thủng nhĩ đơn thuần: vá nhĩ.
 - Viêm tai giữa mạn mủ: thường phải kết hợp phẫu thuật tai giữa và xương chũm kết hợp để giải quyết nguyên nhân của bệnh.

3. Nhập viện

Khi có chỉ định phẫu thuật.

Khi có biến chứng xương chũm hoặc biến chứng nội sọ.

4. Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi tại nhà

- Theo dõi tình trạng thính lực, ù tai giảm hay không thay đổi.
- Vệ sinh tai, nhỏ thuốc tai đúng cách, lau rửa tai khi chảy dịch.
- Theo dõi dấu hiệu nặng.

5. Hẹn tái khám

Mỗi 1 - 2 tuần cho đến khi ổn định.

6. Dấu hiệu nặng cần đi khám ngay

- Sưng đau sau tai.
- Mủ tai hôi bất thường kèm dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân.
- Liệt mặt, chóng mặt bất thường (trẻ lớn có thể mô tả, trẻ nhỏ biểu hiện bằng dấu hiệu mắt thăng bằng, tự té ngã bất thường).
- Nhức đầu kèm nôn ói, rối loạn tri giác.

IV. PHÒNG NGỪA

-
- Tương tự như phòng ngừa viêm tai giữa cấp.
 - Điều trị triệt để khi bị viêm đường hô hấp trên.
 - Giữ tai khô, tránh vô nước khi tắm hoặc bơi lội trong trường hợp có thủng nhĩ.

VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm xương chũm cấp là tình trạng viêm niêm mạc lót các khí bào xương chũm và hủy dần xương chũm. Thường xảy ra ở trẻ 1 đến 4 tuổi, đặc biệt ở lứa tuổi nhỏ hơn 2 tuổi. Đây là biến chứng ngoài sọ thường gặp nhất của bệnh viêm tai giữa cấp không được điều trị đúng mực. Viêm xương chũm cấp phát triển tùy vào: sự phát triển của các khí bào xương chũm, sự đề kháng của bệnh nhân và độc tố của vi trùng.

Về lâm sàng có 2 dạng tùy mức phát triển của bệnh là viêm không tụ mủ (giai đoạn sớm) và tụ mủ ngoài màng xương (giai đoạn trễ).

Vi trùng gây bệnh viêm xương chũm cấp cũng là vi trùng gây bệnh viêm tai giữa cấp: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Group A Beta hemolytic Streptococci*.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Có tiền sử viêm mũi họng, viêm tai giữa cấp khoảng 2 - 4 tuần trước nhưng không điều trị đúng.
- Sốt.
- Đau tai.
- Tai có thể chảy mủ hay không.
- Có thể ù tai hoặc giảm thính lực.
- Mệt mỏi, quấy khóc.

b. Khám lâm sàng

- Màng nhĩ sung huyết hay tụ mủ.
- Màng nhĩ có thể thủng hay không.
- Vùng da sau tai viêm tấy, đỏ (viêm xương chũm cấp không tụ mủ).
- Vùng da sau tai căng phồng, đỏ, ấn pháp phèu có dấu tụ mủ (viêm xương chũm cấp tụ mủ).
- Vành tai vểnh ra trước.
- Rãnh sau tai bị mờ hay mất.
- Ống tai ngoài có thể bị sụp thành sau trên hoặc thành sau ống tai phồng lên làm hẹp ống tai ngoài.

- Liệt mặt ngoại biên có thể xảy ra nếu thần kinh mặt bị ảnh hưởng.

c. Đề nghị cận lâm sàng

- Xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu, CRP.
- CT scan: đặc hiệu cao với hình ảnh mờ khí bào xương chũm, viêm vách tế bào xương, hình ảnh hủy xương, hình ảnh viêm tủy hoặc tụ mủ ở mô mềm, hình ảnh tụ mủ trong tế bào xương chũm, hình ảnh của biến chứng (X quang Schuller chỉ có giá trị tham khảo đối với những cơ sở chưa trang bị CT scan).
- Xét nghiệm tiền phẫu khi có chỉ định phẫu thuật.

2. Chẩn đoán

a. **Chẩn đoán xác định:** sưng đau, mất rãnh sau tai + CT scan mờ xương chũm, (có hoặc không có hủy xương).

b. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt ống tai ngoài, viêm tai ngoài, nhiễm trùng: rò luân nhĩ, rò khe mang số 1, viêm tuyến mang tai, viêm hạch sau tai.
- Chấn thương vành tai, xương chũm.
- Khối u lành tính hoặc ác tính: u hạt ái toan, Histiocytosis, hạch di căn.

c. Biến chứng

- Viêm xương chũm thủng Bezold.
- Viêm đinh xương thái dương.
- Viêm màng não.
- Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên.
- Áp-xe ngoài màng cứng.
- Áp-xe não.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân cần phải nhập viện điều trị.
- Kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Phẫu thuật: rạch màng nhĩ và đặt ống thông nhĩ dẫn lưu mủ hoặc loại bỏ ổ nhiễm trùng: phương pháp Mổ xương chũm (Mastoidectomy).
- Nâng tổng trạng.

2. Điều trị ban đầu

- Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch: cephalosporin thế hệ 3 hoặc theo kháng sinh đồ. Nếu nghi ngờ biến chứng nội sọ, dùng kháng sinh kết hợp (xem bài viêm màng não).
- Nếu đáp ứng kém với kháng sinh ban đầu: điều trị theo kháng sinh đồ, có thể dùng Vancomycin kết hợp Ceftriaxone hoặc Cefepim (cho *Pseudomonas*) hoặc kết hợp Penicillin với ức chế Beta-Lactamase (Ampicillin-Sulbactam, Piperacillin-Tazobactam) hoặc Carbapenem.



- Aztreonam kết hợp vancomycin trong trường hợp dị ứng nặng (sốc phản vệ) với kháng sinh beta-lactam.
- Kháng sinh tĩnh mạch được dùng 7 - 10 ngày. Sau đó tiếp tục dùng kháng sinh uống (nếu cải thiện) cho đủ 4 tuần. Kháng sinh uống gồm clindamycin kết hợp Cephalosporin thế hệ 3 hoặc Amoxicillin kết hợp Clavulanic acid.

Kháng sinh	Mức lượng
Chỉ định: Khi có các biến chứng sau: Sốt cao, đau nhức, đau đầu, đau mặt, đau tai, đau răng, đau họng, đau khớp, đau cơ, đau dây thần kinh, đau mắt đỏ, đau mắt...	
Vancomycin	60 mg/kg/ngày chia 4 lần mỗi 6 giờ (tối đa 4g)
Chỉ trường hợp có tiền sử viêm tai giữa tái phát (lần cuối trong vòng 6 tháng): hoa hồng Kiehl, Sulfacetamide	
Không dị ứng penicillin (2 thuốc):	
Ceftazidime HOAC	150 mg/kg/ngày chia 3 lần cách nhau 8 giờ (tối đa 8g)
Cefepime HOAC	150 mg/kg/ngày chia 3 lần cách nhau 8 giờ (tối đa 4g)
Piperacilline-tazobactam	300 mg/kg/ngày với piperacilline chia 4 lần mỗi 6 giờ; 8 giờ (tối đa 16g với piperacilline)
KẾT HỢP	
Vancomycin	60 mg/kg/ngày 4 lần mỗi 6 giờ (tối đa 4g)
Dị ứng nặng (sốc phản vệ) với beta-lactam (như penicillin, cephalosporin) (2 thuốc):	
Aztreonam	1200mg/hồi cung/mỗi chia 4 lần mỗi 6 giờ (tối đa 3g)
KẾT HỢP	
Vancomycin	60 mg/kg/ngày chia 4 lần mỗi 6 giờ (tối đa 4g)
Dị Ứng Không nặng với beta-lactam (như penicillin, cephalosporin) (2 thuốc):	
Ceftazidime HOAC	150 mg/kg/ngày chia 3 lần cách nhau 8 giờ (tối đa 8g)
Cefepime	150 mg/kg/ngày chia 3 lần cách nhau 8 giờ (tối đa 4g)
KẾT HỢP	
Vancomycin	60 mg/kg/ngày chia 4 lần mỗi 6 giờ (tối đa 4g)

Hạ sốt, giảm đau bằng Paracetamol.

3. Xử lý tiếp theo

a. **Viêm xương chũm cấp không tụ mủ:** sau 48h dùng kháng sinh tĩnh mạch:

- Nếu đáp ứng điều trị tốt qua biểu hiện trên lâm sàng và cận lâm sàng thì tiếp tục dùng kháng sinh đường tĩnh mạch 7 - 10 ngày. Kháng sinh uống cho đủ 4 tuần.
- Kết hợp trích rạch màng nhĩ có hoặc không có đặt ống thông nhĩ.

b. Viêm xương chũm cấp biến chứng liệt thần kinh VII ngoại biên đơn thuần: tương tự như trên viêm xương chũm cấp không tụ mủ.

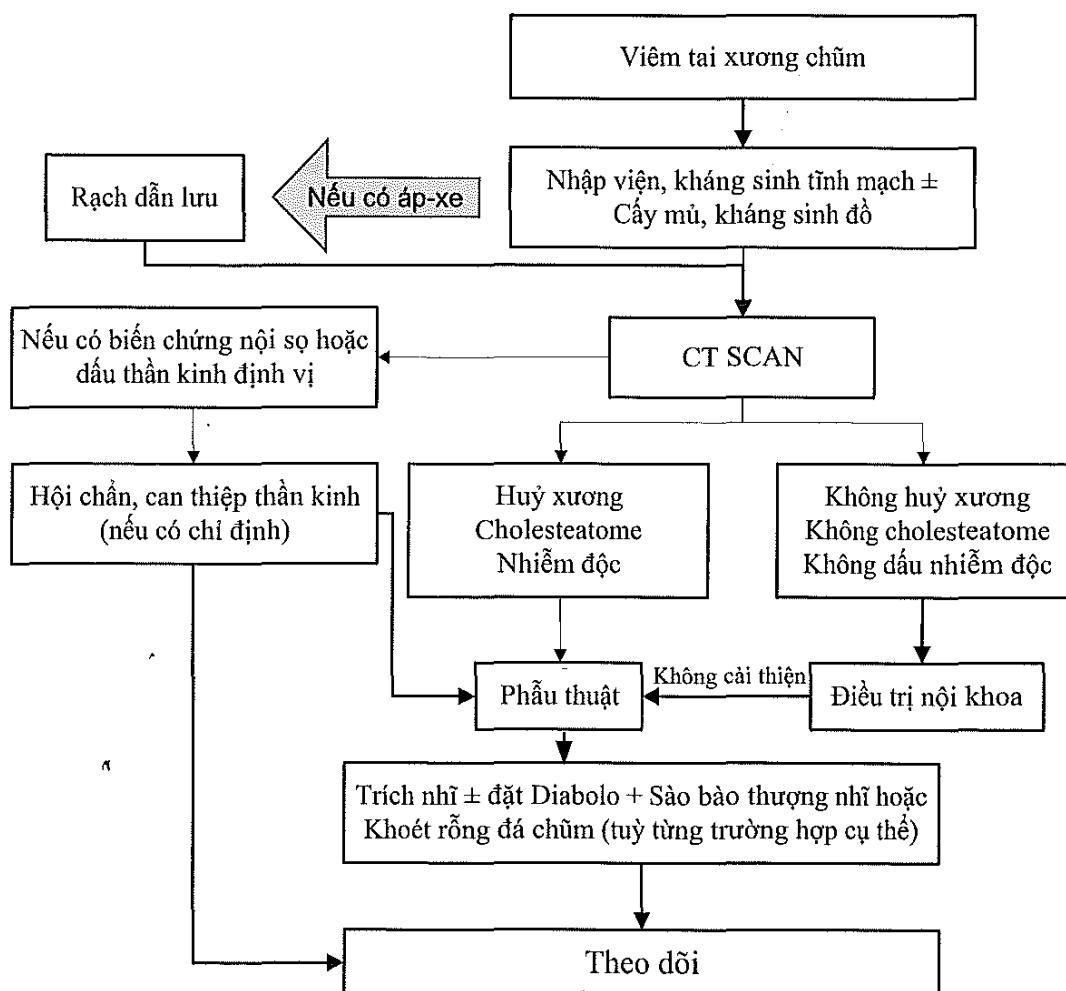
c. Viêm xương chũm cấp có tụ mủ ngoài màng xương:

- Kháng sinh tĩnh mạch + trích nhĩ + Mổ xương chũm.
- Kháng sinh tĩnh mạch Vancomycin kết hợp Ceftriaxone hoặc Penicillin kết hợp ức chế Beta-Lactamase (như Ampicillin-Sulbactam) cho đến khi có kháng sinh đồ.
- Kháng sinh theo kháng sinh đồ đường tĩnh mạch 2 - 3 tuần. Kháng sinh uống tiếp tục cho đủ 6 tuần.

IV. TÁI KHÁM

Tái khám mỗi tuần sau khi xuất viện cho đến khi ổn định (1 tháng).

Lưu đồ chẩn đoán và điều trị VTXC



CHƯƠNG 18: TAI MŨI HỌNG

Vấn đề	Mức độ chứng cứ (CQ)	Mức độ Khuyễn cáo	Tài liệu tham khảo
Kết hợp giữa kết核 (trich nhi), mủ xương chũm trong viêm tai xương chũm biến chứng khác.	IV	Kết hợp (không khuyên cáo)	Ellen R Wald et al. Acute mastoiditis in children: clinical features, management, prevention, upToDate.com, 2020
Kháng sinh kết hợp trich nhi, mủ xương chũm trong viêm tai xương chũm biến chứng khác.	IV	Khuyên cáo	Ellen R Wald et al. Acute mastoiditis in children: clinical features and diagnosis, treatment and prevention, upToDate.com, 2020

BIỂN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI

- Ngày nay với việc sử dụng kháng sinh sinh sớm và hiệu quả khi điều trị viêm tai, viêm xương chũm, biến chứng nội sọ do tai ít gặp, tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. Chẩn đoán và điều trị kịp thời giúp giảm tỷ lệ tử vong đáng kể.
- Các biến chứng thường gặp là viêm màng não, áp-xe não.

ÁP-XE Não

I. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Tiền căn chảy mủ tai.
- Triệu chứng: đau nhức tai, chảy mủ tai thối, sốt, nhức đầu.
- Triệu chứng liên quan đến biến chứng nội sọ: nhức đầu, nôn ói, thay đổi tri giác, co giật.

b. Khám bệnh

- Khám các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.
- Thăm khám tìm các dấu hiệu:
 - Sốt cao liên tục, vẻ mặt nhiễm trùng.
 - Hội chứng tăng áp lực nội sọ: mạch chậm, huyết áp tăng, thay đổi tri giác, nhức đầu, ói mửa.
 - Dấu hiệu của áp-xe đại não: yếu nửa người, liệt VII trung ương, liệt các dây thần kinh sọ, dấu hiệu tháp BABINSKI (+)...
 - Dấu hiệu của áp-xe tiểu não: động mắt, thất điệu vận động, quá đà rối cảm...
- Soi đáy mắt: có thể thấy phù gai thị.

c. Xét nghiệm

- Tổng phân tích tế bào máu.
- Chọc dò tủy sống thường ít thực hiện khi nghi ngờ có áp-xe não vì có khả năng gây tụt não.
- Siêu âm xuyên thóp: đường M di lệch.
- CT scan khi nghi ngờ có khối choán chỗ trong não hay siêu âm xuyên thóp có di lệch đường M.

- Chụp phim tư thế Schuller tìm các tổn thương xương của tai: xương, Cholesteatome (trường hợp không có CT scan).

2. Chẩn đoán xác định

Tiền sử chảy mủ tai, hội chứng hòi viêm, sốt, thay đổi trí giác, hội chứng tăng áp lực nội sọ, dấu hiệu của bó tháp hay ngoại tháp, dấu thản kinh định vị, CT có hình ảnh khối choán chỗ trong não.

3. Chẩn đoán phân biệt

Áp-xe não không do viêm tai xương chũm (loại trừ bằng CT scan cản quang).

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phẫu thuật loại bỏ ổ áp-xe (hút dẫn lưu hoặc mổ lấy trọn).
- Phẫu thuật loại bỏ ổ viêm xương chũm.
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn, chống phù não trước và sau phẫu thuật.

2. Điều trị đặc hiệu

Phối hợp giữa Chuyên khoa Ngoại Thần Kinh, HSTC và Tai Mũi Họng.

a. Phẫu thuật: dựa vào kết quả CT scan và MRI:

- Xác định có áp-xe hay không, kích thước, vị trí, số lượng?
- Tương quan vị trí giữa khối áp-xe và xương thái dương.
- Phẫu thuật dẫn lưu mủ và loại bỏ khối áp-xe (Ngoại Thần kinh).
- Phẫu thuật xương chũm để loại bỏ nhiễm trùng (Tai Mũi Họng).

b. Kháng sinh phò rộng dễ xâm nhập vào dịch não tủy, liều tối đa.

Kháng sinh chọn lựa ban đầu:

- Do chủng phế cầu kháng penicillin gia tăng cần sử dụng Vancomycin từ đầu cho đến khi có kết quả kháng sinh đồ.
- Cân nhắc chọn lựa kháng sinh theo kháng sinh đồ.

c. Chống phù não với Mannitol 20% 1 mg/kg/lần truyền TM nhanh trong 15 - 30 phút và duy trì chống phù não với corticoid (Dexamethason 0,3 mg/kg/2 lần ngày) cho đến khi hết tình trạng tăng áp lực nội sọ.

Corticoid được dùng trong trường hợp thấy ổ áp-xe tăng quang mạnh trên CT scan, bệnh nhân có rối loạn trí giác. Nếu có sử dụng để giảm phù não thì dùng trong thời gian ngắn. Liều tối ưu, thời gian và hiệu quả thực sự của corticoid trong điều trị áp-xe não vẫn chưa được xác định. Tuy nhiên sử dụng corticoid còn đang bàn cãi vì làm chậm tiến trình tạo vỏ bao áp-xe, tăng sự hoại tử, giảm tác dụng của kháng sinh vào ổ áp-xe, tăng thoát vị não thất, ảnh hưởng cản quang trên CT scan.

3. Điều trị hỗ trợ

- Dịch truyền: hạn chế dịch $\frac{3}{4}$ nhu cầu.
Theo dõi và điều chỉnh rối loạn điện giải.

- Đặt sonde dạ dày nuôi ăn theo chế độ giàu dinh dưỡng để bệnh nhân chóng hồi phục (nên hội chẩn khoa dinh dưỡng).

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Sau khi loại bỏ ổ áp-xe bệnh nhân phải được theo dõi sát dấu sinh tồn, tình trạng tri giác mỗi giờ cho đến khi ổn định.
- Tiếp tục điều trị kháng sinh, theo dõi tình trạng vết mổ, dẫn lưu.
- Chụp CT scan, MRI để theo dõi tổn thương não.
- Tái khám định kỳ tại Khoa Tai Mũi Họng và Thần kinh

VIÊM MÀNG NÃO DO TAI

Viêm màng não do tai là một biến chứng thường gặp nhất trong các biến chứng của viêm tai xương chũm.

I. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tiền sử chảy mủ tai và hội chứng màng não.

1. Lâm sàng

Một bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai đột nhiên có:

- Hội chứng hồi viêm: sốt, mạch nhanh, bạch cầu cao kèm theo có chảy mủ tai ủ tai nghe kém.
- Hội chứng màng não: nhức đầu, ói mửa, kích thích, sợ ánh sáng, cứng gáy, Kernig - Budzinski (+).

2. Cận lâm sàng

- Chọc dò dịch não tủy: dịch não tủy đục, đường giảm, đậm tăng, tế bào thay đổi đa số là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Chụp CT: hình ảnh tổn thương xương chũm.

3. Chẩn đoán xác định

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm màng não do tai nếu bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai, đột ngột có triệu chứng hồi viêm, có hội chứng màng não, kết quả dịch não tủy dương tính.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh điều trị viêm màng não.
- Loại bỏ ổ viêm xương chũm.

2. Điều trị đặc hiệu

- Kháng sinh theo phác đồ viêm màng não.
- Bệnh nhân được mổ trong 24 - 72 giờ để giải quyết ổ viêm trong xương chũm.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt giảm đau với Paracetamol 10 - 15 mg/kg/6giờ.

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân được tái khám định kỳ cho đến khi ổn định.

RÒ TRƯỚC TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trước tai là dị tật bẩm sinh do sự kết hợp không hoàn chỉnh của các nụ vành tai, biểu hiện bằng lỗ rò và đường rò trước tai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lý do đến khám

- Lỗ rò trước tai.
- Sưng đau trước tai.
- Tụ mủ vùng trước, trên, sau vành tai.

2. Chẩn đoán

- Có lỗ rò trước tai từ lúc mới sinh (có hoặc không chảy dịch, bã đậu).
- Sưng, đỏ, đau quanh lỗ rò trước tai.
- Tụ mủ gần lỗ dò trước tai (trước nắp bình tai, phía trên hoặc phía sau vành tai).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt trước tai: không có lỗ rò từ trước.
- Hạch trước tai áp-xe hóa.
- Dò khe mang số 1.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Lỗ rò trước tai không triệu chứng: không cần can thiệp điều trị.

2. Dò trước tai nhiễm trùng, abcess

- Kháng sinh Amoxicillin 75 mg/kg/ngày (uống) hoặc Amoxicillin + Clavulanate hoặc Oxacillin.
- Nếu dị ứng dùng nhóm Macrolides. Uống từ 5 ngày đến 7 ngày.
- Giảm đau: Paracetamol 10 mg/kg/6h uống.
- Tháo mủ dẫn lưu.

3. Chỉ định phẫu thuật

- Dò trước tai có rỉ dịch hay đã từng viêm, tụ mủ.
- Phẫu thuật chủ động.
- Nguyên tắc: lấy trọn đường rò tránh tái phát.

4. Xử trí tiếp theo

- Tiếp tục kháng sinh uống sau khi mổ lấy rò tới ngày cắt chỉ.
- Thay băng vết mổ cắt chỉ sau 7 ngày.

5. Theo dõi tái khám

- Bệnh nhân tái khám mỗi tuần cho đến khi ổn định.
- Rò trước tai tái phát: nhiễm trùng tái diễn sau mổ rò trước tai → phẫu thuật lại.

CHẨN ĐOÁN NGHE KÉM VÀ CẤY ỐC TAI

I. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP NGHE KÉM Ở TRẺ EM

1. Đối tượng

Bệnh nhân trên 12 tháng tuổi:

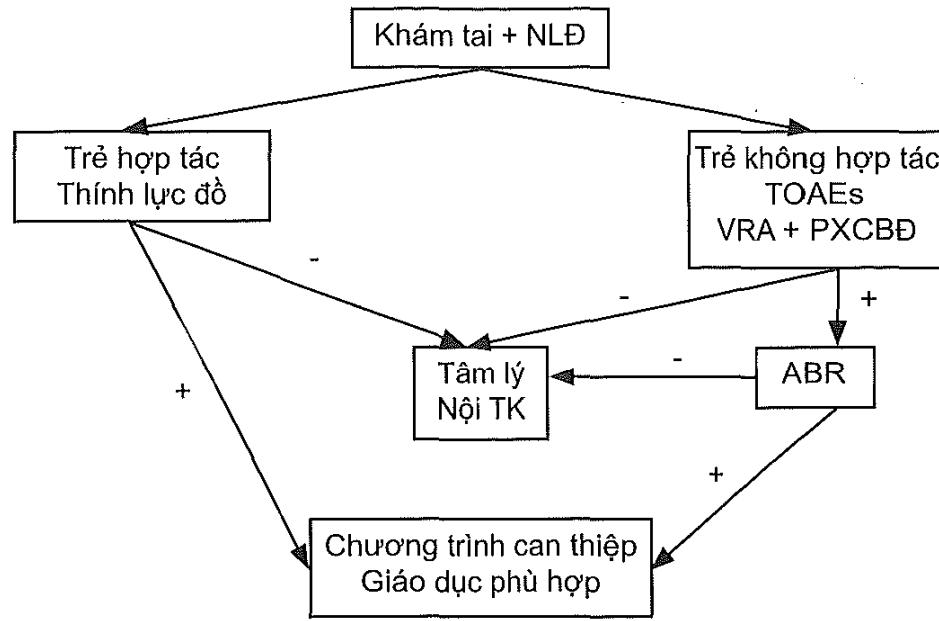
- Cha mẹ ghi nhận chậm nghe, nói hay chậm phát triển tâm thần.
- Viêm màng não hay các bệnh lý nhiễm trùng khác gây điếc tiếp nhận.
- Chấn thương đầu có kèm dập nhu mô não hay vỡ sọ.
- Ngộ độc thuốc (Aminoglycosid, phối hợp các thuốc lợi tiểu, hóa trị liệu).
- Chảy mủ tai giữa từ 3 tháng trở lên.
- U dây thần kinh hay thiểu sản dây thần kinh VIII.
- Các dị tật ảnh hưởng đến chức năng vòi Eustache.

2. Quy trình chẩn đoán

- Bệnh nhân được khám tai bởi Bác sĩ lâm sàng để loại trừ các bệnh lý tai ngoài.
- Đo nhĩ lượng đồ loại trừ bệnh lý tai giữa.
- Nhóm trẻ hợp tác: đo thính lực đồ:
 - Thính lực đồ bình thường: chuyển khám tâm lý hay nội thần kinh.
 - Thính lực đồ giảm: có chương trình can thiệp phù hợp theo thính lực.
- Nhóm trẻ không hợp tác: đo phản xạ âm ốc tai (TOAEs), phản xạ cơ bàn đạp và phản ứng âm thanh.
 - Thính lực bình thường: chuyển khám tâm lý hay nội thần kinh.
 - Thính lực giảm: chuyển đo điện thính giác thân não (ABR) lượng giá ngưỡng nghe để có chương trình can thiệp phù hợp.

3. Quy trình can thiệp

- Phẫu thuật nếu có chỉ định.
- Mang máy trợ thính theo ngưỡng nghe.
- Máy trợ thính không hiệu quả sau 3 tháng, tư vấn cấy ốc tai.
- Sau khi can thiệp bệnh nhân có ngưỡng nghe giao tiếp, bệnh nhân được chuyển khoa VLTL-PHCN để huấn luyện ngôn ngữ.
- Tái khám mỗi 3 tháng để kiểm tra thiết bị trợ thính và đánh giá ngưỡng nghe với máy trợ thính.



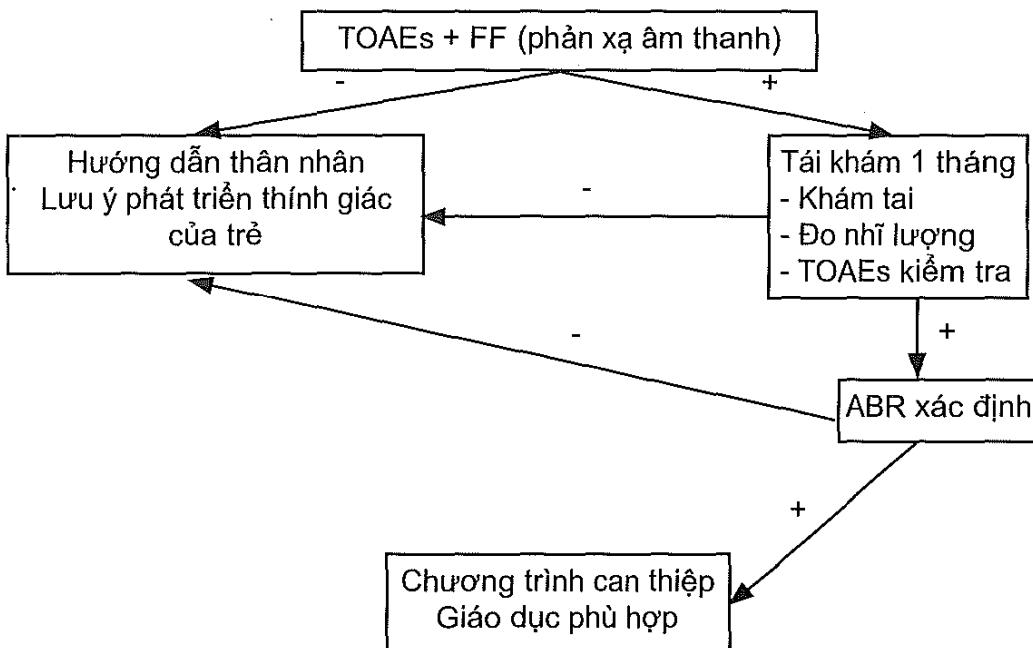
II. QUY TRÌNH TÂM SOÁT THÍNH LỰC TRẺ SƠ SINH

1. Đối tượng

Bệnh nhân sơ sinh có nguy cơ khiếm thính:

- Tiền căn gia đình (điếc di truyền).
- Nhiễm trùng bào thai.
- Bất thường sọ mặt và tai.
- Nhẹ cân (dưới 1.500 g).
- Tăng Bilirubin/máu → lọc máu.
- Ngộ độc thuốc (Amino, lợi tiểu...).
- Viêm màng não.
- Chỉ số Apgar thấp (0-4/1', 0-6/5').
- Thở máy từ 5 ngày trở lên.
- Các hội chứng liên quan nghe kém: Down, Apert, Alport, Turner...

2. Quy trình chẩn đoán



- Đo âm ốc tai (TOAEs) và phản xạ âm thanh:
 - Đáp ứng tốt: hướng dẫn thân nhân bệnh nhi lưu ý phát triển thính giác của trẻ trong mỗi giai đoạn phát triển.
 - Không đáp ứng hay nghi ngờ: tái khám 1 tháng sau, kiểm tra tai ngoài loại trừ các bệnh lý tai ngoài và dịch ối còn đọng trong ống tai. Đo nhĩ lượng loại trừ bệnh lý tai giữa. Phản xạ cơ bàn đạp, TOAEs. Nếu vẫn không đáp ứng, đo tiếp điện thính giác não (ABR) để lượng giá ngưỡng nghe. Trong trường hợp vẫn nghi ngờ, có thể hẹn kiểm tra lại sau 3 tháng (tối đa 12 tháng phải ước lượng được ngưỡng nghe bình thường hay có nghe kém) để có chương trình can thiệp phù hợp.

III. CẤY ỐC TAI ĐIỆN TỬ

1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- **Chỉ định:**
 - Tuổi từ 12 tháng trở lên.
 - Độ sâu thâm kinh trên 90 dB (unaided PTA \geq 90 dB).
 - Đeo máy không hiệu quả (test thính lực lời đơn âm \leq 20 - 30%) ít nhất 3 - 6 tháng.
 - Không có bằng chứng về bệnh lý tổn thương trung tâm thính giác ở não hoặc không có dây thần kinh số VIII.
 - Không có chống chỉ định chung về phẫu thuật.
 - Có sự hỗ trợ, mong muốn, động lực từ phía gia đình.
 - Có sự hỗ trợ của đội ngũ phục hồi chức năng về ngôn ngữ, lời nói, nghe cho trẻ.

● **Chóng chỉ định:**

- Các bệnh lý về rối loạn đông máu.
- Điếc không hoàn toàn.
- Bệnh lý viêm tai giữa đang tiến triển.
- Bệnh lý chật phát triển tâm thần vận động, bệnh lý não, bệnh lý không có dây thần kinh số VIII.
- Bệnh lý gây cốt hóa ốc tai.
- CT scan không có ốc tai.
- Không có động lực, hỗ trợ của gia đình.

2. Chuẩn bị bệnh nhân

● **Lâm sàng:**

- Khám tổng quát.
- Khám thính lực: đo TOAEs, Free field (FF), ABR, thính lực đồ, nhĩ lượng đồ.
- Đánh giá hiệu quả của việc đeo máy trợ thính.
- Khám tâm lý và nội thần kinh.
- Hỏi bệnh sử tìm nguyên nhân gây điếc.

● **Các xét nghiệm:**

- Xét nghiệm tiền phẫu thường quy.
- Xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán: CT scan, MRI.

● **Kiểm tra:**

- Tiền sử.
- Khám gây mê.

● **Chuẩn bị tiền phẫu:**

- Nhập viện trước phẫu thuật 1 ngày, dặn nhịn ăn, làm vệ sinh, cạo tóc.
- Giải thích trấn an bệnh nhân.
- Chuẩn bị dụng cụ cho phẫu thuật.

3. Thực hiện phẫu thuật

Các bước thực hiện chính:

- Khoét rỗng đá chũm (simple mastoidectomy).
- Mở ngách mặt (posterior tympanostomy).
- Mở ốc tai (cochleostomy).
- Đặt dải điện cực.
- Tạo giường để đặt bộ phận tiếp nhận trong (receiver).
- Test chức năng bộ cảm (telemetry).
- Đóng vết mổ.

4. Sau phẫu thuật

- Chăm sóc hậu phẫu vết mổ.
- Xuất viện sau khi vết mổ lành hoàn toàn.
- Lắp đặt thiết bị, cho bệnh nhân ngồi và mở máy sau 1 tuần.
- Cân chỉnh máy sau mỗi tháng trong 3 tháng.
- Chuyển bệnh nhân sang VLTL-PHCN huấn luyện ngôn ngữ.

NANG VÙNG CỔ MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang vùng cổ mặt là bệnh thường gặp ở trẻ em. Có loại nang bã đậu, có loại nang liên hệ với các đường dò vùng đầu mặt cổ. Dụ hậu bệnh nhẹ. Có loại nang chưa nhiễm trùng và loại nang nhiễm trùng. Nang liên hệ với dò thường xuất hiện ở vùng bên và vùng giữa mặt. Vùng giữa mặt thường gặp là vùng chân mũi, vùng trước cổ. Vùng bên là vùng trước tai và cạnh cổ. Nang bã đậu xuất hiện ở mọi nơi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Khối u có tự bao giờ?
- Phát triển nhanh hay chậm?
- Có cơn bộc phát cấp hay không?
- Hiện tại bây giờ nang phát triển ra sao?

b. Khám lâm sàng

- Khối u mềm, di động theo lực nắn, không đau (loại không nhiễm trùng).
- Khối u chắc, nóng, đỏ, đau (loại nhiễm trùng).

c. Đề nghị xét nghiệm

- Chọc dò xác định nếu cần.
- Xét nghiệm tiền phẫu.

2. Chẩn đoán xác định

- U mềm, bờ rõ, di động theo lực nắn.
- Chích: có nước nhèn (nếu cần).
- Sinh thiết, phẫu thiết (nếu cần).

3. Chẩn đoán có thể

U chắc, di động theo lực nắn.

4. Chẩn đoán phân biệt

- U xơ: u cứng hơn, bờ không rõ.
- U máu: màu đỏ hoặc xanh. Bờ không rõ.
- U ác: dính sát ở dưới, dính vào da (hình ảnh da cam).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nang nhiễm trùng: kháng sinh.
- Nang không nhiễm trùng: phẫu thuật (xét nghiệm tiền phẫu).

2. Xử trí ban đầu

- Nang nhiễm trùng: kháng sinh: Amoxycillin, Cephalosporin. Sau khi ổn định một thời gian, xét nghiệm tiền phẫu.
- Nang không nhiễm trùng: không kháng sinh, không giảm đau. Xét nghiệm tiền phẫu để phẫu thuật.

3. Xử trí tiếp theo

Điều trị phẫu thuật:

- Cắt bỏ nang bã đậu: rạch da, bóc tách lấy trọn nang.
- Cắt bỏ nang liên hệ với đường dò đầu mặt cổ: rạch da, bóc tách nang, tìm đường dò, bóc tách cắt bỏ dò.

4. Điều trị biến chứng

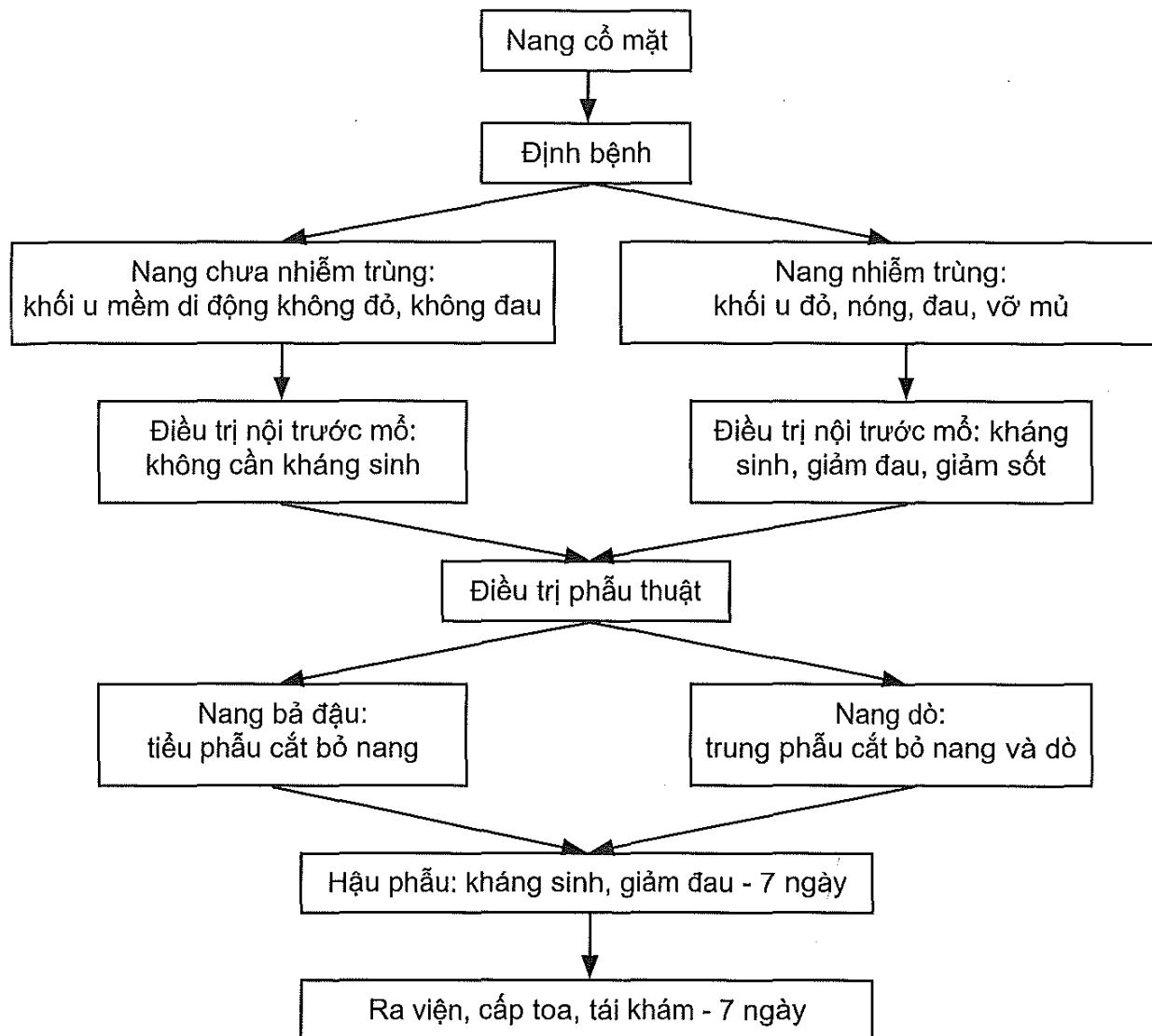
Dò hay nang tái phát: mổ lại.

5. Điều trị hậu phẫu

Nang không nhiễm trùng: dùng kháng sinh Amoxycillin trong 7 ngày; giảm đau bằng Acetaminophen. Thay băng mỗi ngày, rút dẫn lưu 24 giờ sau, cắt chỉ 7 ngày sau mổ.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi nhiễm trùng sau mổ.
- Ra viện từ 3 giờ sau mổ. Thay băng mỗi ngày. Cắt chỉ ngày 7.
- Cấp toa: tiếp tục kháng sinh nếu chưa đủ thời gian.



DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật đường ăn là những vật (vô cơ hay hữu cơ) được nuốt vào nhưng bị vướng lại ở họng, hạ họng, miệng thực quản hoặc trong lồng thực quản làm bệnh nhân khó nuốt hoặc không nuốt được vì đau hay dị vật gây tắc nghẽn thực quản.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Hỏi bệnh sử: thời gian nuốt dị vật? Loại dị vật? Tính chất dị vật?
- Hỏi triệu chứng:
 - Không nuốt, không bú được?
 - Nhợn ói, chảy nước miếng?
 - Nuốt đau?
 - Có khó thở, ho?
 - Có sốt, suy kiệt, gầy yếu dần?
 - Có sưng hay niềng cổ?
 - Nhợn ói ra máu.

b. Khám lâm sàng

- Khám họng, hạ họng: với đèn đầu, gương soi thanh quản, nội soi với ống soi mềm.
- Khám tìm dấu biến chứng: dấu lọc cọc thanh quản? Dấu nhiễm trùng? Dấu sưng nề một bên hoặc hai bên cổ? Dấu niềng cổ? Dấu đau nhói khi ăn máng cảnh hay móm úc?

c. Đề nghị xét nghiệm

- Thường quy:
 - X quang cổ thẳng và nghiêng: đánh giá sơ bộ vị trí, kích thước dị vật.
 - Khi X quang cổ không thấy dị vật:
Bệnh nhân có triệu chứng rõ ràng hay nghi ngờ dị vật nguy hiểm (rộng > 2 cm, dài > 5 cm, sắc nhọn, cục pin, nam châm) cần chỉ định CT scan cổ ngực ba bình diện.
 - MRI dùng khi cần đánh giá dị vật không cản quang và chống chỉ định với dị vật kim loại.

- Xét nghiệm tiền phẫu: tổng phân tích tế bào máu, TS, TC, Tổng phân tích nước tiểu, Chức năng đông máu toàn bộ.
- Khi có biến chứng: cần chỉ định thêm CT scan cổ ngực, Sàng lọc kháng thể bất thường, nhóm máu, CRP, Chức năng gan thận.
- Siêu âm có thể đánh giá được vị trí, đặc điểm của dị vật trong thực quản, dạ dày. Thận trọng siêu âm đối với những ổ áp-xe lớn vì có nguy cơ làm bục ổ mủ trong họng khiến mủ tràn vào đường thở.

2. Chẩn đoán xác định

Khi có:

- Tiền sử nuốt dị vật (+), triệu chứng (+), khám họng hạ họng (+), nội soi với ống soi mềm (+) biến chứng (+).
- Trên phim X quang sẽ thấy dị vật (nếu dị vật cản quang) hoặc trên phim cổ nghiêng thấy những hình ảnh bất thường như: cột sống cổ mất độ cong sinh lý, khoảng Henke trước cột sống cổ dày hơn 1 - 1,5 cm, có bóng hơi hay mức dịch.
- CT scan có hình ảnh tụ dịch, tràn khí trong trung thất, có dị vật.

3. Chẩn đoán có thể

Khi chỉ nuốt đau hoặc vướng, chảy nước miếng, tiền sử nghi ngờ nuốt dị vật.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm amidan quá phát cấp.
- Viêm thanh thiệt cấp.
- Khối u hoặc nang ở vùng họng, hạ họng.
- Hẹp thực quản.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Soi kiểm tra và gấp dị vật.
- Dẫn lưu mủ (nếu có) qua nội soi hay phẫu thuật.
- Điều trị tổng quát: chống nhiễm trùng, nâng tổng trạng.

2. Xử lý ban đầu

a. Xử trí cấp cứu

Trước thời điểm soi kiểm tra nên chụp lại X quang để xác định lại vị trí dị vật.

Chỉ định soi cấp cứu khi có bất kỳ dấu hiệu sau đây:

- Dị vật sắc nhọn, dài > 5 cm, hóa chất siêu thấm (superabsorbent polymer) như đá khô, hạt hút ẩm...
- Vật có từ tính (nam châm).
- Pin điện tử: sẽ làm mòn và hoại tử dàn tổ chức mô trong vòng 4 giờ và làm thủng thực quản trong vòng 6 giờ.
- Khó thở.



- Tắc nghẽn gần toàn bộ thực quản.

Đối với những dị vật không sắc nhọn và có các tính chất nguy hiểm như trên, bị kẹt ở thực quản và không gây ra triệu chứng có thể theo dõi 12 - 24 giờ dị vật có thể từ từ xuống dạ dày và theo phân ra ngoài trong 1 - 2 tuần.

Sau 24 giờ mà dị vật vẫn còn trong thực quản hay không rõ thời gian dị vật kẹt trong thực quản, chỉ định soi thực quản lấy dị vật vì sau thời gian này biến chứng thủng, rò, hẹp, chảy máu thực quản sẽ xảy ra.

- Soi kiểm tra, soi gấp dị vật được chỉ định khi chẩn đoán có thể (bệnh sử và thăm khám nghi ngờ) hay chẩn đoán xác định.
- Dị vật ở họng, hạ họng: có thể gấp bằng kẹp với ánh sáng của đèn đầu hoặc qua nội soi với ống soi mềm. Có thể phải gây mê, soi họng, hạ họng với đèn đặt nội khí quản lưỡi thẳng (đèn Mac Intosh) và gấp dị vật.
- Dị vật ở thực quản: cần gây mê nội khí quản, gấp dị vật bằng kèm thích hợp:
 - Nội soi gấp dị vật ống cứng: thường dùng gấp dị vật sắc nhọn nằm trong thực quản, dùng ống cứng che cạnh sắc che cạnh sắc của dị vật.
 - Nội soi ống mềm: được sử dụng hầu hết trong các trường hợp, kiểm tra và gấp dị vật từ thực quản, dạ dày và ruột, dùng protector hood để che dị vật sắc nhọn khi lấy.
 - Sử dụng nội soi mềm quan sát và gấp dị vật đối với những dị vật tròn, trơn láng, to khó gấp (viên bi, hạt nhãn). Trong trường hợp không có nội soi mềm, có thể dùng sonde Foley luồn qua dị vật rồi bơm nước vào sonde làm căng bóng chèn và kéo dị vật ra. Nếu thất bại thì có thể đẩy dị vật xuống dạ dày và hội chẩn với khoa Tiêu hóa để theo dõi và có hướng điều trị tiếp tục.
 - Đối với những dị vật có ngạnh như hạt Sapoche: phải bẻ ngạnh móc hoặc lấy ống soi che ngạnh rồi gấp ra.
 - Đối với những dị vật không lấy ra được bằng đường nội soi: phải mở thực quản qua đường phẫu thuật cạnh cổ để lấy dị vật ra.
 - Sau khi đã lấy dị vật ra, phải soi kiểm tra lại xem còn sót dị vật không và đánh giá tổn thương thực quản.

b. Dẫn lưu mù

- Qua nội soi: tổn thương thường ở hạ họng, miệng thực quản: gây mê nội khí quản, soi hạ họng bằng đèn Mac Intosh, banh rộng miệng ỗ áp-xe, ấn quanh cổ cho mủ trào ra. Lấy dịch soi trực tiếp tìm vi trùng, cấy, làm kháng sinh đồ. Soi kiểm tra mỗi 48 giờ đến khi bệnh ổn.
- Qua phẫu thuật mở cạnh cổ: mở cạnh cổ, bóc tách tìm ỗ mủ, mở rộng ỗ mủ bằng ngón tay găng, rửa bằng nước muối sinh lý, Oxy già, dung dịch Povidine 10%, đặt bắc tẩm povidine + pommade Tetracycline, rửa vết thương ngày 2 lần.
- Nếu áp-xe trung thất: phẫu thuật cảnh cổ mở rộng xuống dưới, thám sát trung thất bằng ngón tay găng tìm ỗ áp-xe, tìm dị vật hoặc nội soi trung thất để tìm dị vật (nếu trên hình ảnh CT scan nghi ngờ có dị vật). Để hở vết mổ, bơm rửa như trên. Cần thận trọng trong quá trình bơm rửa vì có thể làm vỡ các mạch máu lớn.

3. Xử lý tiếp theo

Theo dõi sát sự lành thương của vùng trung thất, thực quản, hạ họng.

a. Chống nhiễm trùng

- Chỉ định dùng kháng sinh:

- Khi có tổn thương họng, hạ họng, thực quản.
- Khi có biến chứng do dị vật gây ra.

- Tình huống thông thường:

Chỉ tổn thương niêm mạc: dùng kháng sinh đường uống: Amoxicilline/acid clavulanic, Oxacilline, Metronidazol.

- Tình huống có biến chứng:

- Khi không có kháng sinh đồ: dùng kháng sinh với liều tối đa + kết hợp kháng sinh. Oxacilline/TM, Vancomycine/truyền TM, Metronidazol/truyền TM, Cephalosporine thế hệ 3.
- Khi có kháng sinh đồ: điều trị theo kháng sinh đồ.
- Nếu lâm sàng không đáp ứng hoặc diễn tiến nặng hơn thì cần cân nhắc sử dụng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 4, Carbapenem, họ Lincosamid, họ Polymicine.
- Nếu vẫn không đáp ứng: kiểm tra lại tất cả các vấn đề như hố mổ, dẫn lưu, việc thay băng, chế độ dinh dưỡng, làm lại kháng sinh đồ, hội chẩn lại.

b. Chế độ dinh dưỡng

- Chỉ định đặt tube Levine:

- Khi có tổn thương họng, hạ họng, thực quản.
- Khi có biến chứng do dị vật gây ra.

- Chỉ định mở dạ dày ra da: khi có áp-xe trung thất, tổn thương hạ họng, thực quản rộng.

- Hội chấn khoa dinh dưỡng để có chế độ ăn thích hợp.

c. **Nếu vỡ mạch máu lớn:** ấn chặt ngay chỗ chảy máu, hồi sức, phẫu thuật tìm thắt mạch máu vỡ. Hội chấn với Ngoại Mạch Máu để được hỗ trợ khi cần.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trường hợp nhẹ không tổn thương thực thể: xuất viện sau khi lấy dị vật trong vòng 24 giờ.
- Trường hợp có đặt tube Levine nhưng không có biến chứng: xuất viện sau 5-7 ngày (sau khi đã nội soi hoặc X quang kiểm tra), tái khám sau 1 tuần.
- Trường hợp có biến chứng:
 - Theo dõi sát sinh hiệu, dấu nhiễm trùng, tình trạng vết mổ.
 - Xuất viện sau 3 - 4 tuần (sau khi đã nội soi hoặc X quang kiểm tra).
 - Tái khám mỗi tuần sau xuất viện cho đến khi bệnh ổn định. Nếu có đường rò thực quản cổ hay đường rò hạ họng cổ thì sẽ có chỉ định phẫu thuật đóng đường rò khi thích hợp.



BỎNG THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng thực quản là tổn thương thực quản thường do hóa chất ăn mòn (chất kiềm như nước tro tàu, chất ăn da trong công nghệ làm xà bông, chất acid như acid sulfuric dùng làm bình ác quy, giấm hóa học đậm đặc (acid acetic) hoặc nước Javel...) do bệnh nhân uống nhầm hoặc cố ý.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Bệnh sử

- Có uống hóa chất trước đó (thời gian, lượng hóa chất, loại hóa chất, sơ cứu ban đầu).
- Có thể biết rõ loại hóa chất hoặc không rõ.
- Đánh giá hóa chất.
- Đánh giá tác hại của hóa chất.

b. Khám

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, HA, tìm dấu hiệu suy hô hấp.
- Dấu hiệu ngộ độc (hôn mê, tình trạng đồng tử, thở nhanh, co giật...)
- Khám họng: phát hiện tổn thương họng miệng (đỏ, phù nề, loét, giả mạc).

c. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- X quang thực quản có cản quang để tìm sẹo hẹp (thường thực hiện sau tuần lễ thứ 3 hoặc có nuốt nghẹn + khó nuốt).

d. Soi thực quản

- Soi trong vòng 12 - 48h khi:
 - Tổng trạng ổn định, không sốt.
 - Tổn thương họng miệng nhẹ (niêm mạc đỏ, phù nề).
 - Bệnh nhân uống loại hóa chất ít ăn mòn, nồng độ loãng.
- Soi sau 1 tuần đến 10 ngày khi:
 - Hóa chất đậm đặc, tính ăn mòn cao.
 - Tổn thương họng miệng nặng (có giả mạc, loét).
 - Tổng trạng shock, dọa shock, suy hô hấp.

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Có tiền sử uống hóa chất.
- Soi thực quản:
 - Độ 1: không viêm loét thực quản, phù nề, sung huyết nhẹ niêm mạc thực quản.
 - Độ 2: xuất tiết, phù nề, loét niêm mạc, có thể ăn xuống lớp cơ, lộ cơ.
 - Độ 3: mô tím, đen, loét sâu, tổn thương có thể ra cạnh thực quản, thủng thực quản.
- X quang thực quản cản quang tìm chỗ hẹp.

b. Chẩn đoán phân biệt: viêm loét miệng: không có tiền sử uống hóa chất.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Làm lành niêm mạc thực quản.
- Phòng ngừa và điều trị sẹo hẹp.
- Dinh dưỡng.

2. Xử trí ban đầu

NÊN:

- Cấp cứu hồi sức hô hấp tuần hoàn (theo thứ tự A-B-C).
- Hỏi bệnh, xác định chất ăn mòn uống vào.
- Trước thời gian bệnh nhân nhịn đói để soi thực quản, cho bệnh nhân uống nước đun sôi để nguội hay sữa để trung hòa 1 phần chất gây bỏng.
- Nếu đánh giá có tổn thương thanh khí quản kèm theo thì nên soi thanh khí quản kiểm tra.
- X quang ngực nếu nghi ngờ thủng thực quản trên lâm sàng.
- Nếu bệnh nhân nuốt viên pin phải gây mê lấy ra lập tức. Theo dõi ngộ độc và thủng thực quản.
- Bỏng thực quản có rối loạn tri giác, shock, rối loạn toan kiềm hay thủng thực quản hoặc dạ dày thì hội chẩn với khoa hồi sức và ngoại khoa để can thiệp.

KHÔNG NÊN:

- Trung hòa acid bằng bazơ hay bazơ bằng acid.
- Rửa dạ dày, dung than hoạt, gây nôn cho bé.

NỘI SOI: lưu đồ nội soi

Trước 12h tính từ khi uống chất gây bỏng thì không nên soi thực quản.

Soi thực quản thực hiện sau 12 - 48h sau khi uống chất gây bỏng.

Không soi thực quản từ ngày 5 - ngày 15 sau khi uống hóa chất.

- Chia độ trên nội soi thực quản:

- Độ 1: không viêm loét thực quản, phù nề, sung huyết nhẹ niêm mạc thực quản.
- Độ 2: xuất tiết, phù nề, loét niêm mạc, chưa bỏng xuống lớp cơ, lộ cơ.



- Độ 3: mô tím, đen, loét sâu, tổn thương lộ cơ, có thể ra cạnh thực quản, thủng thực quản.

3. Điều trị bỗng thực quản

- Độ 1: nhập viện theo dõi sinh hiệu 24 - 48 giờ, băng niêm mạc thực quản và trung hòa chất gây bỗng bằng kháng acid, sau hai ngày sinh hiệu ổn cho xuất viện, hẹn 3 tuần sau chụp phim thực quản cản quang kiểm tra.
- Độ 2: nội soi thực quản, đặt ống sonde mũi dạ dày số lớn nhất có thể đặt được (nếu không có ống lớn thì đặt 2 ống nhỏ). Có thể cho bệnh nhân ăn qua sonde và ăn qua đường miệng đồng thời.
 - Corticosteroid càng sớm càng tốt (nếu nghi ngờ hoặc có bằng chứng thủng dạ dày, thủng thực quản thì không nên dùng corticosteroid).

Dexamethason 1 mg/kg chích tĩnh mạch chậm (liều duy nhất) sau đó dùng Prednison 1 mg/kg/ngày uống hoặc có thể sử dụng Prednison ngay từ đầu, dùng kéo dài 2 tuần.

- Kháng sinh: chọn lựa
 - + Ampicillin 100 mg/kg/ngày chích TM.
 - + Clindamycin 15 mg/kg/ngày chích TM trong trường hợp dị ứng Ampicillin.
 - + Cefotaxim 50 - 100 mg/kg/ngày TM
- Chống trào ngược acid dạ dày: Kháng H₂, ức chế bơm proton H⁺, kháng acid.
- Bệnh nhân ổn định sinh hiệu sau 5 ngày cho xuất viện, khám dinh dưỡng cho chế độ ăn qua sonde tại nhà, hẹn 3 tuần sau tái khám chụp phim thực quản cản quang kiểm tra.

Ống sonde dạ dày sẽ lấy ra sau 3 tuần nếu không có dấu hiệu hép.

Sau một tuần tái khám nếu có hiện tượng nuốt nghẹn chụp cản quang kiểm tra nếu bị hép sẽ tiến hành nong thực quản.

- Độ 3: sau khi soi và đặt sonde dạ dày, nhờ sự can thiệp của khoa hồi sức.
 - Chống chỉ định dùng Costicosteroid.
 - Dùng kháng sinh (như trên), băng niêm mạc thực quản, chống trào ngược dạ dày thực quản.
 - Sonde dạ dày sẽ được lưu cho đến khi sẹo bỗng ngừng co rút.
 - Đánh giá dựa trên nội soi hoặc chụp thực quản cản quang mỗi 3 tuần: rút sonde nếu không hép.
 - Sau khi bỏ sonde nếu có hiện tượng nuốt nghẹn sẽ soi nong thực quản.

QUY TRÌNH NONG THỰC QUẢN:

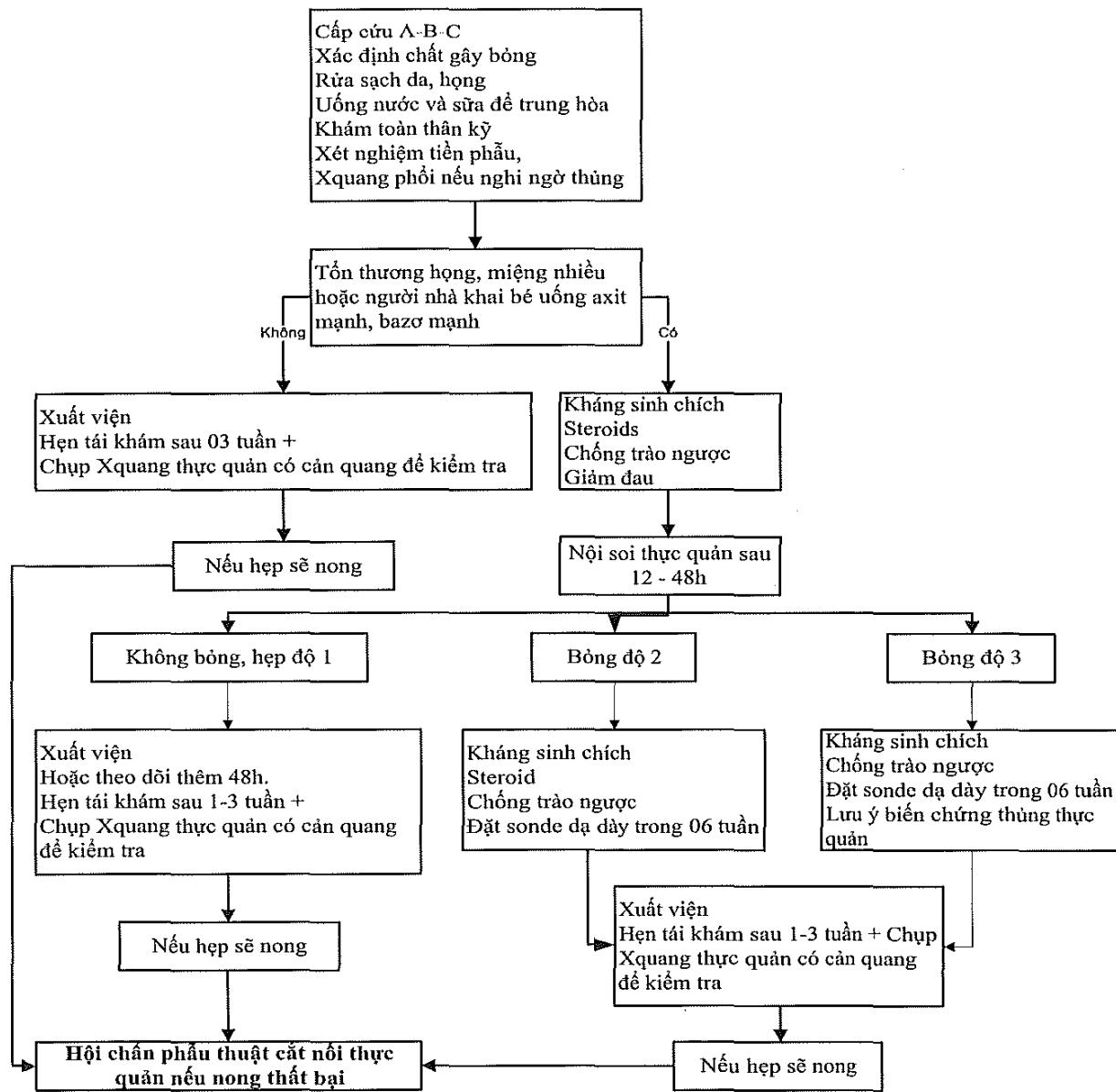
Khi có bằng chứng hép thực quản:

- Trong 2 tuần đầu: ít nhất 1 lần/tuần.
- Từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 4: 1 lần/tuần.
- Từ tháng thứ 2 - tháng thứ 6: 2 tuần/lần.
- Sau 6 tháng đến 1 năm: mỗi tháng 1 lần hoặc khi có dấu hiệu nuốt nghẹn.
- Hội chẩn ngoại khoa khi nong thực quản thất bại.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi tăng trọng, khả năng nuốt, khả năng ăn đặc.
- Một năm đầu: tái khám 1 tháng 1 lần.
- Năm thứ 2: tái khám 2 tháng/lần
- Từ năm thứ 3: 6 tháng/lần.

LƯU ĐỒ BỐNG THỰC QUẢN



18
TẠI MŨI HỒNG

CHƯƠNG 18: TAI MŨI HỌNG