

**SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**  
**BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT**



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ**  
**KHOA TAI – MŨI – HỌNG**

**NĂM 2024**

## MỤC LỤC

1. ..MỤC LỤC .....	2
2. ..VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH .....	3
3. ..VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH.....	6
4. ..VIÊM TAI GIỮA CẤP .....	9
5. ..NHỌT ỐNG TAI NGOÀI.....	10
6. ..VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH .....	11
7. ..DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ.....	14
8. ..VIÊM HỌNG CẤP TÍNH.....	18
9. ..VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH.....	21
10..BỆNH APXE QUANH AMIDAN .....	26
11..VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH .....	29

## **VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm mũi xoang được hiểu theo nghĩa rộng là viêm mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra một nhóm các rối loạn.

Phân loại viêm mũi xoang theo thời gian bị viêm gồm có: cấp tính (từ 4 tuần trở lại), bán cấp tính (4-12 tuần) và mạn tính (trên 12 tuần).

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Viêm mũi xoang do các nhóm nguyên nhân chính như sau:

#### **2.1. 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. Các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm Streptococcus Pneumonia, Haemophilus Influenza, và Moraxella Catarrhalis.

#### **2.2. 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 mòm 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)...

### **3. CHẨN ĐOÁN VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH DO VI KHUẨN**

#### **3.1. Chẩn đoán xác định**

##### **3.1.1. 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, sung và nề vùng mặt, tắc ngạt 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, thờ hời, 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.

##### **3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng**

Chẩn đoán hình ảnh:

+ Chụp Xquang: B-H

+ Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) là phương pháp đang được lựa chọn trong chẩn đoán viêm mũi xoang.

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI) của xoang thường ít được thực hiện hơn CT Scanner. 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.

Nội soi mũi xoang

Xét nghiệm khác: TPTTBM, CRP, Sinh hóa, HIV...

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mũi xoang cấp tính cần chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh khác gồm có: viêm mũi do virus (cảm cúm), đau nhức khớp thái dương hàm, đau đầu (bao gồm cả hội chứng đau nửa đầu - Migraine); đau răng, đau mũi, đau dây thần kinh V và khối u tân sinh trong xoang.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

Đối với viêm mũi xoang cấp tính chủ yếu là điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong những trường hợp cần thiết.

### 4.2. Điều trị cụ thể

#### 4.2.1. Thuốc kháng sinh:

– Nhóm beta lactam: Amoxicilin, cephalexin, các cephalosporin thế hệ 1,2 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, các thuốc kháng men betalactamase: acid clavulanic, sulbactam...

– Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarythromycin...

– Đối với thể nặng thời gian điều trị từ 10-14 ngày.

– Với thể trung bình và gần đây không sử dụng thuốc kháng sinh, nên sử dụng amoxicillin/clavulanate hoặc cefpodoxime, cefuroxime hoặc cefdinir.

Đối với những người sử dụng thuốc kháng sinh gần đây hoặc bệnh chưa ở mức nguy hiểm, việc lựa chọn thuốc uống ban đầu nên bao gồm thuốc quinolone đường hô hấp, amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone hoặc kết hợp với kháng sinh phổ rộng đối với người lớn và amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone đối với trẻ em.

#### 4.2.2. 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 guaifenesin có thể giúp giảm các triệu chứng.

Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (montelukast, zafirlukast) và thuốc kháng sinh macrolide có hiệu quả chống viêm, có thể chữa trị có hiệu quả.

#### 4.2.3. 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.

Giảm đau: Paracetamol...

Thuốc tại chỗ: NaCl 0.9%, Benita, Mesuca...

PKD: corticoid, NaCl

#### 4.2.4. Phẫu thuật xoang

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.

### 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

#### 5.1. Tiên lượng

Tiên lượng viêm xoang cấp tính là rất tốt, với ước tính khoảng 70% bệnh nhân mắc bệnh sẽ tự khỏi mà không được chữa trị. Kháng sinh đường uống có thể giảm thời gian bệnh nhân có triệu chứng. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm xoang có thể gây ra một số biến chứng.

#### 5.2. Biến chứng

##### 5.2.1. Viêm nhiễm ổ mắt

Tỷ lệ mắc biến chứng của hốc mắt ở trẻ nhỏ thường cao hơn so với ở người lớn. Một số nhiễm khuẩn hốc mắt do biến chứng của viêm xoang là: phù nề, viêm nhiễm ở mi mắt; viêm mô tế bào ổ mắt; viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

##### 5.2.2. Viêm màng não

Viêm màng não thường xảy ra do nhiễm khuẩn từ xoang sàng và xoang bướm.

##### 5.2.3. Áp xe ngoài màng cứng

Áp xe ngoài màng cứng là sự tích tụ mủ giữa xương sọ và màng cứng, điển hình liên quan đến viêm xoang trán. Một mặt do viêm nhiễm trực tiếp từ xoang lan rộng, mặt khác theo đường máu, có thể dẫn tới viêm mủ dưới màng cứng và cuối cùng dẫn tới áp xe não.

##### 5.2.4. Tắc tĩnh mạch xoang hang

Cục huyết khối nhiễm khuẩn từ mắt có thể chảy về phía sau thông qua hệ tĩnh mạch mắt tới xoang hang, gây ra nhiễm khuẩn, viêm nhiễm và cuối cùng là nghẽn mạch xoang. Bệnh nhân có những triệu chứng ở mắt như: phù kết mạc, đồng tử phản ứng chậm chạp, liệt mắt và mù lòa.

##### 5.2.5. Khối sưng phòng của Pott

Nếu viêm nhiễm trong xoang trán lan đến tuỷ xương trán, hiện tượng viêm xương tuỷ khu trú kết hợp với phá huỷ xương có thể gây ra khối sưng mềm vùng trán được mô tả kinh điển là khối sưng phòng của Pott.

### 6. PHÒNG BỆNH

Có chế độ điều trị, nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý khi mắc cảm cúm.

Tránh tiếp xúc với các yếu tố kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất...).

Quan tâm điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.  
Giải quyết các bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuộn giữa, quá phát mòm móc, bóng sàng).  
Nạo VA quá phát.  
Điều trị các khối u vòm mũi họng.  
Quan tâm, điều trị các bệnh toàn thân.

## **VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH**

### **1. 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 ngủ, ho, khịt khạc đờm, soi mũi thấy khe giữa, đôi khi cả khe trên có mủ. Người bệnh có thể bị sốt, kém tập trung, người mệt mỏi. Các triệu chứng này kéo dài trên 12 tuần.

### **2. 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.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Chẩn đoán xác định:**

##### **3.1.1. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng:  
Ngạt tắc mũi thường xuyên.  
Xì mũi hoặc khịt khạc mủ nhày hay mủ đặc thường xuyên.  
Đau nhức vùng mặt.  
Mất ngủ hoặc giảm ngủ.  
Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:  
Dịch mủ nhày hoặc mủ 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.

##### **3.1.2. 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: cho hình ảnh:

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 bít lấp vùng phức hợp lỗ ngách.

Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...

Nội soi mũi xoang

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

– Với bệnh viêm mũi xoang dị ứng:

Hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi và chảy nước mũi trong là chủ yếu.

Không có mủ ở khe giữa hay khe trên.

Cuốn mũi luôn phù nề, nhọt màu.

Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte dương tính.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. 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.

### 4.2. Phác đồ điều trị

– Điều trị nội khoa

– Điều trị ngoại khoa..

### 4.3. Điều trị cụ thể

#### 4.3.1. Điều trị nội khoa

– Điều trị toàn thân:

Sử dụng thuốc kháng sinh, nên sử dụng amoxicillin/clavulanate hoặc cefpodoxime, cefuroxime hoặc cefdinir.

Thuốc kháng sinh: thường từ 2 đến 3 tuần.

Thuốc corticosteroid uống.

– Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

- Điều trị tại chỗ:

Dùng thuốc co mạch.

Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.

Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.

Thuốc corticosteroid dạng xịt.

#### 4.3.2. 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 cuốn giữa, cuốn 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 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.

## **5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

### **5.1. Tiên lượng**

– Bệnh viêm mũi xoang mạn tính do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để tránh tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

### **5.2. Biến chứng**

– Biến chứng đường hô hấp:

Viêm tai giữa.

Viêm thanh quản.

Viêm giãn khí phế quản.

– Biến chứng mắt:

Viêm phần trước ổ mắt.

Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

– Biến chứng nội sọ:

Viêm màng não.

Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não.

## **6. PHÒNG BỆNH**

– Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.

– Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.

– Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.

– Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.



## VIÊM TAI GIỮA CẤP

### 1. CHẨN ĐOÁN

Đau sâu trong tai

Sốt , nhức đầu

Có thể có buồn nôn và tiêu chảy

Nghe kém

Màng nhĩ đỏ , sung huyết cán búa

Màng nhĩ phồng hoặc có thể có mức dịch

Chảy dịch mủ ,nhày qua lỗ thủng màng nhĩ

### 2. ĐIỀU TRỊ

Các vi khuẩn thường gặp: Strep.Preumoniae, H.influenzae, M.catarrhalis, Streptococcus, Staph.aureus.

- Nội khoa :

Kháng sinh,:

+ 7 – 14 ngày hoặc kéo dài đến 3 ngày sau khi hết triệu chứng .Dùng một trong các nhóm và một trong các thuốc sau :

+ Nhóm B- lactamine :

Amoxicilin : 50mg / kg/ngày

Amox + A.clavu ( Augmentin ) : 1,5 – 2g / ngày

Nếu điều trị từ 3 – 5 ngày mà dấu hiệu lâm sàng không thay đổi,đổi kháng sinh hoặc làm kháng sinh đồ .

+ Nhóm Cephalosporine thế hệ 1,2,3,4

Cefpodoxime 200mg – 2 lần / ngày

Cefaclor : 40mg/kg/ngày

Cefdinir : 14mg/kg/ngày

Cefuroxime : 30mg/kg/ngày

Thuốc nhỏ tai : Giảm đau,chống viêm,sát khuẩn( Dùng khi màng nhĩ kín)

+ Otifar,Otafa,Ciplox Dùng khi có mủ chảy tai

+ Thường nhỏ 4 giọt/lần 3 – 4 ngày

Thuốc nhỏ mũi :

+ Dung dịch NaCl 0,9% ,Rhinex

Ngoại khoa :

+ Thủ thuật trích nhĩ, đặt Diabolo ( nếu không giảm triệu chứng sau 3 ngày dùng thuốc ) Hoặc mổ hòm nhĩ – xương chũm khi có đe dọa biến chứng.

## **NHỌT ỐNG TAI NGOÀI**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

- Do ngoáy tai bằng vật cứng, bẩn, gây xước da ống tai.
- Do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

- Triệu chứng cơ năng:

Đau tai là triệu chứng nổi bật, đau ngày càng tăng dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm.

Nghe kém tiếng trầm, thường kèm theo ù tai. Có thể sưng tấy ở nắp tai hoặc sau tai.

Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy lan tỏa.

- Triệu chứng thực thể:

Ấn nắp tai hoặc kéo vành tai gây đau rõ rệt.

Ống tai mới đầu thấy gờ đỏ, chạm vào rất đau. Sau đó to dần và che lấp một phần ống tai, xung quanh tấy đỏ, ở giữa mọng mủ trắng. Nhọt ống tai ngoài có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.

Cận lâm sàng: Nội soi tai, TPTTBM...

### **4. ĐIỀU TRỊ**

– Tại chỗ: chườm nóng giảm đau. Nếu mới tấy đỏ thì chấm Betadin ở đầu nhọt. Khi đã nung mủ trắng thì dùng dao nhọn hay que nhọn chích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn.

- Toàn thân: Kết hợp kháng sinh, giảm đau. => bổ sung

### **5. PHÒNG BỆNH**

- Giữ vệ sinh ống tai, dùng tăm bông sạch lau khô sau khi tắm hoặc bơi.
- Không sử dụng những vật sắc, nhọn ngoáy tai khi ngứa...

## **VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH**

### **1. 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).

### **2. 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*. Trong số các thanh thiếu niên lớn tuổi hơn và người lớn trẻ tuổi, nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhiễm trùng tai là *Haemophilus influenzae*. Các loại virus như virus hợp bào hô hấp (RSV) và những loại gây ra cảm lạnh thông thường cũng có thể dẫn đến viêm tai giữa bằng cách làm tổn hại đến hệ thống phòng thủ bình thường của các tế bào biểu mô đường hô hấp trên.

Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn. Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối liền tai giữa với vòm họng, nó giúp dẫn lưu dịch tiết trong hòm nhĩ về họng. Nếu vòi nhĩ bị tắc, dịch nhầy bị ứ đọng trong tai giữa và gây nên viêm tai giữa. Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt.

Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi. Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.

Các yếu tố thuận lợi: Cấu trúc xương chũm loại có thông bào nhiều, độc tố của vi khuẩn nhất là *streptococcus hemolytique*, *pneumococcus mucosus*... và thể trạng, cơ địa của bệnh nhân: trẻ em suy dinh dưỡng, người lớn bị suy nhược cơ thể thì sức đề kháng bị giảm, do đó dễ bị viêm tai giữa.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Chẩn đoán xác định**

##### **3.1.1. Lâm sàng**

– Viêm tai giữa mạn tính nhầy: Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, 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 mặt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thể Bezold)...

### 3.1.2. Cận lâm sàng

– Khám tai – 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 nhám nhở, đáy hòm nhĩ bản, có thể có polyp ở hòm nhĩ.

– Cây dịch tai để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

-Xquang Schuller

– 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.

### 3.2. 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...).

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

– Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhầy, mủ...) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.

– Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.

- Nếu không có chuyên khoa, nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.

- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

#### 4.2. 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: Neomycin, Polymyxin, Chloromycetin hoặc Gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2-4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn *Pseudomonas*.

- Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng trong các đợt cấp của VTG mạn tính nhưng phải rất hạn chế.

- 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...

#### 4.3. 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).

### 5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

#### 5.1. Tiên lượng

- VTG mạn tính nhầy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.

- VTG mạn tính mủ ít khi bệnh tự khỏi, thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

#### 5.2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.

- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.

- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.

- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanosclerosis).

- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.

- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.

- Áp xe ngoài màng cứng hoặc áp xe não.

- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.

- Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm VA, sâu răng...
- Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo
- Nếu đã bị viêm tai giữa mạn tính thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết.
- Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.

## **DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Dị vật đường thở là những vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy.

– Là cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng nếu không được chẩn đoán sớm, xử trí đúng, nhanh chóng dễ dẫn tới các biến chứng nặng nề và có thể tử vong nhanh chóng.

– Dị vật đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (75% gặp ở trẻ dưới 4 tuổi), do trẻ em thường có thói quen cho các đồ vật vào miệng. Tuy nhiên, đây là một tai nạn sinh hoạt có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong mọi điều kiện, hoàn cảnh.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Các nguyên nhân chính dẫn đến dị vật đường thở thường gặp là:

- Do khóc, do cười đùa trong khi ăn.
- Do thói quen ngậm đồ vật trong khi chơi, khi làm việc.
- Do rối loạn phản xạ họng, thanh quản ở trẻ em và người già, có thể do bệnh nhân bị hôn mê, gây mê hoặc điên dại.
- Do thói quen uống nước sôi con tắc te (con tắc) chui vào đường thở và sống kí sinh trong đường thở.

Về bản chất: tất cả các vật nhỏ cho vào miệng được đều có thể rơi vào đường thở, có thể gặp các dị vật hữu cơ như: hạt lạc, hạt na, hạt hồng xiêm, cùi táo, bã mía... có thể gặp các loại xương thịt động vật như đầu tôm, mang cá, càng cua, xương gà vịt... con tắc te. Cũng có thể gặp các dị vật vô cơ như viên bi, mảnh đạn, đuôi bút bi, mảnh nhựa...

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lâm sàng**

##### **3.1.1. Hội chứng xâm nhập**

Hội chứng này có thể khai thác được ở 93% số bệnh nhân, còn 7% không khai thác được hội chứng xâm nhập là những trường hợp dị vật sống như con tắc te, bệnh nhân bị hôn mê, không có người chứng kiến mà trẻ còn nhỏ chưa tự kể được hoặc do người chứng kiến cố tình dấu diếm.

Hội chứng xâm nhập là do phản xạ co thắt chặt thanh quản ngăn không cho dị vật xuống dưới và phản xạ ho liên tiếp để tống dị vật ra ngoài. Trên lâm sàng biểu hiện bằng cơn ho sặc sụa, tím tái, vã mồ hôi, trợn mắt mũi, đôi khi đại tiểu tiện không tự chủ, cơn kéo dài khoảng 3 - 5 phút, sau đó có ba khả năng có thể xảy ra:

- Dị vật được tống ra ngoài nhờ phản xạ bảo vệ của thanh quản.
  - Dị vật quá to chèn ép kín tiền đình thanh quản làm cho bệnh nhân ngạt thở, tử vong trước khi đến được bệnh viện.
  - Dị vật mắc lại trên đường thở, ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản.
- Tuỳ theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng có các biểu hiện khác nhau.

### 3.1.2. Triệu chứng toàn thân

– Khó thở: Trong giai đoạn đầu khi chưa có nhiễm khuẩn, các triệu chứng nổi trội là tình trạng khó thở. Nếu dị vật mắc lại ở thanh quản, bệnh nhân có khó thở thanh quản các mức độ khác nhau tuỳ theo kích thước của dị vật và thời gian dị vật mắc lại trên đường thở. Nếu kích thước dị vật to có thể gây ra khó thở thanh quản độ 2, 3, hoặc có thể bị ngạt thở, nếu dị vật nhỏ hơn có thể không gây ra khó thở hoặc khó thở thanh quản ở mức độ nhẹ. Cũng có thể gặp khó thở hỗn hợp cả hai thì do dị vật nằm ở khí quản đoạn thấp hoặc ở phế quản, bệnh nhân thường có các cơn ho và khó thở xảy ra khi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.

– Sốt: Thường gặp sau một vài ngày sau khi có nhiễm khuẩn do các dị vật ô nhiễm như các loại xương, thịt, hạt lạc, bã mía...

### 3.1.3. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Tuỳ theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng thấy có các dấu hiệu khác nhau.

\* Dị vật ở thanh quản:

Các vật mắc lại ở thanh quản thường là các vật dẹt, sắc nhọn, sù sì... như là vỏ trứng, đầu tôm, xương cá...

– Cơ năng: Thường gặp khàn tiếng, mất tiếng, mức độ nặng hoặc nhẹ tuỳ theo kích thước dị vật và thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản.

– Khó thở thanh quản: Ở các mức độ khác nhau tuỳ theo kích thước dị vật và tuỳ theo thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản. Nếu dị vật to có thể gây bí tắc gần hoàn toàn thanh quản làm cho bệnh nhân khó thở thanh quản nặng, có khi ngạt thở cấp.

– Ho: Thường gặp ho khan không có đờm, ho từng cơn dài do kích thích thanh quản càng làm cho thanh quản phù nề làm cho bệnh nhân khó thở ngày càng tăng.

– Thực thể: Chủ yếu là nghe phổi: nghe phổi có thể thấy hoàn toàn bình thường nhưng cũng có thể nghe thấy tiếng ran rít ở cả hai bên phổi, lan từ trên xuống, cũng có khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai bên phổi.

\* Dị vật ở khí quản:

Thường gặp các vật tròn, nhẵn, trơn tru... kích thước khá to so với khẩu kính của khí phế quản bệnh nhân.

– Cơ năng: Hay xảy ra các cơn ho rũ rượi, sặc sụa tím tái do dị vật di động trong lòng khí quản, đôi khi di động lên thanh quản gây ra các cơn ho. Nếu dị vật di động bắn lên thanh quản và kẹt ở thanh môn làm cho bệnh nhân ngạt thở, nếu không được xử trí đúng, kịp thời thì bệnh nhân sẽ tử vong.

– Thực thể: Nghe phổi có thể thấy ran rít, ran ngáy cả hai bên phổi, dị vật to có thể thấy rì rào phế nang giảm cả hai bên phổi, nếu nghe thấy tiếng lật phật cò bay là đặc hiệu dị vật ở khí quản.

\* Dị vật ở phế quản:

– Cơ năng: Khó thở hỗn hợp cả hai thì, thường chỉ gặp khi là dị vật to bít lấp phế quản gốc một bên, hay gặp ở phế quản phải nhiều hơn phế quản trái.

– Sốt: những ngày sau thường có hiện tượng viêm nhiễm gây ra các biến chứng ở phế quản, phổi nên hay có sốt, có thể gặp sốt vừa hoặc sốt cao, tùy theo mức độ viêm nhiễm ở phổi.

– Triệu chứng thực thể:

Nghe phổi có thể thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên, có thể kèm theo ran rít, ran ngáy, cũng có thể có ran ẩm, ran nổ...

Gõ ngực: Tiếng đục khi có áp xe hoặc xẹp phổi một bên. Gõ trong, vang khi có tràn khí màng phổi.

### 3.2. Cận lâm sàng

– Các xét nghiệm máu ít có giá trị trong chẩn đoán dị vật, chỉ có thể cho biết tình trạng viêm nhiễm khi có tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

– Chụp X-quang cổ nghiêng hoặc phổi thẳng có thể cho phép chẩn đoán dị vật đường thở. Tuy nhiên, chỉ thấy hình ảnh dị vật trên phim X-quang nếu dị vật là kim loại, còn các loại khác ít khi có biểu hiện trên phim, chủ yếu là hình ảnh các biến chứng do dị vật gây ra như viêm phế quản, phế quản phế viêm, áp xe một bên hoặc một phân thùy phổi, xẹp một bên hoặc một phân thùy phổi, khí phế thũng, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi.

### 3.3. Chẩn đoán xác định

– Trước tiên, hội chứng xâm nhập là dấu hiệu gợi ý.

– Hỏi bệnh và khám thực thể: Đánh giá tình trạng và kiểu khó thở cũng có thể hướng tới chẩn đoán và định khu được dị vật: nếu có khàn tiếng và khó thở thanh quản thì dị vật ở thanh quản. Nếu khó thở và ho từng cơn dữ dội, thường dị vật nằm ở khí quản....

– Nghe phổi cho biết được mức độ viêm nhiễm ở phổi và vị trí của dị vật:

Dị vật ở thanh quản sẽ thấy tiếng rít, ngáy lan từ trên xuống ở cả hai bên phổi, đôi khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai phổi do tình trạng kém thông khí.

Dị vật ở khí quản: Nghe thấy tiếng rít ở cả hai phổi, nghe có tiếng lật phật cò bay là điển hình dị vật ở khí quản.

Dị vật ở phế quản: Nghe thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên. Cũng có thể nghe thấy ran ẩm, ran nổ nếu đã có tình trạng viêm nhiễm.

Nội soi thanh, khí, phế quản, nếu thấy dị vật ở đường thở là chẩn đoán xác định.



### 3.4. Chẩn đoán phân biệt

– Viêm phổi: Thường ho từng cơn, nghe phổi có ran ẩm, trên phim phổi có hình ảnh viêm nhiễm cả hai bên phổi.

– Áp xe phổi: Những viêm nhiễm khu trú ở một bên phổi thường hay gợi ý nghĩ đến dị vật đường thở. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi.

– Xẹp phổi: Các nguyên nhân gây xẹp phổi như khối u, viêm nhiễm. Cần phải chẩn đoán phân biệt bằng nội soi.

## 4. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc: phải đảm bảo khai thông đường thở, lấy bỏ dị vật càng sớm càng tốt.

### 4.1. Xử trí trường hợp tối cấp

Trong trường hợp ngạt thở, nếu không xử trí ngay bệnh nhân sẽ tử vong.

– Trong cộng đồng: Cho bệnh nhân nằm dốc đầu, vỗ mạnh vào ngực bệnh nhân, kích thích cho bệnh nhân khóc, nếu dị vật tròn nhẵn sẽ rơi xuống họng hoặc vòm mũi họng, đưa ngón tay trở vào họng để kéo dị vật ra.

– Có thể làm nghiệm pháp Heimlich: Khi bệnh nhân bị ngạt thở dùng hai bàn tay ép mạnh vào hai bên hạ sườn bệnh nhân 3 - 5 cái, nhằm tạo ra áp lực dương tính trong lồng ngực, hy vọng với áp lực này có thể đẩy được dị vật ra khỏi đường thở. Nhưng lưu ý chỉ làm nghiệm pháp này khi bệnh nhân đang bị ngạt thở, nếu không cấp cứu sẽ tử vong trong thời gian ngắn, thực hiện ngoài cơ sở y tế.

– Ở tuyến y tế không chuyên khoa: Nếu ngạt thở trong cơ sở y tế thì mở khí quản cấp cứu là tốt nhất, cũng có thể đặt nội khí quản hoặc chọc kim 13 qua màng giáp nhĩ, hoặc cũng có thể soi thanh quản bằng ống Macintosh gấp dị vật hoặc đẩy dị vật xuống dưới để khai thông đường thở càng sớm càng tốt.

### 4.2. Điều trị cấp cứu

Khi bệnh nhân có khó thở:

Khó thở thanh quản độ II trở lên phải mở khí quản cấp cứu.

Dị vật ở thanh quản hoặc khí quản: Mở khí quản cấp cứu trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Dị vật ở phế quản gây suy hô hấp cấp: Cho thở oxy qua masque, có thể bóp bóng hỗ trợ nếu có rối loạn nhịp thở.

### 4.3. Soi gấp dị vật

Trong mọi trường hợp dị vật đường thở cần phải soi gấp sớm, ít gây nguy hiểm và tai biến khi chưa có các biến chứng như áp xe phổi, xẹp phổi và viêm phổi...

Trong nhiều trường hợp, sau khi soi gấp dị vật cần tiến hành soi hút mủ hoặc soi rửa phế quản, bơm thuốc kháng sinh, giảm viêm vào phế quản.

## 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

– Nếu không được xử trí kịp thời bệnh nhân có thể tử vong nhanh chóng do dị vật bít lấp đường thở gây ngạt thở cấp.

– Dị vật có thể gây viêm phế quản, viêm phổi, khí phế thũng, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, áp xe phổi một bên, xẹp phổi một bên, sẹo hẹp thanh quản.

## 6. PHÒNG BỆNH

Cần tuyên truyền trong cộng đồng:

- Không nên cười đùa trong khi ăn, không cưỡng bức trẻ em ăn khi đang khóc.
- Không ngậm đồ vật khi chơi, khi làm việc.
- Để các vật, các quả hạt nhỏ có thể đưa vào miệng xa tầm tay của trẻ nhỏ.
- Không nên uống nước suối để đề phòng dị vật sống đi vào đường thở.

## **VIÊM HỌNG CẤP TÍNH**

### **1. 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. Do đó, hiện nay người ta có xu hướng nhập lại thành viêm họng - viêm amidan cấp.

Là bệnh rất thường gặp ở cả người lớn lẫn trẻ em, nhất là vào mùa đông khi thời tiết thay đổi. Bệnh có thể xuất hiện riêng biệt hoặc đồng thời với viêm VA, viêm amidan, viêm mũi, viêm xoang v.v... hoặc trong các bệnh nhiễm khuẩn lây của đường hô hấp trên như cúm, sởi...

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.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

#### **2.1. Tác nhân**

– Do virus là chủ yếu, chiếm 60-80%, gồm Adénovirus, virus cúm, virus para-influenzae, virus Coxsackie, 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.

#### **2.2. Nguyên nhân 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.

### 3. CHẨN ĐOÁN:

#### 3.1. Lâm sàng

Viêm họng cấp thường xảy ra đột ngột.

##### 3.1.1. 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.

##### 3.1.2. 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.

##### 3.1.3. Triệu chứng thực thể

– 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 mủ 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.

#### 3.2. 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.

#### 3.3. Chẩn đoán xác định

– Đột ngột biểu hiện sốt, đau mình mẩy.

– Đau rát họng, có thể có ho khan hoặc có đờm.

– Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amidan sưng nề có chấm mủ trắng.

– Khám hạch góc hàm di động ấn đau.

#### 3.4. Phân loại bệnh

– Viêm họng không đặc hiệu:

Viêm họng khu trú

Viêm họng đỏ thông thường

Viêm họng trắng thông thường.

Loét amyđan.

Viêm tấy quanh amyđan.

Viêm họng toả lan:

Viêm họng tấy toả lan

Hoại thư họng

– Viêm họng đặc hiệu:

Viêm họng bạch hầu

Viêm họng Vànhxăng (Vincent).

Viêm họng do hecpet (Herpès).

Viêm họng do zona.

Lao họng

Giang mai họng

Nấm họng

– Viêm họng do bệnh máu:

Viêm họng trong bệnh bạch cầu cấp (Leucose).

Viêm họng trong suy tủy, mất bạch cầu hạt.

Viêm họng trong bệnh tăng bạch cầu đơn nhân.

### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

– Dị vật đường ăn: đau nhói họng đột ngột trong khi ăn, soi họng thấy dị vật.

– Viêm niêm mạc miệng: niêm mạc miệng đỏ, có thể thấy vết trợt, loét ở bên má, lưỡi.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

Mọi trường hợp viêm họng đỏ cấp đơn thuần ở bệnh nhân trên 3 tuổi đều phải được điều trị như một viêm họng đỏ cấp do liên cầu khi không có xét nghiệm định loại virus hoặc vi khuẩn.

– Kháng sinh nhóm beta lactam hoặc các nhóm khác.

– Điều trị triệu chứng: giảm viêm, giảm đau, hạ sốt.

– Điều trị tại chỗ: bôi họng, súc họng, khí dung họng.

– Xác định nguyên nhân để điều trị.

### 4.2. Điều trị cụ thể

#### 4.2.1. Điều trị toàn thân

– Hạ sốt, giảm đau: paracetamol, aspirin...

– Kháng sinh: amoxicilin, cephalixin, erythromycin, clarythromycin...

– Kháng viêm: alpha chymotrypsin, prednisolon 5mg

#### 4.2.2. Điều trị tại chỗ

– Xông họng: kháng sinh + giảm viêm

– Súc họng: BBM ngày 3 - 4 lần.

#### 4.2.3. Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung các yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin...

Chú ý: Khi viêm họng đỏ cấp thể nặng hoặc đã có biến chứng cần chuyển đến chuyên khoa kịp thời.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu là do virus, bệnh thường kéo dài 3-5 ngày thì tự khỏi, các triệu chứng giảm dần. Nếu là do vi khuẩn bội nhiễm, đặc biệt là liên cầu, bệnh thường kéo dài ngày hơn và đòi hỏi một sự điều trị kháng sinh có hệ thống để tránh các biến chứng.

– Biến chứng tại chỗ: Viêm tấy hoặc áp xe quanh amidan, viêm tấy hoặc áp xe các khoang bên họng, áp xe thành sau họng ở trẻ nhỏ 1-2 tuổi, viêm tấy hoại thư vùng cổ rất hiếm gặp nhưng tiên lượng rất nặng.

– Biến chứng lân cận: Viêm thanh khí phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp, viêm mũi viêm xoang cấp.

– Biến chứng xa: Đặc biệt nếu là do liên cầu tan huyết có thể gây viêm thận, viêm khớp, viêm tim, choáng nhiễm độc liên cầu hoặc cá biệt có thể nhiễm trùng huyết.

## **6. PHÒNG BỆNH**

– Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm...  
– Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.

– Phòng hộ lao động tốt. Bỏ thuốc lá và rượu. Vệ sinh răng miệng tốt. Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em

# **VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH**

## **1. 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).

## **2. NGUYÊN NHÂN**

Các tác nhân gây viêm amidan:

– Vi khuẩn: liên cầu ® 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...

Có nhiều nguyên nhân thuận lợi gây viêm amidan:

– Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...).

– Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.

– Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.

– Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amidan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Chẩn đoán xác định**

#### **3.1.1. Lâm sàng**

##### **3.1.1.1. Viêm amidan cấp tính**

– Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 380C-390C. Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.

– Cơ năng:

Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí amidan, mấy giờ sau biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho. Kèm theo viêm V.A, thường có viêm mũi hoặc ở trẻ em có amidan to nên hay gặp thở khò khè, ngủ ngáy to, nói giọng mũi.

Viêm nhiễm có thể lan xuống thanh quản, khí quản gây nên ho từng cơn, đau và có đờm nhầy, giọng khàn nhẹ.

– Thực thể:

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 mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ 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 mủ 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.

#### 3.1.1.2. Viêm amidan mạn tính

– Toàn thân:

Triệu chứng nghèo nàn. Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hồi viêm có triệu chứng giống như viêm amidan cấp tính.

Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngáy ngáy 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:

Trên bề mặt amidan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mủ 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.

\* 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.

+ Thẻ xơ teo: Thường gặp ở người lớn, amidan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ hoặc chẳng chít 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 mủ hôi ở các hốc.

### 3.1.2. Cận lâm sàng

#### 3.1.2.1. Viêm amidan cấp tính

Thẻ 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.

#### 3.1.2.2. 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.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm amidan mạn tính cần phân biệt với:

- Lao amidan: Có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.
- Giang mai thời kỳ hai: Niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amidan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.
- Ung thư amidan: Thường một bên amidan to, xù xì, có thể loét hoặc không, mật độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.
- Thẻ lâm sàng: Viêm A do liên cầu  $\beta$  tan huyết nhóm A

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

– Đối với viêm amidan cấp tính chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

– Viêm amidan mạn tính, vấn đề điều trị chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt amidan.

### 4.2. Điều trị cụ thể

#### 4.2.1. Viêm amidan cấp tính

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.
- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol...
- Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm  $\beta$  lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.
- Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.

– Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: bicarbonat natri, borat natri... (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).

– Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

#### 4.2.2. 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 gây hại cho cơ thể.

##### 4.2.2.1. 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 ngạt thở khi ngủ - hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

##### 4.2.2.2. 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...

##### 4.2.2.3. 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....

## **5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Viêm amidan nếu không được điều trị đúng và kịp thời, nhẹ thì gây ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống, nặng có thể gây ra nhiều biến chứng, thậm chí có những biến chứng rất nguy hiểm.

### **5.1. Biến chứng cục bộ**

Loét khe amidan, sỏi amidan, viêm tấy chung quanh amidan, viêm tấy thành bên họng, viêm họng mạn tính.

### **5.2. Biến chứng gần**

Viêm hạch cổ mạn tính, viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm thanh, khí, phế quản.

### **5.3. Biến chứng xa**

Viêm khớp, viêm thận, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết...

## **6. PHÒNG BỆNH**

– Giữ vệ sinh môi trường sống, đặc biệt những người có sức đề kháng kém, có cơ địa dị ứng. Có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp, khi thời tiết giao mùa...

– Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, viêm răng miệng...

– Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của bản thân.

## **BỆNH APXE QUANH AMIDAN**

### **1. Đại cương**

- Là tình trạng viêm cấp tính tổ chức liên kết khoảng quanh Amidan.
- Bệnh thường chỉ gặp ở thiếu niên và người lớn.
- Vi khuẩn thường gặp là liên cầu, tụ cầu, phế cầu và vi khuẩn kỵ khí.

### **2. Chẩn đoán**

#### **2.1. Chẩn đoán xác định**

##### *2.1.1. Lâm sàng*

###### *a) Cơ năng*

- Đau họng bên nhiều, cảm giác đau xiên lên tai, đau tăng khi nuốt, nói.
- Khó nuốt, khó há miệng.
- Ứ đọng nước bọt, hơi thở hôi.

###### *b) Thực thể*

- Có hội chứng nhiễm trùng.
- Há miệng hạn chế.
- Khoảng quanh Amidan phù nề: Trụ trước sung phồng đẩy Amidan vào trong ra sau trong thể trước (thường gặp); trụ sau phồng đẩy Amidan ra trước trong thể sau (ít gặp).
- Lưỡi gà phù, lệch.
- Amidan thường có mủ trên bề mặt.
- Hạch góc hàm sưng đau.

##### *2.1.2. Cận lâm sàng*

###### *a) Cận lâm sàng để chẩn đoán*

- Soi trực tiếp, nuôi cấy, làm KSD mủ Amidan hoặc mủ ổ apxe.
- Cấy máu, làm KSD nếu nghi nhiễm khuẩn huyết.

###### *b) Cận lâm sàng để điều trị và theo dõi*

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (BC thường tăng cao).

- Xét nghiệm về đông máu - cầm máu.
- HIV, HBsAg, HCV khi nghi ngờ phơi nhiễm.
- Sinh hóa: Ure, creatinin, protein, albumin, GOT, GPT, đường máu, điện giải đồ, CRP.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- X-quang tim phổi.

## **2.2. Chẩn đoán giai đoạn**

- Viêm tấy.
- Apxe.

## **2.3. Chẩn đoán thể**

- Thể trước.
- Thể sau.

## **2.4. Chẩn đoán phân biệt**

- U thành họng bên.
- Ung thư Amidan.

## **3. Điều trị**

### **3.1. Nguyên tắc**

- Kháng sinh liều cao phổ rộng.
- Chích dẫn lưu khi hóa mủ.

### **3.2. Điều trị cụ thể**

#### *3.2.1. Nội khoa*

- \* Kháng sinh: Chỉ định 1 trong các thuốc sau, thời gian dùng thuốc 7 - 10 ngày.
  - Cefotaxim x 1g/lần x 3 lần/ngày, tiêm TM trong 3 - 5 phút, cách 8 giờ.
  - Ciprofloxacin x 400mg/lần x 2 lần/ngày, truyền TM trong 60 phút, cách 12 giờ.
  - Kết hợp với Gentamicin x 5 - 7mg/kg/lần x 1 lần/ngày, tiêm bắp.
- \* Giảm đau, hạ sốt: Chỉ định 1 trong các thuốc sau, phối hợp thuốc khi NB đau nhiều:
  - Paracetamol x 0,5 - 1g/lần x 2 - 4 lần/ngày, uống hoặc truyền TM.
  - Piroxicam x 20mg x 1 lần, tiêm bắp.
- \* Chống viêm
  - Methyl prednisolon x 40 mg, tiêm TM chậm buổi sáng x 3 - 5 ngày.
- \* An thần
  - Diazepam x 5 mg, uống tối x 3 - 5 ngày.
- \* Bồi phụ nước, điện giải cho các trường hợp đau nhiều ăn uống kém: Oresol, truyền dịch.

#### *3.2.2. Thủ thuật: Chích rạch dẫn lưu ổ apxe*

- Khi có biểu hiện hóa mủ sau khi đã được tiêm kháng sinh.
- Chích, rửa ổ apxe, đặt bắc dẫn lưu.

## **4. Theo dõi**

### **4.1. Lâm sàng**

- Theo dõi thông số sống 6 giờ một lần khi sốt. Theo dõi ngày 1 lần khi hết sốt.

- Tình trạng viêm tấy quanh Amidan và tại Amidan.
- Tình trạng ổ apxe.

#### **4.2. Cận lâm sàng**

- Sau chích dẫn lưu apxe 1 ngày nếu còn sốt phải cấy máu, làm KSD.
- Sau 5 ngày bệnh không tiến triển cần làm lại xét nghiệm huyết học, sinh hóa, vi khuẩn. Chụp lại x-quang phổi tìm tổn thương phổi hợp.

#### **5. Chăm sóc**

##### **5.1. Phân cấp chăm sóc**

- Chăm sóc cấp 2 khi truyền dịch, sốt.
- Chăm sóc cấp 3 khi hết sốt.

##### **5.2. Chế độ dinh dưỡng**

Ăn thức ăn lỏng, mềm, dễ tiêu. Ăn đặc dần khi đỡ đau.

##### **5.3. Vệ sinh, giảm đau, phòng ngừa biến chứng, phục hồi chức năng.**

- Vệ sinh thân thể.
- Hàng ngày hút rửa, thay bác dẫn lưu ổ apxe x 3 ngày.
- Súc họng Dd Natri clorid 0,9% ngày 6 – 8 lần.

##### **5.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe và chăm sóc tinh thần**

- Động viên người bệnh.
- Bác sĩ giải thích tình trạng bệnh, phương pháp điều trị, các nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.
- Hướng dẫn NB tự chăm sóc, theo dõi, phát hiện dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị và khi ra viện.
- Hướng dẫn NB chế độ ăn uống, vệ sinh phòng chống nhiễm trùng.
- Khi ra viện: Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, súc họng nước muối nhiều lần trong ngày, khám, chữa răng sâu, cần cắt Amidan sau 1 - 2 tháng.

#### **6. Tiêu chuẩn ra viện**

- Hết sốt, hết đau hoặc chỉ còn đau nhẹ.
- Khoảng quanh Amidan hết nề, vết chích thu nhỏ, hết mủ.

## **VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH**

### **1. 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.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

#### **2.1. 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.

#### **2.2. 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.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. 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, ở 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.

### 3.2. 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.

### 3.3. Chẩn đoán xác định

– Tiền sử phơi nhiễm với các nguyên nhân.

– Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.

– Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

### 3.4. Phân loại thể lâm sàng

#### 3.4.1. Viêm thanh quản ở trẻ em

– VTQ hạ thanh môn: là bệnh lý gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ 1-3 tuổi.

Bệnh thường phát hiện về ban đêm trên một trẻ nhỏ đang bị viêm mũi họng thông thường, tiến triển từ từ và đột nhiên xuất hiện khó thở thanh quản. Tiếng ho cứng và ông ổng, giọng nói gần như bình thường nhưng sau đó trở nên trầm và cứng hơn. Sáng dậy trẻ vẫn chơi bình thường. Cơn khó thở kiểu này còn có thể xuất hiện vào tối khác.

Chẩn đoán xác định dựa vào bệnh sử, soi thanh quản ống mềm.

– Viêm thanh quản co thắt hoặc viêm thanh quản giả bạch hầu: Viêm và phù nề khu trú ở vùng hạ họng, co thắt thanh quản gây ra các cơn khó thở thường xảy ra nửa đêm về sáng, cơn khó thở và thở rít, giọng khàn. Ho ông ổng, co kéo cơ hô hấp và các cơ liên sườn. Cơn khó thở có thể đi qua trong nửa giờ nhưng có thể tái diễn cơn khó thở khác. Không sốt, không có dấu hiệu toàn thân khác.

– Viêm thanh thiệt: thanh thiệt bị sưng nề, bệnh nhân có nuốt đau, khó thở tăngtiết, nhiều nước bọt, cổ ngả về trước, khó thở tăng khi nằm ngửa thường do Hemophilus influenza.

– VTQ bạch hầu: do vi khuẩn Loeffler xâm nhập vào thanh quản gây phù nề và loét có màng giả. Màng giả trắng, dai, dính, bít tắc đường thở gây khó thở thanh quản nặng dần, nói khàn, kèm theo sốt nhiễm độc nội độc tố khiến tiên lượng rất nặng, dễ dẫn tới tử vong.

#### 3.4.2. Viêm thanh quản ở người lớn

VTQ do cúm: có thể do cúm đơn thuần hoặc kết hợp với vi khuẩn khác, gây nên các thể bệnh sau:

– Thể xuất tiết: triệu chứng giống VTQ xuất tiết thông thường nhưng bệnh nhân có sốt, mệt mỏi kéo dài. Khám thanh quản đôi khi có điểm xuất huyết dưới niêm mạc, đó là dấu hiệu đặc hiệu của VTQ do cúm.

– Thể phù nề: đó là giai đoạn tiếp theo của xuất tiết, phù nề thường khu trú ở thanh thiệt và mặt sau của sụn phễu. Bệnh nhân nuốt đau và đôi khi có khó thở, tiếng nói ít thay đổi.

– Thể loét: soi thanh quản sẽ thấy những vết loét nông, bờ đỏ, sụn phễu và sụn thanh thiệt bị phù nề.

– Thể viêm tấy:

Triệu chứng toàn thân nặng, sốt cao, mạch nhanh, mặt hốc hác.

Triệu chứng cơ năng rõ rệt: khó nuốt, đau họng, nhói bên tai, giọng khàn đặc hoặc mất hẳn, khó thở thanh quản.

Triệu chứng thực thể: vùng trước thanh quản viêm tấy, sưng to, ấn đau. Sau khi hết viêm bệnh để lại di chứng sẹo hẹp thanh quản.

– Thể hoại tử: màng sụn bị viêm và bị hoại tử, các tổ chức liên kết lỏng lẻo ở cổ bị viêm tấy, cứng, hoặc viêm tấy mủ, thanh quản bị sưng to và có màng giả che phủ. Bệnh nhân khó nói, nuốt đau và khó thở.

Triệu chứng toàn thân rầm rộ. Nhiệt độ cao, mạch nhanh yếu, thở nhanh nông, huyết áp thấp, nước tiểu có Albumin, tiên lượng rất xấu, thường tử vong do phế quản, viêm truy tim mạch.

### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

– Dị vật thanh quản: tiền sử hội chứng xâm nhập. Soi thanh khí phế quản để chẩn đoán xác định và lấy dị vật.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

#### 4.1.1. 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.

#### 4.1.2. 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.

### 4.2. Điều trị cụ thể

#### 4.2.1. Kháng sinh

– Nhóm beta lactam: Amoxicilin, cephalexin, các cephalosporin thế hệ 1,2 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, các thuốc kháng men betalactamase: acid clavulanic, sulbactam...

– Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarythromycin...

#### 4.2.2. Kháng viêm

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

#### 4.2.3. 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: BBM...

#### 4.2.4. Hạ sốt, giảm đau

Truyền dịch, paracetamol, aspirin...

#### 4.2.5. Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

### 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Viêm thanh quản cấp ở người lớn không gây ra các tình trạng nguy hiểm có khả năng hồi phục tốt, nhưng ở trẻ em phải theo dõi sát vì dễ gây khó thở thanh quản, có thể ảnh hưởng đến sinh mạng.

Viêm thanh quản cấp có thể tiến triển thành viêm phế quản, viêm phổi nhưng hiếm gặp.

### 6. PHÒNG BỆNH

- Giữ ấm cho trẻ em về mùa lạnh, tránh lạm dụng giọng quá sức ở người lớn.
- Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm...
- Khi phát hiện viêm thanh quản cấp ở trẻ em cần theo dõi sát để phòng tiến triển xấu.