

TAI MŨI HỌNG

TÀI LIỆU SƯU TẦM – TỔNG HỢP – DỊCH

[Giới thiệu](#) [Information](#) [Mục lục](#)



BÁCH KHOA Y HỌC 2010

Biên soạn ebook : **Lê Đình Sáng**

ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI

Trang web : www.ykhoaviet.tk

Email : Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Điện thoại : 0973.910.357

THÔNG TIN

THÔNG BÁO VỀ VIỆC XUẤT BẢN BÁCH KHOA Y HỌC 2010 :

Theo yêu cầu và nguyện vọng của nhiều bạn đọc, khác với Bách Khoa Y Học các phiên bản trước, bên cạnh việc cập nhật các bài viết mới và các chuyên khoa mới, cũng như thay đổi cách thức trình bày, Bách Khoa Y Học 2010 được chia ra làm nhiều cuốn nhỏ, mỗi cuốn bao gồm một chủ đề của Y Học, như thế sẽ giúp bạn đọc tiết kiệm được thời gian tra cứu thông tin khi cần. Tác giả xin chân thành cảm ơn tất cả những ý kiến đóng góp phê bình của quý độc giả trong thời gian qua. Tất cả các cuốn sách của bộ sách Bách Khoa Y Học 2010 bạn đọc có thể tìm thấy và tải về từ trang web www.ykhoaviet.tk được Lê Đình Sáng xây dựng và phát triển.

ỦNG HỘ :

Tác giả xin chân thành cảm ơn mọi sự ủng hộ về mặt tài chính để giúp cho Bách Khoa Y Học được phát triển tốt hơn và ngày càng hữu ích hơn.

Mọi tấm lòng ủng hộ cho việc xây dựng một website dành cho việc phổ biến tài liệu học tập và giảng dạy Y Khoa của các cá nhân và Doanh nghiệp xin gửi về :

Tên ngân hàng : NGÂN HÀNG ĐẦU TƯ VÀ PHÁT TRIỂN VIỆT NAM

Tên tài khoản ngân hàng : Lê Đình Sáng

Số tài khoản : 5111-00000-84877

CẢNH BÁO :

TÀI LIỆU NÀY CHỈ MANG TÍNH CHẤT THAM KHẢO nhằm mục đích nâng cao hiểu biết về Y khoa. Tuyệt đối không được tự ý áp dụng các thông tin trong ebook này để chẩn đoán và tự điều trị bệnh, nhất là với những người không thuộc ngành Y . Tác giả ebook này không chịu bất cứ trách nhiệm gì liên quan đến việc sử dụng thông tin trong cuốn sách để áp dụng vào thực tiễn của bạn đọc. Đây là tài liệu sưu tầm từ nhiều tác giả khác nhau, nhiều cuốn sách khác nhau, chưa được kiểm chứng , vì thế mọi thông tin trong cuốn sách này đều chỉ mang tính chất tương đối . Cuốn sách này được phân phát miễn phí với mục đích sử dụng phi thương mại, bất cứ hành vi nào liên quan đến việc mua bán, trao đổi, chỉnh sửa, in ấn cuốn sách này vào bất cứ thời điểm nào đều là bất hợp lệ . Nội dung cuốn ebook này có thể được thay đổi và bổ sung bất cứ lúc nào mà không cần thông báo trước.

GIỚI THIỆU

Bộ sách này được Lê Sáng sưu tầm , biên dịch và tổng hợp với mục đích cung cấp một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các bạn sinh viên y khoa, và tất cả những ai có nhu cầu tìm hiểu, nghiên cứu, tra cứu , tham khảo thông tin y học.

Với tiêu chí là bộ sách mở , được xây dựng dựa trên nguồn tài liệu của cộng đồng , không mang mục đích vụ lợi, không gắn với mục đích thương mại hóa dưới bất kỳ hình thức nào , nên trước khi sử dụng bộ sách này bạn phải đồng ý với những điều kiện sau . Nếu không đồng ý , bạn không nên tiếp tục sử dụng sách :

Bộ sách này được cung cấp đến tay bạn , hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện của bạn. Không có bất kỳ sự thương lượng, mua chuộc, mời gọi hay liên kết nào giữa bạn và tác giả bộ sách này.

Mục đích của bộ sách để phục vụ công tác học tập cho các bạn sinh viên Y khoa là chính, ngoài ra nếu bạn là những đối tượng đang làm việc trong ngành Y cũng có thể sử dụng bộ sách như là tài liệu tham khảo thêm .

Mọi thông tin trong bộ sách đều chỉ có tính chính xác tương đối, thông tin chưa được kiểm chứng bởi bất cứ cơ quan Pháp luật, Nhà xuất bản hay bất cứ cơ quan có trách nhiệm liên quan nào . Vì vậy, hãy luôn cẩn trọng trước khi bạn chấp nhận một thông tin nào đó được cung cấp trong bộ sách này.

Tất cả các thông tin trong bộ sách này được sưu tầm, tuyển chọn, phiên dịch và sắp xếp theo trình tự nhất định . Mỗi bài viết dù ngắn hay dài, dù hay dù dở cũng đều là công sức của chính tác giả bài viết đó. **Lê Đình Sáng** chỉ là người sưu tầm và phiên dịch, nói một cách khác, người giúp chuyển tải những thông tin mà các tác giả bài viết đã cung cấp, đến tay các bạn .

Bộ sách này là tài liệu sưu tầm và dịch bởi một sinh viên Y khoa chứ không phải là một giáo sư – tiến sĩ hay một chuyên gia Y học dày dặn kinh nghiệm, do đó có thể có rất nhiều lỗi và khiếm khuyết không lường trước , chủ quan hay khách quan, các tài liệu bố trí có thể chưa hợp lý , nên bên cạnh việc thận trọng trước khi thu nhận thông tin , bạn cũng cần đọc kỹ phần mục lục bộ sách và phần hướng dẫn sử dụng bộ sách để sử dụng bộ sách này một cách thuận tiện nhất.

Tác giả bộ sách điện tử này không chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc sử dụng sai mục đích , gây hậu quả không tốt về sức khỏe, vật chất, uy tín ...của bạn và bệnh nhân của bạn .

Không có chuyên môn , không phải là nhân viên y tế , bạn không được phép tự sử dụng những thông tin có trong bộ sách này để chẩn đoán và điều trị. Từ trước tới nay, các thầy thuốc ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN chứ không phải là ĐIỀU TRỊ BỆNH. Mỗi người bệnh là một thực thể độc lập hoàn toàn khác nhau, do đó việc bê nguyên xi tất cả mọi thông tin trong bộ sách này vào thực tiễn sẽ là một sai lầm lớn . Tác giả sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì do sự bất cẩn này gây ra.

Vì là bộ sách cộng đồng, tạo ra vì mục đích cộng đồng, do cộng đồng , bộ sách này có phát triển được hay không một phần rất lớn, không chỉ dựa vào sức lực, sự kiên trì của người tạo ra bộ sách này , thì những đóng góp, xây dựng, góp ý, bổ sung, hiệu chỉnh của người đọc chính là động lực to lớn để bộ sách này được phát triển. Vì một mục tiêu trở thành một bộ sách tham khảo y khoa tổng hợp phù hợp với nhu cầu và tình hình thực tiễn trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong cuộc sống nói chung . Tác giả bộ sách mong mỗi ở bạn đọc những lời đóng góp chân

thành mang tính xây dựng, những tài liệu quý mà bạn muốn san sẻ cho cộng đồng , vì một tương lai tốt đẹp hơn. Đó là tất cả niềm mong mỏi mà khi bắt đầu xây dựng bộ sách này , tôi vẫn kiên trì theo đuổi .

Nội dung bộ sách này, có thể chỉ đúng trong một thời điểm nhất định trong quá khứ và hiện tại hoặc trong tương lai gần. Trong thời đại cách mạng khoa học công nghệ tiến nhanh như vũ bão như hiện nay, không ai biết trước được liệu những kiến thức mà bạn có được có thể áp dụng vào tương lai hay không . Để trả lời câu hỏi này, chỉ có chính bản thân bạn , phải luôn luôn không ngừng-TỰ MÌNH-cập nhật thông tin mới nhất trong mọi lĩnh vực của đời sống, trong đó có lĩnh vực y khoa. Không ai có thể, tất nhiên bộ sách này không thể, làm điều đó thay bạn.

Nghiêm cấm sử dụng bộ sách này dưới bất kỳ mục đích xấu nào, không được phép thương mại hóa sản phẩm này dưới bất cứ danh nghĩa nào. Tác giả bộ sách này không phải là tác giả bài viết của bộ sách , nhưng đã mất rất nhiều công sức, thời gian, và tiền bạc để tạo ra nó, vì lợi ích chung của cộng đồng. Bạn phải chịu hoàn toàn trách nhiệm với bất kỳ việc sử dụng sai mục đích và không tuân thủ nội dung bộ sách này nêu ra.

Mọi lý thuyết đều chỉ là màu xám, một cuốn sách hay vạn cuốn sách cũng chỉ là lý thuyết, chỉ có thực tế cuộc sống mới là cuốn sách hoàn hảo nhất, ở đó bạn không phải là độc giả mà là diễn viên chính. Và Bách Khoa Y Học cũng chỉ là một hạt thóc nhỏ, việc sử dụng nó để xào nấu hay nhân giống là hoàn toàn tùy thuộc vào bạn đọc. Và người tạo ra hạt thóc này sẽ vui mừng và được truyền thêm động lực để tiếp tục cố gắng nếu biết rằng chính nhờ bạn mà biết bao người không còn phải xếp hàng để chờ cứu trợ.

Mọi đóng góp liên quan đến bộ sách xin gửi về cho tác giả theo địa chỉ trên. Rất mong nhận được phản hồi từ các bạn độc giả để các phiên bản sau được tốt hơn.

Kính chúc bạn đọc, gia quyến và toàn thể người Việt Nam luôn được sống trong khỏe mạnh, cuộc sống ngày càng ấm no hạnh phúc.

Đô Lương, Nghệ An. Tháng 8/2010



ABOUT

ebook editor: Le Dinh Sang
Hanoi Medical University
Website: www.ykhoaviet.tk
Email: Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com
Tel: 0973.910.357

NOTICE OF MEDICAL ENCYCLOPEDIA PUBLICATION 2010:

As the request and desire of many readers, in addition to updating the new articles and new specialties, as well as changes in presentation, Medical Encyclopedia 2010 is divided into many small ebooks, each ebook includes a subject of medicine, as this may help readers save time looking up informations as needed. The author would like to thank all the critical comments of you all in the recent past. All the books of the Medical Encyclopedia 2010 can be found and downloaded from the site www.ykhoaviet.tk ,by Le Dinh Sang construction and development.

DONATE

The author would like to thank all the financially support to help the Medical Encyclopedia are developing better and more-and-more useful.

All broken hearted support for building a website for the dissemination of learning materials and teaching Medicine of individuals and enterprises should be sent to:

Bank name: BANK FOR INVESTMENT AND DEVELOPMENT OF VIETNAM

Bank Account Name: Le Dinh Sang

Account Number: 5111-00000-84877

DISCLAIMER :

The information provided on My ebooks is intended for your general knowledge only. It is not a substitute for professional medical advice or treatment for specific medical conditions. You should not use this information to diagnose or treat a health problem or disease without consulting with a qualified health professional. Please contact your health care provider with any questions or concerns you may have regarding your condition.

Medical Encyclopedia 2010 and any support from Lê Đình Sáng are provided 'AS IS' and without warranty, express or implied. Lê Sáng specifically disclaims any implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. In no event will be liable for any damages, including but not limited to any lost or any damages, whether resulting from impaired or lost

money, health or honnour or any other cause, or for any other claim by the reader. Use it at Your risks !

FOR NON-COMMERCIAL USER ONLY .

YOU ARE **RESTRICTED** TO adapt, reproduce, modify, translate, publish, create derivative works from, distribute, and display such materials throughout the world in any media now known or hereafter developed with or without acknowledgment to you in Author's ebooks.

FOREWORD

These ebooks are Le Dinh Sang's collection, compilation and synthesis with the aim of providing a useful source of reference-material to medical students, and all who wish to learn, research, investigate to medical information.

Just a set of open-knowledge, based on community resources, non-profit purposes, not associated with commercial purposes under any kind, so before you use this books you must agree to the following conditions. If you disagree, you should not continue to use the book:

This book is to provide to you, completely based on your volunteer spirit. Without any negotiation, bribery, invite or link between you and the author of this book.

The main purpose of these books are support for studying for medical students, in addition to others if you are working in health sector can also use the book as a reference.

All information in the book are only relative accuracy, the information is not verified by any law agency, publisher or any other agency concerned. So always be careful before you accept a certain information be provided in these books.

All information in this book are collected, selected, translated and arranged in a certain order. Each artical whether short or long, or whether or unfinished work are also the author of that article. Lê Đình Sáng was only a collectors in other words, a person to help convey the information that the authors have provided, to your hand. Remember the author of the articles, if as in this book is clearly the release of this information you must specify the author of articles or units that publish articles.

This book is the material collected and translated by a medical student rather than a professor – Doctor experienced, so there may be many errors and defects unpredictable, subjective or not offices, documents can be arranged not reasonable, so besides carefull before reading information, you should also read carefully the contents of the material and the policy, manual for use of this book .

The author of this e-book does not bear any responsibility regarding the use of improper purposes, get bad results in health, wealth, prestige ... of you and your patients.

7. Not a professional, not a health worker, you are not allowed to use the information contained in this book for diagnosis and treatment. Ever, the physician treating patients rather than treatment. Each person is an independent entity and completely different, so applying all information in this book into practice will be a big mistake. The author will not bear any responsibility to this negligence caused.

8. As is the community material, these books could be developed or not are not only based on their strength and perseverance of the author of this book , the contribution, suggestions, additional adjustment of the reader is great motivation for this book keep developed. Because a goal of becoming a medical reference books in accordance with general requirements and the practical situation in the health sector in particular and life.

9. The contents of this book, may only correct in a certain time in the past and the present or in the near future. In this era of scientific and technological revolution as sweeping as fast now, no one knew before is whether the knowledge that you have obtained can be applied in future or not. To answer this question, only yourself, have to always update-YOURSELF-for latest information in all areas of life, including the medical field. No one can, of course this book can not, do it for you.

10. Strictly forbidden to use this book in any bad purpose, not be allowed to commercialize this product under any mean and any time by any media . The author of this book is not the “inventor” of the book-articles, but has made a lot of effort, time, and money to create it, for the advanced of the community. You must take full responsibility for any misuse purposes and does not comply with the contents of this book yet.

11. **All theories are just gray**, a thousand books or a book are only **theory**, the only facts of life are the most perfect book, in which you are not an audience but are the main actor. This Book just a small grain, using it to cook or fry breeding is completely depend on you. And the person who created this grain will begin more excited and motivated to keep trying if you know that thanks that so many people no longer have to queue to wait for relief.

12. All comments related to the books should be sent to the me at the address above. We hope to receive feedbacks from you to make the later version better.

13. We wish you, your family and Vietnamese people has always been healthy, happy and have a prosperous life.



MỤC LỤC

CHƯƠNG 1. GIẢI PHẪU – SINH LÝ – KHÁM TMH

1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TAI
2. PHƯƠNG PHÁP KHÁM TAI
3. PHƯƠNG PHÁP KHÁM MŨI – XOANG
4. PHƯƠNG PHÁP KHÁM HỌNG - THANH QUẢN
5. PHƯƠNG PHÁP KHÁM THÍNH LỰC
6. PHƯƠNG PHÁP ĐỌC X-QUANG TAI MŨI HỌNG
7. NỘI SOI MŨI XOANG
8. GIẢI PHẪU SINH LÝ HỌNG THANH QUẢN
9. LIÊN QUAN TAI MŨI HỌNG VỚI CÁC CHUYÊN KHOA KHÁC

CHƯƠNG 2. CẤP CỨU TAI MŨI HỌNG

10. CẤM CỨU CHẢY MÁU MŨI
11. KHÓ THỞ TRONG CẤP CỨU TAI MŨI HỌNG
12. CẤP CỨU KHÓ THỞ THANH QUẢN
13. CHẤN THƯƠNG TAI-XƯƠNG ĐÁ
14. DỊ VẬT THỰC QUẢN
15. DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN
16. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ
17. MÙ, GIẢM THỊ LỰC SAU CHẤN THƯƠNG ĐẦU MẶT
18. BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI
19. CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG TAI MŨI HỌNG

CHƯƠNG 3. BỆNH HỌC TAI MŨI HỌNG

20. CÁC HỘI CHỨNG LỚN VỀ TAI
21. BỆNH LÝ TAI MŨI HỌNG THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM
22. BỆNH HỌC TAI GIỮA
23. BỆNH HỌC XƯƠNG CHŨM
24. BỆNH HỌC TAI TRONG

25. BIẾN CHỨNG VIÊM XƯƠNG CHŨM
26. VIÊM AMIDAN
27. ÁP XE QUANH AMIDAN
28. VIÊM HỌNG
29. VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM A
30. VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH
31. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH
32. ĐIẾC ĐỘT NGỘT
33. VIÊM HỌNG
34. VIÊM MŨI
35. VIÊM VA
36. VIÊM THANH QUẢN
37. VIÊM XOANG
38. VIÊM XOANG MŨI DỊ ỨNG
39. VIÊM MŨI XOANG TRỂ EM
40. LAO TAI
41. GIANG MAI TAI
42. LỖI XƯƠNG ỐNG TAI
43. APXE QUANH HỌNG VÀ Ở CỔ DO TAI
44. APXE TIỂU NÃO
45. APXE ĐẠI NÃO
46. APXE NGOÀI MÀNG CỨNG
47. ECZÊMA TAI
48. NHIỄM TRÙNG KHOANG BÊN HỌNG
49. NGỦ NGÁY
50. NGÁY VÀ HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ LÚC NGỦ
51. ĐIẾC VÀ CÁCH PHÁT HIỆN
52. MỐI LIÊN HỆ GIỮA VIÊM MŨI DỊ ỨNG VÀ HEN PHẾ QUẢN
53. RĂNG MỘC TRONG XOANG
54. PHÂN BIỆT VIÊM HỌNG CẤP DO SIÊU VI VÀ GABHS
55. NANG DÒ BẨM SINH
56. VIÊM NHIỀU SỤN TÁI PHÁT
57. DỊ VẬT Ở TAI
58. VIÊM SỤN VÀNH TAI
59. DỊ HÌNH BẨM SINH
60. NHỌT ỐNG TAI NGOÀI
61. RỐI LOẠN THÍNH GIÁC
62. NHIỄM TRÙNG KHOANG BÊN HỌNG
63. NHIỄM TRÙNG HUYẾT KHÔNG CÓ NGHẼN MẠCH DO TAI
64. NÚT BIỂU BÌ

CHƯƠNG 4. UNG THƯ TAI MŨI HỌNG

65. CÁC TIẾN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ
66. K VÒM HỌNG
67. UNG THƯ AMIDAN KHẨU CÁI

- 68. POLYP MŨI
- 69. UNG THƯ THANH QUẢN
- 70. PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN K VÒM MŨI HỌNG THEO TNM 2009
- 71. UNG THƯ CÁC XOANG MẶT
- 72. UNG THƯ THANH QUẢN HẠ HỌNG
- 73. UNG THƯ THANH QUẢN HẠ HỌNG

CHƯƠNG 5. THỦ THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ

- 74. TỔNG QUAN VỀ PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN
- 75. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ CẮT AMIĐAN
- 76. GIÁ TRỊ CỦA NỘI SOI TẠI MŨI HỌNG
- 77. THỦ THUẬT TRONG TẠI MŨI HỌNG
- 78. ĐIỀU TRỊ BỆNH TẠI MŨI HỌNG
- 79. ĐIỀU TRỊ SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT
- 80. DÙNG THUỐC TRONG TẠI MŨI HỌNG
- 81. PHƯƠNG PHÁP DỊCH CHUYỂN PROÖTZ
- 82. THÔNG VÀ BƠM VỎI NHỈ
- 83. CHÍCH MÀNG TẠI
- 84. PHẢN XẠ LIỆU PHÁP
- 85. MỘT SỐ BÀI THUỐC TẠI - MUI - HỌNG
- 86. CẤY ĐIỆN ỐC TẠI
- 87. CHỌC THÔNG XOANG HÀM
- 88. ĐIỀU TRỊ POLÝP MŨI XOANG
- 89. ĐIỀU TRỊ ĐIEC ĐỘT NGỘT BẰNG OXY CAO ÁP
- 90. CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG CẤP
- 91. LỰA CHỌN THUỐC CHỮA VIÊM HỌNG CẤP
- 92. VIÊM TẠI GIỮA VÀ NHỮNG LƯU Ý KHI DÙNG THUỐC

CHƯƠNG 6. HÌNH ẢNH TẠI MŨI HỌNG

- 93. 1. HÌNH ẢNH GIẢI PHẪU
 - 94. 2. ĐỌC TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM X-QUANG
 - 95. 3. HÌNH ẢNH NỘI SOI TMH
-

CHƯƠNG 1. GIẢI PHẪU – SINH LÝ – KHÁM

TMH

1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TAI

1.1. Giải phẫu tai.

Tai gồm 3 phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong.

Tai ngoài: vành tai và ống tai ngoài

Tai giữa: hòm tai, vòi nhĩ và các xoang chũm.

Cấu tạo của hòm nhĩ.

Hòm nhĩ giống như một hình trống dẹt. Bộ phận chủ yếu trong hòm nhĩ là tiểu cốt. Hòm nhĩ được chia thành hai tầng. Tầng trên gọi là tầng thượng nhĩ chứa tiểu cốt, tầng dưới gọi là trung nhĩ (antrum) là một hốc rỗng chứa không khí, thông trực tiếp với vòi nhĩ.

Hòm nhĩ có sáu thành:

Thành ngoài: Phía trên là tầng thượng nhĩ, phần dưới là màng nhĩ hình bầu dục.

Thành trong: Có đoạn nằm ngang của ống falope, phần trên là thành trong của thượng nhĩ có gờ ống bán khuyên ngoài, nằm ngay trên ống falope. Ở một số trường hợp dây thần kinh VII không có ống xương che phủ do đó viêm tai giữa dễ bị liệt mặt, phần dưới là thành trong của hòm nhĩ. Ở mặt này có hai cửa sổ: cửa sổ bầu dục ở phía trên và sau, cửa sổ tròn ở phía sau và dưới.

Thành sau: Phần trên của thành sau là ống thông hang, nối liền hang chũm với hòm nhĩ, phần dưới thành sau là tường dây VII ngăn cách hòm nhĩ với xương chũm.

Thành trước: Thông với lỗ vòi nhĩ (Eustachi), ở trẻ em lỗ vòi luôn mở thông với vòm mũi họng. Với đặc điểm cấu tạo vòi nhĩ nằm ngang, khá rộng và thẳng, viêm nhiễm vùng mũi họng dễ xâm nhập vào tai giữa.

Thành trên: Hay là trần nhĩ ngăn cách hòm nhĩ với hố não giữa. Ở trẻ em đường khớp trai đá bị hở nên viêm tai giữa dễ bị viêm màng não.

Thành dưới: Vành tĩnh mạch cảnh.

Tai trong: Nằm trong xương đá, đi từ hòm tai tới lỗ ống tai trong.

Gồm 2 phần là mê nhĩ xương bao bọc bên ngoài và mê nhĩ màng ở trong.

Mê nhĩ xương: gồm tiền đình và loa đạo (ốc tai).

- Tiền đình thông với tai giữa bởi cửa sổ bầu dục ở phía trước, có ống bán khuyên nằm theo ba bình diện không gian.

- Loa đạo giống nh hình con ốc có hai vòng xoắn rời, được chia thành hai vịn: là vịn tiền đình

thông với tiền đình và vịn nhĩ thông với hòm tai bởi cửa sổ tròn, nó được bịt kín bởi màng nhĩ phụ Scarpa.

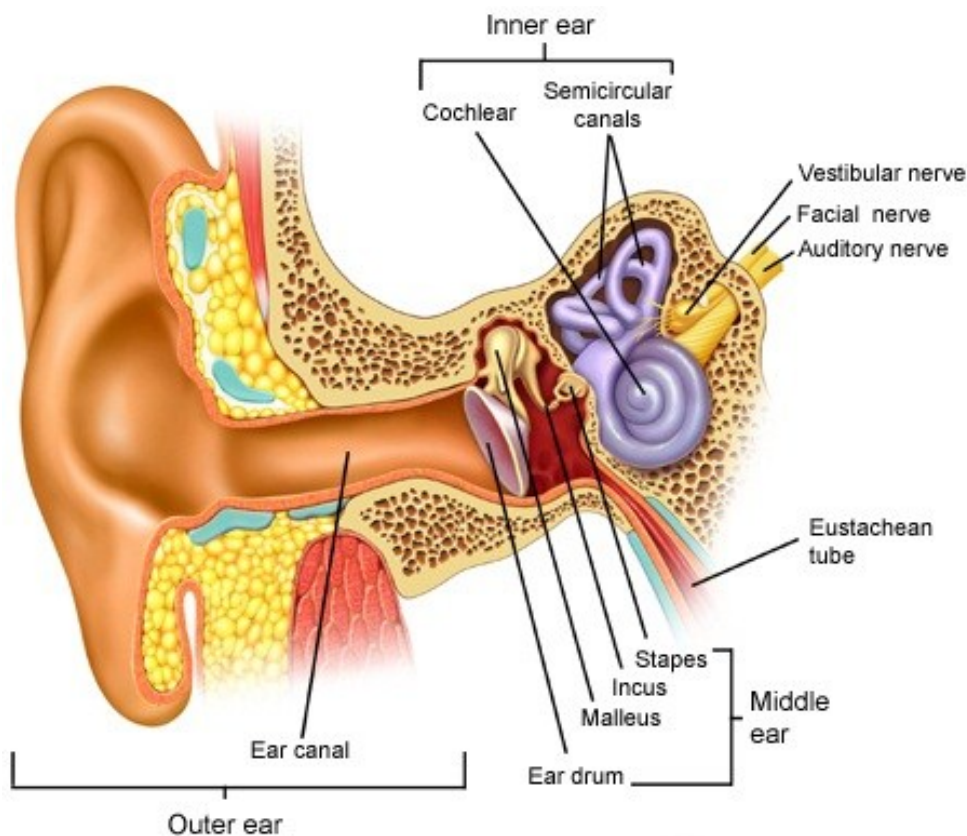
Mê nhĩ màng: Gồm hai túi là cầu nang và soan nang, ống nội dịch và 3 ống bán khuyên màng. Trong cầu nang và soan nang có các bãi thạch nhĩ là vùng cảm giác thăng bằng. Trong ống bán khuyên có mào bán khuyên là vùng chuyển nhận các kích thích chuyển động.

Loa đạo màng: nằm trong vịn tiền đình có cơ quan Corti chứa đựng các tế bào lông và các tế bào đệm, tế bào nâng đỡ.

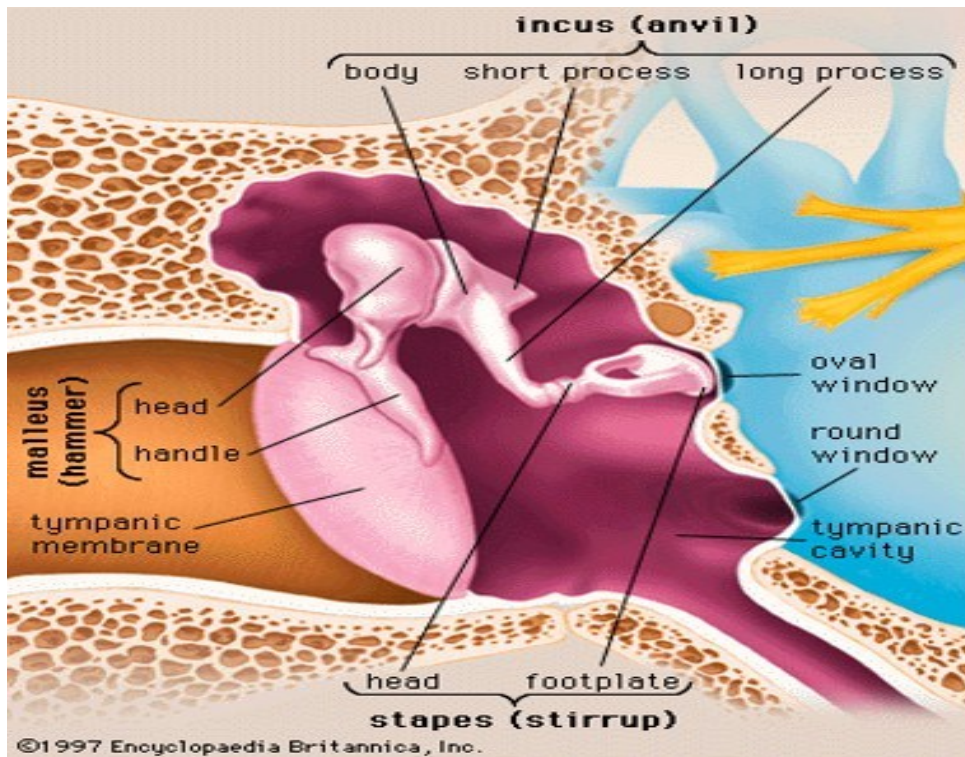
Giữa mê nhĩ xương và mê nhĩ màng có ngoại dịch, trong mê nhĩ màng có nội dịch.

Thần kinh.

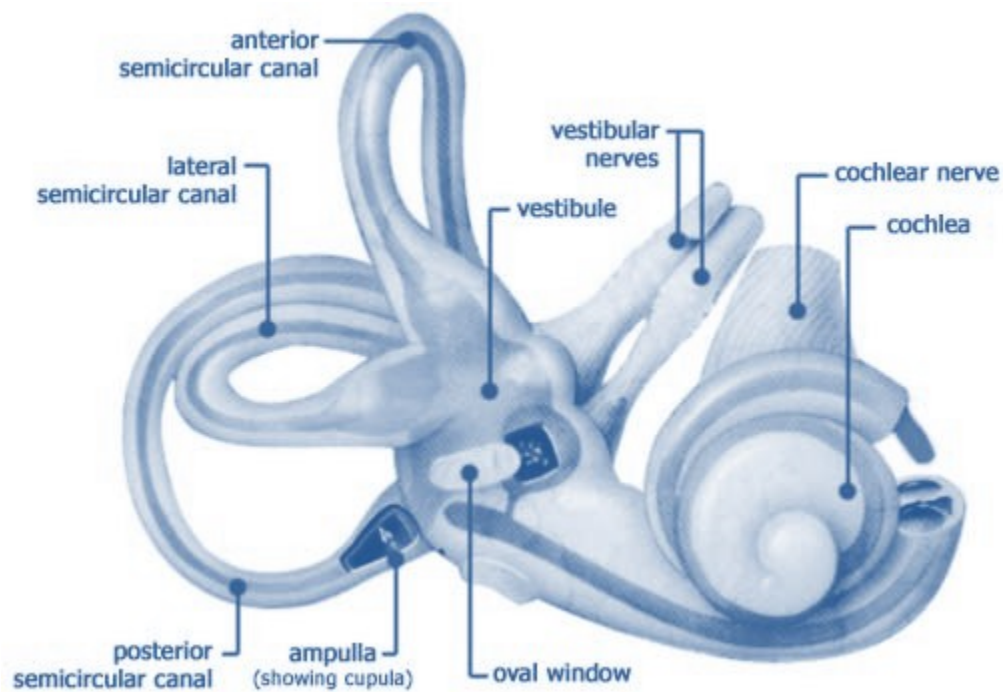
Các sợi thần kinh xuất phát từ tế bào lông của cơ quan Corti tập hợp thành bó thần kinh loa đạo (ốc tai). Các sợi thần kinh xuất phát từ các mào bán khuyên và bãi thạch nhĩ tập hợp thành bó thần kinh tiền đình. Hai bó này tập hợp thành dây thần kinh số VIII chạy trong ống tai trong để vào não.



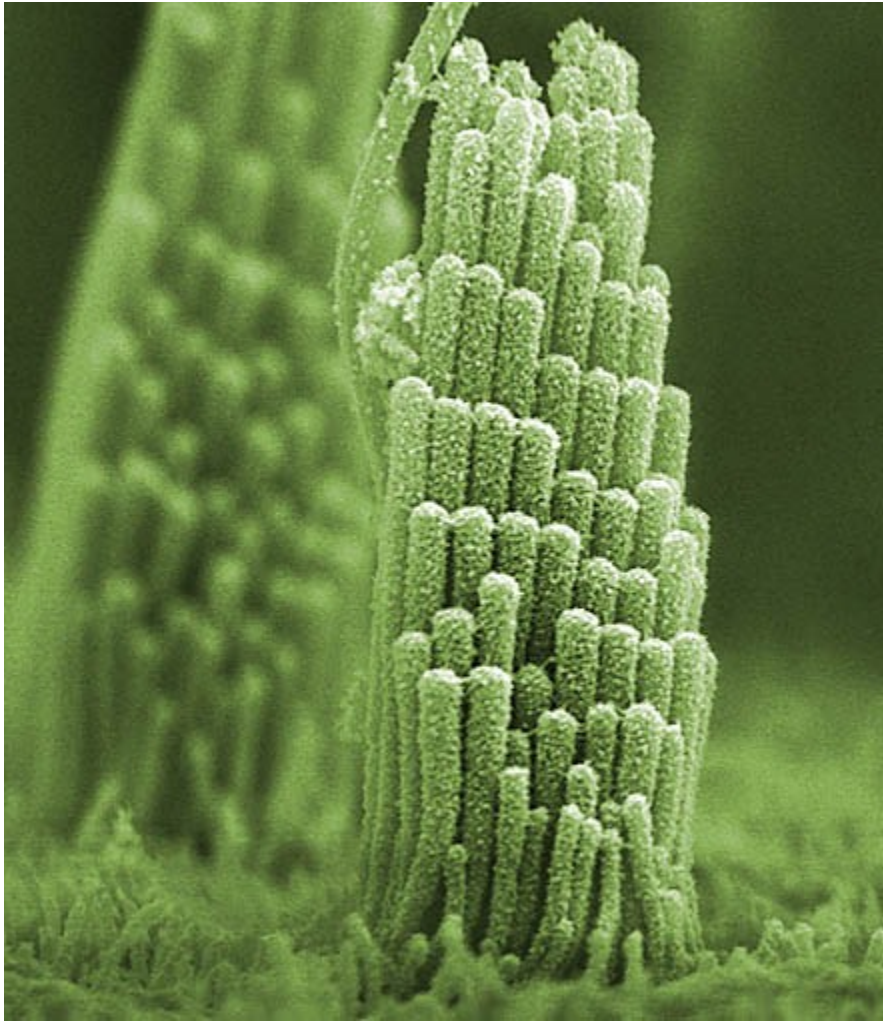
Mô hình tai ngoài - tai giữa - tai trong và thần kinh ốc tai



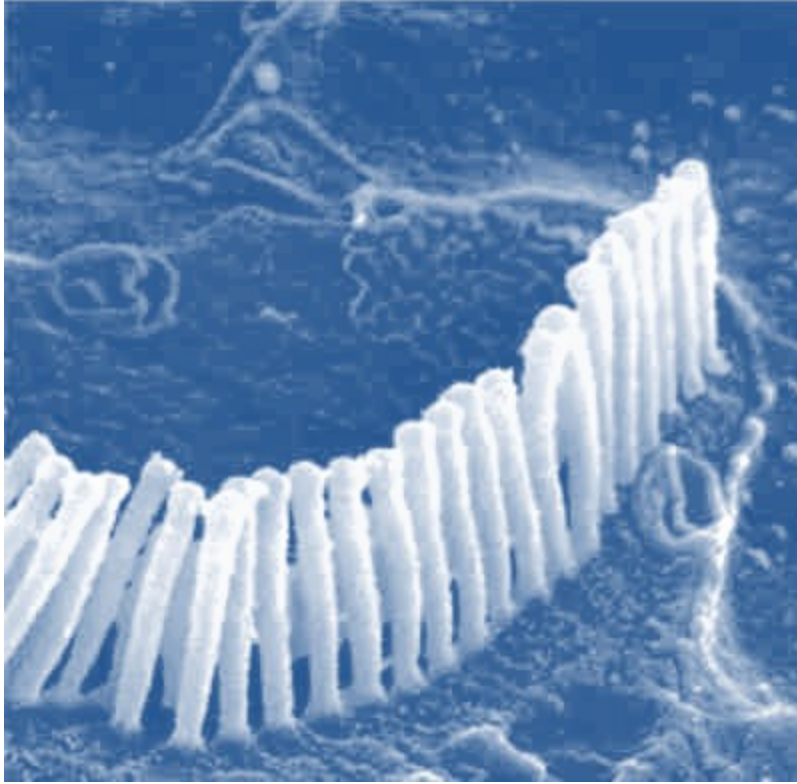
Mô hình tai giữa (màu tím)



Mô hình ốc tai và tiền đình (tai trong)



Mô hình lông chuyển trong ốc tai (tiếp nhận âm thanh)



Mô hình lông chuyển trong ốc tai (tiếp nhận âm thanh)

2. PHƯƠNG PHÁP KHÁM TAI

Bộ môn tai mũi họng ĐHY Dược TpHCM

Khám tai gồm có bốn phần : khám tai ngoài và màng nhĩ, khám các bộ phận kế cận như vòm Ơxtasi, khám chức năng nghe và khám tiền đình.

Trước khi khám chúng ta nên hỏi bệnh nhân xem bệnh bắt đầu từ bao giờ, biến diễn thế nào và có được điều trị hay chưa ?

Những triệu chứng chức năng như đau, điếc, ù tai, chóng mặt mà bệnh nhân kể, cần được phân tích xem có đúng không. Vì bệnh nhân có thể dùng những từ không đồng nghĩa với từ của thầy thuốc. Thí dụ có những bệnh nhân kêu là bị chóng mặt nhưng khi hỏi kỹ thế nào là chóng mặt, thì họ kể rằng mỗi khi đứng dậy nhanh thì tối sầm mắt kèm theo nảo đom đóm mắt.

Chúng ta gọi hiện tượng này là hoa mắt (éblouissement) chứ không phải chóng mặt (vertige).

Ngoài ra, chúng ta cũng phải tìm hiểu thêm về các hiện tượng bệnh lý ở những cơ quan khác như tim, mạch máu, phổi, đường tiêu hóa... Tất cả những cái đó giúp chúng ta nhiều trong việc chẩn đoán nguyên nhân bệnh.

KHÁM TAI NGOÀI VÀ MÀNG NHĨ

Chúng ta bắt đầu bằng khám vành tai, cửa tai xem da ở trước tai và sau tai. Chúng ta dùng ngón tay cái ấn vào những điểm kinh điển như : sào bào, mồm chũm, bờ chũm, nắp tai, để tìm điểm đau. Đối với trẻ nhỏ chúng ta không nên hoàn toàn dựa vào sự trả lời của nó vì sờ vào chỗ nào nó cũng kêu đau hoặc khóc thét lên. Trái lại chúng ta đánh giá cao hiện tượng nhăn mặt vì đau khi chúng ta ấn vào tai bệnh.

Tay sờ giúp chúng ta phát hiện sự đóng bánh ở sau tai hoặc sưng hạch ở trước tai.

Tiếp theo đó chúng ta khám ống tai ngoài và màng nhĩ.

1. Tư thế của bệnh nhân :

Nếu bệnh nhân là người lớn chúng ta để họ ngồi đối diện với thầy thuốc, đầu quay về bên tai không khám.

Nếu là trẻ em nhỏ, nên cho nó đi đái, xong rồi chúng ta nên để cho bà mẹ bế con ngồi lên đùi của mình và ôm ghì đầu em bé vào ngực, như vậy em bé bớt sợ hãi và bớt giãy giụa.

Nếu là một em bé khó bảo, tốt hơn hết là nhờ một người hộ lý khỏe giữ chặt nó lại : hai chân kẹp chân em bé, tay phải quàng trước bụng nó và cầm chặt hai tay bệnh nhân, tay trái ôm ghì đầu nó vào ngực mình.

2. Sử dụng spéculum tai :

Thầy thuốc đầu đội đèn Clar hoặc gương trán tập trung ánh sáng vào cửa tai, dùng tay phải (đối với tai trái) hoặc tay trái (đối với tai phải) kéo vành tai về phía sau và trên để đánh giá độ rộng của ống tai sau đó chọn một cái spéculum vừa cỡ với ống tai.

Nếu khám tai phải, nên cầm spéculum bằng tay phải, nếu khám tai trái thì cầm bằng tay trái. Nên hơi ẩm dụng cụ trước khi cho vào tai. Trong khi đặt spéculum không nên đẩy thẳng từ ngoài vào trong mà phải len lỏi theo chiều cong của ống tai, tránh làm thương tổn thành ống tai.

Khi bắt đầu thấy màng nhĩ thì dừng lại không vào sâu nữa. Nếu ráy tai hoặc mũ che lấp màng nhĩ thì phải gấp ráy tai ra hoặc lau sạch mũ rồi mới xem tai. Động tác chùi sạch ống tai rất quan

trọng, nó tránh cho chúng ta không mắc sai lầm khi đánh giá màng nhĩ và giúp chẩn đoán chính xác. Muốn thấy phần trên của màng nhĩ cần phải hướng phễu soi về phía trên và trước.

Ở hài nhi, ống tai có nhiều lông mịn che lấp màng nhĩ, chúng ta nên dùng dầu vaselin vuốt các lông này nằm xuống trước khi soi.

3. Hình ảnh màng nhĩ bình thường :

Màng nhĩ hình trái xoan, màu trắng bóng như vỏ củ tỏi. Ở người lớn màng nhĩ nghiêng về phía ngoài 45 độ so với trục đứng của ống tai ngoài, ở hài nhi góc này lên trên 60 độ. Vì vậy nên màng nhĩ rất khó xem ở loại bệnh nhân này

Người ta chia màng nhĩ ra làm hai phần phần căng và phần chùng :

Ranh giới giữa hai phần là dây chằng nhĩ búa trước và dây chằng nhĩ búa sau. Giữa phần căng chúng ta thấy có điểm lõm, đó là rốn màng nhĩ tương xứng với cực dưới của cán búa. Cán búa làm một cái gờ dọc đi từ bờ trên của phần căng xuống đến rốn màng nhĩ, nó hơi nghiêng về phía trước khoảng 15 độ.

Ở cực trên của cán búa có một điểm lõm bằng đầu kim ghim, được gọi là mỏm ngắn của xương búa. Về phía dưới và trước của màng nhĩ có một vùng sáng hình tam giác mà người ta quen gọi là tam giác sáng. Đó là sự phản chiếu ánh sáng đèn do mặt bóng của màng nhĩ.

Phần chùng bắt đầu từ phía trên dây chằng nhĩ búa, màng nhĩ ở đây màu hồng, dễ nhăm lẩn da của ống tai. Phần chùng còn được gọi là màng Shrapnell (Shrapnell) và ngăn cách thượng nhĩ với ống tai ngoài.

Trong khi khám màng nhĩ chúng ta nên bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và nuốt nước bọt (thử nghiệm Toynhee) để xem màng nhĩ có di động không. Chúng ta có thể thay thế thử nghiệm này bằng cách bơm không khí vào ống tai với spéculum Sieglơ.

Trong trường hợp tai bị bệnh chúng ta sẽ thấy sự thay đổi về màu sắc, về độ bóng, độ nghiêng của màng nhĩ. Chúng ta cũng có thể thấy sự giãn mạch máu ở dọc theo cán búa, hoặc mức nước ở màng nhĩ. Trong trường hợp tai giữa tích mủ thì màng nhĩ sẽ căng. Sự vắng mặt của tam giác sáng và của những nếp gờ nói lên rằng màng nhĩ bị phù nề. Màng nhĩ cũng có thể bị thủng hoặc có những sẹo mỏng, sẹo dày, sẹo dính, sẹo vôi hóa.

Màng nhĩ bình thường ở mỗi người có thể khác nhau vì vậy cần phải xem cả hai tai để có cơ sở so sánh.

4. Khám vòi Oxtasi. Chúng ta có nhiều cách thử để xem vòi nhĩ Oxtasi có bị tắc không.

Nghiệm pháp Valsava: Bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và xì hơi thật mạnh làm phồng cả hai má. Nếu bệnh nhân có nghe tiếng kêu ở tai tức là vòi thông.

Nghiệm pháp Politzer: Bảo bệnh nhân ngậm một ngụm nước, bịt một bên mũi. Thầy thuốc dùng quả bóng cao su to bơm không khí vào mũi bên kia trong khi bệnh nhân nuốt nước. Nếu bệnh nhân nghe tiếng kêu trong tai tức là vòi Ốxtasi thông.

KHÁM CHỨC NĂNG NGHE

Khám chức năng nghe tức là trả lời hai câu hỏi : có điếc hay không, điếc thuộc về loại nào ? Muốn trả lời một cách chính xác hai câu hỏi này cần phải có dụng cụ tinh vi, khám tỉ mỉ, và tốn nhiều thì giờ.

Trong thực tế chúng ta không thể để hàng giờ khám chức năng nghe cho tất cả từng người bệnh và cũng không cần phải làm như vậy. Đối với đa số bệnh nhân không có bệnh tai chúng ta chỉ cần khám đại khái chức năng nghe cũng đủ. Riêng đối với một số người điếc chúng ta cần phải khám toàn bộ chức năng nghe thì mới tìm ra được căn bệnh. Vì vậy nên có hai cách khám chức năng nghe : khám sơ bộ và khám toàn bộ.

KHÁM SƠ BỘ

Khám sơ bộ chức năng nghe được áp dụng trong những trường hợp thông thường như viêm tai, chảy tiết nhầy, chảy mủ, rách màng nhĩ, hoặc những trường hợp nặng như viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, viêm mê đạo, viêm màng não, apxe não.

Trong trường hợp thiếu thính lực kể, phương pháp khám sơ bộ cũng có thể giúp chúng ta chỉ định phẫu thuật điếc một cách tương đối chính xác.

Mục đích của phương pháp này là đánh giá mức độ điếc và phân loại điếc trong khoảng thời gian ngắn (năm hoặc mười phút) bằng những phương tiện đơn giản như tiếng nói và âm thoa.

1. Bằng tiếng nói :

Đây là cách khám đơn giản nhất và thiết thực nhất. Đơn giản vì nó không đòi hỏi dụng cụ, thiết thực vì nó đánh giá sự tiếp thu của tai đối với tiếng nói, điều kiện cần thiết cho sự tiếp xúc với xã hội.

Chúng ta phải tôn trọng những quy tắc sau đây :

- Khám trong phòng yên tĩnh.

- Để người bệnh đứng gần tường, tai hướng về phía thầy thuốc, tuyệt đối không nhìn miệng thầy thuốc.
- Thầy thuốc đứng ở bên cạnh bệnh nhân để cho luồng rung động thanh âm dội thẳng góc vào màng nhĩ người bệnh.
- Tai đối diện phải được bịt kín lại.
- Nên bắt đầu bằng tai nghe rõ trước và sau đó đến tai điếc.

a) Tiếng nói thầm: Thầy thuốc đứng cách bệnh nhân 6 mét và bảo bệnh nhân nhắc lại những lời mà họ nghe được. Nên dùng hơi thừa trong phổi để phát âm tức là phải thở ra một cách bình thường rồi hãy nói.

Chúng ta bắt đầu bằng những câu đơn giản như : ăn cơm chưa, bao nhiêu tuổi làm nghề gì, nhà ở đâu... sau đó dùng những âm cao như : bảy, tám mươi tám, thống nhất... hoặc những âm trầm như hòa bình, hồng hà, bò con...

Nếu bệnh nhân không nghe thấy gì chúng ta bước tới 20cm và hỏi lại. Nếu bệnh nhân vẫn chưa nghe thấy thì chúng ta tiếp tục đến gần bệnh nhân từng bước 20cm cho đến khi họ nghe được. Chúng ta tính ra bằng centimet khoảng cách từ chân thầy thuốc đến chân bệnh nhân.

Tai bình thường có thể nghe tiếng nói thầm cách 600cm. Nếu chỉ nghe có 50cm là điếc nhiều. Những người có thính lực dưới 50cm không được lái xe có động cơ (ô tô, mô tô).

b) Tiếng nói to: Phương pháp này chỉ dùng cho những trường hợp điếc nặng chứ không dùng cho tai bình thường hoặc điếc nhẹ.

Nói to tức là nói với cường độ bình thường như là nói chuyện trong nhà.

Tai lành mạnh nghe tiếng to cách 50 mét. Trên thực tế chúng ta ít khi có được phòng rộng 50 mét để thử tai.

Nhưng nếu bệnh nhân bị điếc nhiều không nghe tiếng nói thầm được thì khoảng cách nói to sẽ rút ngắn lại còn dưới 10 mét và trong trường hợp này chúng ta có điều kiện để sử dụng tiếng nói to.

Cách khám bằng tiếng nói to cũng giống như cách khám bằng tiếng nói thầm.

Chúng ta sử dụng những câu đơn giản như trên. Chúng ta đánh giá thính lực bằng khoảng cách giữa chân thầy thuốc và chân bệnh nhân.

Thí dụ : nếu tiếng nói thầm là 0 cm tiếng nói to sẽ là 3 mét.

2. Bằng âm thoa.

Âm thoa thường dùng là âm thoa 128 hoặc 256 rung động chu kỳ trong một giây. Thời gian rung động của âm thoa có thể dài hay ngắn tùy theo chất kim khí và tùy theo đánh âm thoa mạnh hay yếu, trung bình là 50 đến 60 giây. Không nên đập âm thoa vào gỗ hay sắt mà chỉ nên đập vào đầu gối hay cùi bàn tay.

Chúng ta sẽ làm những nghiệm pháp sau đây :

a) Nghiệm pháp Svabach (Schwabach): Đo thời gian cốt đạo. Thày thuốc đập âm thoa 128 vào đầu gối của mình, rồi đặt chân âm thoa vào xương chũm bệnh nhân. Khi bệnh nhân nghe tiếng kêu thì đưa ngón tay lên, lúc hết thì bỏ xuống.

Bình thường thời gian cốt đạo là 20 giây.

Điếc tai giữa : thời gian cốt đạo trên 20 giây.

Điếc tai trong : thời gian cốt đạo dưới 20 giây.

b) Nghiệm pháp Bing : Nếu chúng ta đặt một cái âm thoa 256 đang kêu vào xương chũm của người bình thường, sau 20 giây đương sự không nghe tiếng kêu nữa, nhưng nếu chúng ta bịt ngay ống tai bên ấy lại, tiếng kêu của âm thoa sẽ xuất hiện trở lại.

Như vậy có nghĩa là bình thường khí đạo lẫn át và làm lu mờ cốt đạo. Nếu chúng ta loại khí đạo ra thì cốt đạo sẽ nổi bật lên.

Trong trường hợp điếc tai giữa thì tiếng kêu sẽ không xuất hiện khi bịt ống tai.

Trong trường hợp điếc tai trong nhẹ thì tiếng kêu có thể xuất hiện trở lại trong thời gian ngắn.

c) Nghiệm pháp Rinơ (Ruine) : so sánh khí đạo với cốt đạo.

Đối với người bình thường thời gian khí đạo là 30 giây, thời gian cốt đạo là 20 giây. Như vậy khi so sánh chúng ta thấy rằng :

Khi tỷ số lớn hơn một, chúng ta gọi là dương tính.

Đối với người bị điếc tai trong Rinơ cũng dương tính.

Đối với người bị điếc tai giữa tỷ số nói trên nhỏ hơn một tức là âm tính vì khí đạo bị rút ngắn lại còn cốt đạo thì dài ra.

Trong thực tế khi làm nghiệm pháp Rinơ, chúng ta không cần đến đồng hồ để đếm giây, mà chúng ta chỉ cần so sánh khí đạo với cốt đạo bằng cách đặt âm thoa 256 đang kêu vào xương chũm (cốt đạo), sau khi bệnh nhân hết nghe kêu, chúng ta để âm thoa ở trước cửa tai (khí đạo).

Nếu bệnh nhân nghe kêu trở lại tức là khí đạo lớn hơn cốt đạo (Rinơ dương tính) và có nghĩa là tai bình thường hoặc điếc tai trong. Nếu bệnh nhân không nghe trở lại tức là khí đạo nhỏ hơn cốt đạo (âm tính) có nghĩa là điếc tai giữa.

Trong trường hợp điếc tai trong một bên chúng ta có thể thấy cốt đạo bên bệnh dài hơn khí đạo, đó là hiện tượng Rinơ âm tính giả hiệu. Sở dĩ bệnh nhân nghe rõ bằng cốt đạo là vì rung động âm thanh chuyển sang tai lành bằng đường sọ và bệnh nhân nghe bằng tai đối diện. Chỉ cần loại tai tốt ra (bằng cách thổi không khí vào tai hoặc cho đeo ống nghe có phát tiếng ù) thì Rinơ sẽ dương tính.

d) Nghiệm pháp Vobe (Weber) : so sánh cốt đạo hai bên.

Đặt một cái âm thoa đang kêu lên đỉnh đầu. Ở người bình thường, đương sự nghe được cả hai bên, không phân biệt được bên nào rõ hơn bên nào. Trong trường hợp điếc một bên thì sẽ nghe như sau :

- Nếu điếc tai trong, tiếng kêu sẽ thiên về bên lành.
- Nếu điếc tai giữa tiếng kêu sẽ thiên về bên bệnh (tức là nghe tiếng âm thoa kêu bên tai điếc).

Chú ý : trong khi thử Vobe không nên hỏi bệnh nhân "tai nào nghe rõ" vì như vậy họ sẽ theo thói quen chỉ về bên tai lành.

Nên hỏi : khi đặt âm thoa lên đầu, nghe tiếng vang về bên nào ?

e) Nghiệm pháp Golê : phát hiện sự cố định của xương bàn đạp.

Nghiệm pháp Golê được áp dụng trong những trường hợp điếc tai giữa hoặc điếc hỗn hợp để phát hiện sự cứng khớp của xương bàn đạp do xơ cứng tai (oto-spongiose).

Ở người thường nếu chúng ta ấn xương bàn đạp vào cửa sổ bầu dục bằng cách bơm không khí nén màng nhĩ thì thính lực sẽ giảm tức là Golê dương tính vì chúng ta làm trở ngại sự rung động của nội dịch.

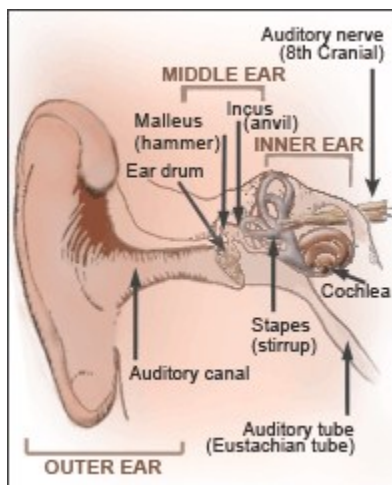
Trái lại nếu xương bàn đạp đã bị cứng khớp sẵn rồi, không di động được thì sau khi nén màng nhĩ thính lực sẽ không thay đổi, tức là Golê âm tính.

Cách làm :

Lắp cái Spéculum Sieglơ vào ống tai bệnh nhân. Đặt cái âm thoa 256 đang kêu lên xương chũm rồi bơm không khí vào ống tai. Trong khi bơm nhớ ấn kín speculum vào ống tai, không cho không khí thoát ra ngoài.

Nếu bệnh nhân nghe giảm thì chúng ta gọi là Golê dương tính tức là xương bàn đạp có di động.

Nếu bệnh nhân vẫn nghe tiếng âm thoa như trước khi bịt thì chúng ta gọi là Gô-lê âm tính, lúc là xương bàn đạp bị cố định.



KHÁM ĐẦY ĐỦ

Ta phải dùng những dụng cụ tinh vi để đánh giá chức năng nghe về hai mặt số lượng và chất lượng. Về số lượng chúng ta tìm ngưỡng thính lực của cốt đạo và khí đạo. Về chất lượng chúng ta xem bệnh nhân bị điếc về loại nào, và nếu điếc tai trong thì thương tổn ở phần nào của tai trong (ở ốc tai hay ở dây thần kinh thính giác...)

Khám toàn bộ đòi hỏi nhiều thì giờ và dụng cụ tinh vi, vì vậy phương pháp này chỉ dành cho những trường hợp quan trọng như chỉ định mổ điếc, theo dõi kết quả mổ điếc, chẩn đoán u dây thần kinh số VIII, phát hiện gian lận giả điếc, chỉ định đeo máy trợ thính ...

Khám toàn bộ gồm có khám bằng tiếng nói, bằng âm thoa, bằng độ huyền cầm Struycken, bằng thính lực kế. Các phương tiện này sẽ giúp thầy thuốc định ranh giới của thính trường, nghiên cứu thính lực đồ, làm thí nghiệm pháp trên ngưỡng.

1 Âm thoa.

Âm thoa giúp chúng ta tìm ngưỡng dưới của thính trường. Người ta dùng âm thoa thấp : 16, 32, 64 rung động trong một giây. .

Đối với loại âm thoa trầm này chúng ta chỉ cần xem bệnh nhân có nghe được bằng đường không khí hay không.

Bình thường ngưỡng dưới của thính trường là 16 chu kỳ (C.K). Nếu bị điếc tai giữa ngưỡng dưới sẽ bị đẩy lên : 128 C.K. Nếu bị điếc liên hợp ngưỡng dưới cũng bị đẩy lên. Nếu bị điếc tai trong ngưỡng dưới không bị đẩy lên hoặc bị đẩy lên rất ít : 32 C.K

2. Thính lực kế (audiometre).

Thính lực kế là một cái máy điện tử dùng đo đo thính lực. Máy này phát ra những âm đơn ở các tần số 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096, 8192. Cường độ của mỗi âm đơn có thể thay đổi từ 100 dèxiben đến 100 dèxiben.

Đơn vị đo lường của thính lực là dexiben, tức là một sự thay đổi cường độ nhỏ nhất mà tai bình thường có thể phân biệt được. Về lý học, dexiben là 1/10 của ben ; Đơn vị Ben là tương quan năng lượng giữa một tiếng âm gây ra bởi 10^{-15} W/cm^2 với ngưỡng 10^{-16} W/cm^2 và được định nghĩa như sau :

$$\log 10^{-15} \text{ W/cm}^2 .$$

$$1 \text{ ben} = \text{-----}$$

$$10^{-16}$$

10^{-15} W/cm^2 là năng lượng rung động gây ra cảm giác 1 ben ở tần số 1000 CK.

10^{-16} W/cm^2 là năng lượng rung động tương xứng với ngưỡng 0 dèxiben ở tần số 1000 CK.

Muốn làm thính lực đồ chính xác phải có phòng cách âm thật im lặng.

Chúng ta bắt đầu đo các ngưỡng của khí đạo ở các tần số từ 128 đến 8192 bằng cách tìm cường độ tối thiểu mà tai ta có thể nghe được ở 7 tần số nói trên. Chúng ta ghi những kết quả vào bảng thính lực đồ in sẵn (kiểu mắt dèxiben) và nối liền các điểm lại bằng bút chì xanh.

Điếc càng nặng thì số dèxiben càng lớn và đường biểu đồ càng xuống thấp. Sau đó chúng ta tìm các ngưỡng của đường cốt đạo tương đối cũng ở các tần số bằng cách đặt ống rung vào xương chũm bên bệnh và đặt ống gây ù ở tai đối diện. Chúng ta ghi kết quả vào bảng thính lực bằng bút chì đỏ, cuối cùng chúng ta tìm các ngưỡng của đường cốt đạo tuyệt đối bằng cách đặt ống rung vào xương chũm, ống ù vào tai đối diện và bảo bệnh nhân bịt kín lỗ tai có ống rung lại.

Chúng ta ghi kết quả vào bảng thính lực đồ và vẽ biểu đồ bằng bút chì đỏ, nét chấm.

Kết quả của đo thính lực là chúng ta có ba đường biểu đồ :

Đường khí đạo C A (biểu hiện bằng đường liên tục)

Đường cốt đạo tương đối COR (màu đậm nét).

Đường cốt đạo tuyệt đối COA (màu nét chấm).

Xu hướng hiện nay, chỉ đo cốt đạo tương đối (biểu diễn bằng đường chấm). Qui ước : dùng bút đỏ để vẽ thính lực đồ tai P và bút xanh để vẽ thính lực đồ tai T.

Chúng ta dựa vào hình dáng, vị trí và sự tương quan của ba đường biểu đồ này để đánh giá mức độ điếc và phân loại điếc.

a) Điếc tai giữa hay điếc dẫn truyền :

- Đường khí đạo CA bị tụt xuống dưới đường cốt đạo tương đối COR, ở các đoạn tương xứng với giọng trầm (128) và giọng cao (4096) còn giọng trung (1024) tương đối đứng vững.
- Đường cốt đạo tương đối COR có hơi tụt xuống chút ít do tăng vài đêxiben ở vùng giọng thấp và không thay đổi ở vùng giữa, vùng cao, tức là vẫn ở gần mức không đêxiben.
- Đường COR vẫn ở trên đường khí đạo CA. Vì vậy nên người ta gọi là Rinơ âm tính trên thính lực đồ.
- Đường cốt đạo tuyệt đối COA không thay đổi tức là vẫn ở trên mức 0 độ 5 đêxiben ở vùng thấp. Trong trường hợp điếc tai giữa lâu ngày, đường cốt đạo có thể bị tụt xuống dưới số không, năm đến mười đêxiben nhưng vẫn nằm ngang.

Trong trường hợp có cứng khớp xương bàn đạp, hai đường cốt đạo COR và COA chập lại với nhau ngay ở vùng tần số thấp ; chỉ số Sullivan (Sullivan) là 0. Chỉ số Sullivan là tổng cộng khoảng cách giữa đường cốt đạo COR và COA ở ba tần số : 512, 1024, 2048. Bình thường chỉ số này phải trên 20 đêxiben.

Nguyên nhân của điếc tai ngoài và tai giữa thường là do ráy tai, do viêm tai giữa, do tắc vòi ọxlasi, do thủng nhĩ, do cứng khớp tiểu cốt...

b) Điếc tai trong hay điếc tiếp nhận.

Điếc tai trong thường ở mức độ khá cao.

Đường khí đạo CA ít bị giảm ở phần trầm trái lại sang giọng cao, nó tụt xuống rất nhanh (trên 60 đêxiben). Đường khí đạo CA tốt hơn đường cốt đạo COA (đường CA ở trên đường COR) do đó người ta gọi là Rinơ dương tính trên thính lực đồ.

Đường cốt đạo tương đối COR tượng trưng cho giá trị của mê nhĩ luôn luôn bị hạ thấp, nhất là ở vùng tần số cao, song song với đường khí đạo CA.

Thí dụ : mất 50 đêxiben ở 4096, 60 đêxiben ở 8192. Thính thoảng lại có những lỗ thính giác tức là những tần số mà cốt đạo không tiếp thu được mặc dù chúng ta tăng cường độ lên đến tối đa. Ở những "lỗ thính giác" này khí đạo có thể còn nghe được. Nhìn chung, chúng ta thấy đường cốt đạo tương đối bị cụp xuống ở vùng tần số cao.

Chúng ta nghĩ đến thương tổn tai trong khi thấy COR bị mất trên 10 đêxiben ở tần số 512, trên 20 đêxiben ở tần số 1024, 2048 và 4096. Tai không nghe được tần số 8192.

Đường cốt đạo tuyệt đối COA cũng bị giảm nhiều và nằm ở trên đường cốt đạo COR độ 10 đêxiben ở vùng tần số thấp. Nhưng đến vùng tần số cao thì hai đường cốt đạo trùng với nhau.

Trong trường hợp điếc tai trong người ta còn làm thêm nghiệm pháp "hồi thính" hay đuổi bắt (recruitment) để định khu thương tổn. Nếu điếc tai trong mà có "hồi thính" thì thương tổn khu trú ở ốc tai (loa đạo). Nếu điếc tai trong mà không có "hồi thính" thì thương tổn khu trú ở dây thần kinh số VIII hoặc ở trung ương.

Nguyên nhân của điếc tai trong thường ra viêm màng não, viêm não, viêm dây thần kinh, giang mai, nhiễm độc do streptomycin, salicylat natri, quinin, chảy máu mê nhĩ, u dây thần kinh số VIII...

c) Điếc hỗn hợp.

Đường khí đạo CA bị giảm nhiều ở hai đầu tức là ở vùng tần số cao và tần số thấp. Những tần số trung bình như 512, 1024, còn nghe được khá. Đường CA ở dưới đường cốt đạo COR.

Khoảng cách giữa đường khí đạo CA và đường cốt đạo COR rất lớn (khoảng 60 đêxiben)..

Đường cốt đạo tương đối COA bị giảm ít ở vùng tần số thấp (128, 256) và trung bình (512, 1024). Mức độ điếc ở vùng tần số 1024 và 2096 trên đêxiben nhưng đến vùng tần số cao 4096 trở lên) thì tụt xuống rất nhiều, 30, 40 đêxiben như trong điếc mê nhĩ.

Đường cốt đạo COA thường hòa mình hoặc bám sát đường cốt đạo COR.

Không có hiện tượng "hồi thính" ở vùng tần số thấp: điếc hỗn hợp gồm có hai nhóm : điếc hỗn hợp nặng về tai trong và điếc hỗn hợp nặng về tai giữa.

BẢNG GHI THÍNH LỰC TAI PHẢI

Trong khi đọc thính lực đồ căn bản là phải dựa vào hình dáng chung và vị trí của các đường biểu đồ phối hợp với lâm sàng. Nên gạt bỏ những chi tiết vụn vặt bất thường. Đặc biệt là phải thường xuyên kiểm tra máy thính lực kế bằng cách đo cho người bình thường để phát hiện những trục trặc bất ngờ của máy.

Nói chung thính lực đồ bằng tiếng âm đơn nói trên cho chúng ta biết được mức độ tiếp thu của loa đạo (ốc tai) nhưng chưa đánh giá được đúng mức khả năng nghe và hiểu lời nói của bệnh nhân. Người ta khắc phục nhược điểm này bằng cách làm thính lực đồ bằng lời nói.

1. Đo thính lực lời.

a) Đại cương :

Đo thính lực lời là dùng tiếng nói để đánh giá thính lực.

Ngày nay ở nhiều nước đo thính lực lời đã trở thành phổ cập, thông dụng, bổ xung cho thính lực âm để đánh giá được đầy đủ, hoàn chỉnh tình trạng và thương tổn thính lực vì :

- Cho biết khả năng nghe nhận tiếng nói, chức năng cơ bản, chủ yếu của cơ quan nghe.
- Cho biết không những tình trạng của cơ quan nghe mà cả của thần kinh trung ương.

Đánh giá được sát, đúng hơn tổn hại thính lực đến đời sống, giao tiếp trong xã hội.

b) Điều kiện đo :

- Máy đo thính lực lời gồm :

Một bộ phận phát tiếng nói chuẩn của bảng thính lực lời : máy ghi âm hay quay đĩa a.

Tiếng được truyền qua và điều chỉnh qua một thính lực kế. Các thính lực kế hiện nay đều sử dụng được cả âm và lời.

- Bảng thính lực lời và biểu đồ chuẩn.

Bảng thính lực lời được xây dựng theo thể loại : Freiburger speech test gồm 2 phần : số thử và từ thử.

c) Cách đo tính :

Ngưỡng nghe lời : là cường độ tối thiểu để nghe nhận được lời nói, thể hiện bằng đạt được 50% nghe nhận với số thử.

Cũng dùng loa tai và đo lần lượt từng tai như tiến hành đo thính lực âm.

- Cho nghe một hàng nào đó của bảng số thử với một cường độ nhất định.

Bệnh nhân nghe và phải nhắc lại số đã nghe. Mỗi số nhắc đúng được tính 10%.

- Điều chỉnh cường độ (tăng hoặc giảm 10 dB), sau đó đo với hàng số thử tiếp sau để được 2 kết quả nhận biết ở 2 phía (trên và dưới) đường trục 50% nhận biết của biểu đồ chuẩn.

- Nối 2 kết quả đo được sẽ cắt đường trục 50% nhận biết ở một điểm, cường độ ghi ở điểm đó (trên đường trục) là cường độ ngưỡng nghe lời.

2. Mất nhận biết lời :

Là số phần trăm (%) phải thêm vào với mức phần trăm nghe nhận tốt nhất đối với từ thử để đạt 100%.

Cũng tiến hành như trên nhưng với bảng từ thử, thường bắt đầu ngay với cường độ lớn (70 dB) ; mỗi từ nhắc đúng được tính 5% (vì mỗi hàng có 20 từ).

- Nếu chưa đạt 100%, đo hàng từ thử tiếp với cường độ tăng mỗi lần 15 dB, cho tới 100%.

- Thí dụ: nghe nhận cao nhất là 100%

mất nhận biết là 0%

nghe nhận cao nhất là 80%

mất nhận biết : $100\% - 80\% = 20\%$

3. Chỉ số mất nghe :

Người ta cũng tính chỉ số mất nghe qua chỉ số nghe nhận với từ thử ở 3 tần số 40 dB, 55 dB và 70 dB.

Thí dụ : nghe nhận Ở 40 dB = 60%

55 dB = 80%

70 dB = 100%

chỉ số nghe nhận : $(60 + 80 + 100) : 3 = 80\%$

chỉ số mất nghe : $100\% - 80\% = 20\%$

d) Biểu đồ thính lực lời :

Các chỉ số đo được, được ghi trên biểu đồ theo ký hiệu :

Tai phải Tai phải

Tai phải tai phải (ngưỡng nghe lời) số thử o - - - - o x - - - - -x

(mất nhận biết) từ thử o - - - - o x - - - - -x

Người ta cũng tìm tiếp cường độ để đạt 0% và 100% nghe nhận với số thử và từ thử để có đường biểu diễn hoàn chỉnh số thử và từ thử.

Tai phải :

ngưỡng nghe lời : 34 dB

mất nhận biết : 10%

Tai trái :

ngưỡng nghe lời : 28 dB

mất nhận biết : 0%

1. Điếc truyền âm :

Các đường biểu diễn số thử và từ thử đều chuyển xuống vùng có cường độ lớn.

- Các đường biểu diễn ít nghiêng hơn bình thường.

Khoảng cách giữa đường số thử và từ thử bằng hoặc nhỏ hơn bình thường.

Thường đạt 100% nhận biết từ thử (trừ trường hợp ngưỡng nghe lời quá cao).

2. Điếc tiếp âm :

- Các đường biểu diễn cũng chuyển xuống vùng có cường độ lớn.

Đường biểu diễn từ thử nằm nghiêng hơn bình thường.

- Khoảng cách giữa đường từ thử và số thử lớn hơn bình thường rõ rệt.

- Thường không đạt 100% nhận biết từ ; nhận biết từ thử sau khi đạt đến mức cao nhất sẽ giữ nguyên khi cường độ thử cho tăng lên hoặc nhận hết từ sau khi đạt đến mức cao nhất lại kém đi khi tiếp tục tăng cường độ thử : đó là hiện tượng Recruitment (R).

Bảng từ thử (của Ngô Ngọc Liễn)

Hàng 1 : thán, hăm, mũi, ta, vắn, búa, ngô. phòng. đảng, chị ,quầy, cơm,mìn ,cháo , anh, lửa, bồ, diêm, đường, xe.

Hàng 2 : anh, kiến, tường, chần, lợn, nội, đình, sữa, trán, khu, đập, nghề, dốt, thang, bà, quăng, vệt, hòm, măng, đùi.

Hàng 3 : dân, bánh, hình, bụi, môi, quản, phút, liềm, con, đĩa, áo, ngực, cha, tàng, bệnh, sông, thanh, vợ, năm, trương.

Hàng 4 : nước, dao, lửa, bờ, máy, ngõ, ăn, hàng, đất, cửa, chổng, lim; quạt, bùn, xích, tre, thay, vải, phố, điện.

Hàng 5 : tim, ngày, lúa, quang, ằm, phổi, xích, giường, dừa, trâu, sắt, che, biển, vách, thợ, đông, máu, bò, mưa, hàm.

Hàng 6 : mắt, đình, sân, lụt, chó, cảnh, bơm, miệng, chữ, đồi, da, túi, người, bông, thịt, ằm, hạt, phao, vàng, quê.

Hàng 7 : lao, minh, đòn, phân, cách, vùng, để, nón, hào, chậu, tử, ông, cá, ngành, thiếc, tình, giờ, bực, quãng, trung.

Hàng 8 : vôi, súng, bình, tay, mét, ong, trời, bữa, dân, cầu, bảng, dịch, quả, hồ, khăn, chẽ, nhà, lương, thú, mây.

Hàng 9 : phim, đá, quần, hội, nón, tiền, đạn, vườn, nơi, út, nhạc, bảo, mía, dừa, tàu, chén, thôn, chủ, lang, cân.

Hàng 10 : hiệu, ngăn, đầu, khách, công, bia, lá, bụng, bạc, chim, thước, dài, quân, . xa, mồm, múi, chó, võng, em.

Bảng số thứ

Hàng 1 : 21 87 35 12 96 30 28 55 43 78

2 : 14 76 95 80 27 53 34 89 25 66

3 : 17 88 45 72 26 90 51 46 38 97

4 : 65 77 39 42 38 96 41 82 50 18

5 : 85 22 31 94 70 15 68 49 73 56

6 : 44 61 30 59 21 83 62 48 37 16

7 : 84 23 57 19 60 98 33 47 81 64

8 : 40 79 52 88 93 67 86 29 11 74

9 : 92 41 36 78 25 63 99 71 15 20

10 : 66 91 32 75 24 90 53 13 69 54

Thính lực đồ tiếng nói bổ sung cho thính lực đồ âm đơn chứ không thay thế nó được vì nó kém khả năng phân tích.

Làm thính lực đồ ở trẻ em 4 - 5 tuổi rất khó. Một số tác giả đưa ra phương pháp Pép-sô (Peep-show) tức là tạo ra cho em bé một phản xạ có điều kiện với tiếng âm của máy thính lực kể và

dùng phản xạ đó để tìm ngưỡng thính lực Người ta cho em bé chơi với một cái xe điện (hoặc đèn chiếu) gắn liền với máy thính lực kế.

Xe điện này chỉ chạy khi nào hai điều kiện sau đây xảy ra cùng một lúc : thính lực kế phát âm và em bé bấm nút. Lúc đầu chúng ta cho thính lực kế kêu thật to (80 đêxiben) từng tiếng ngắn và tập cho em bé ấn nút khi có tiếng kêu.. Sau một thời gian huấn luyện em bé sẽ có phản xạ ấn nút cho xe chạy khi nó nghe tiếng âm. Lúc đó chúng ta bắt đầu đo thính lực bằng cách giảm dần tiếng âm cho đến ngưỡng mà em bé không nghe được tức là không bấm nút. Đó là ngưỡng nghe của em bé.

4. Đo thính lực trên ngưỡng

Kỹ thuật đo thính lực đơn âm trong ngưỡng không khảo sát được chất lượng chức năng nghe, nghĩa là không đánh giá được những sự vặn méo (distorsions) của cảm giác nghe ; đây chính là nguyên do hạn chế hiệu quả điều chỉnh máy trợ thính nếu chỉ căn cứ đơn thuần vào những kết quả của đo thính lực trong ngưỡng.

Đo thính lực trên ngưỡng có nhiệm vụ khảo sát và đánh giá tất cả những sự vặn méo về cảm giác âm thanh (distorsions de la sensation sonore).

Thật vậy các bệnh rối loạn về thính lực không chỉ giới hạn trong vấn đề sút giảm cường độ nghe vì 1 đơn âm có 2 mặt bản chất là độ cao (tần số) và cường độ của nó. Rối loạn của bộ máy nghe có thể đưa đến hậu quả là lẫn lộn giữa 1 tần số này với 1 tần số khác, hoặc lẫn lộn giữa 1 cường độ này với 1 cường độ khác.

Thường thì có 3 loại rối loạn :

- a) Rối loạn về cảm giác tần số, thí dụ như song thính (diplacousie)
- b) Rối loạn về cảm giác cường độ, thí dụ như hiện tượng hồi thính (recrutement)
- c) ù tai ảnh hưởng nghe hiểu (acouphènes)

a/- Vặn méo về cảm giác độ cao (paracousies tonales) thường chỉ xảy ra 1 bên tai và biểu hiện bởi hiện tượng rối thính ; chỉ gây khó chịu trong trường hợp bệnh nhân là nghệ sĩ âm nhạc ; trong đa số trường hợp thì dạng vặn méo này gây nên một hình thức ù tai khó xác định. Có thể dùng kỹ thuật đo với 2 chập nghe khác nhau ở 2 bên tai, nhưng nói chung thì sự khảo sát này không có giá trị thực tiễn (ngoại trừ các trường hợp nhạc sĩ chuyên nghiệp).

b/- Vặn méo về cảm giác cường độ (distorsion de la scnsàtion d'intensité).

Với 1 cường độ âm thanh đã định, người ta định nghĩa hồi thính (recrutement) nếu như tai đo đó nhận rõ hơn khả năng thực tế so với một ngưỡng tối thiểu, nếu tai nhận thức kém hơn thì gọi là hiện tượng ngược lại hồi thính (inverse de recrutement).

Thí dụ : Một người A bình thường sẽ có ngưỡng nghe 0 dB ở tần số 1024 sẽ có ngưỡng đau ở 130 dB. Một người điếc B với ngưỡng nghe tối thiểu ở 30 dB, sẽ có ngưỡng đau ở 160 dB là đúng về mặt lý thuyết. Một người điếc C cũng với ngưỡng nghe tối thiểu ở 30 dB này lại bị đau khi nghe ở cường độ 140 dB thôi, người bệnh C này bị hồi thính, nghĩa là bậc thang cảm giác cường độ bị hẹp lại. Hiện tượng hồi thính này có thể đến mức độ là đối với 1 người điếc D, cũng điếc tương tự như B và C, sẽ bị đau chỉ với mức 100 dB thôi, ngưỡng đau này còn thấp hơn cả người bình thường và hiện tượng này gọi là quá hồi thính (sus-recrutement). Hãy thử 1 bệnh nhân E cũng bị mất nghe 30 dB dù tăng đến 180 dB, E vẫn không bị đau : ở đây có sự nổi rộng cảm giác bậc thang cường độ và gọi là hiện tượng ngược hồi thính (inverse de recrutement).

Một tai bị hồi thính (thính trường bị thu hẹp) có khả năng phân biệt các mức cường độ rõ hơn 1 tai lành : ngưỡng tối thiểu chính xác và ngưỡng phân biệt nhỏ, điều ngược lại xảy ra đối với 1 tai bị hiện tượng ngược hồi thính.

Như vậy hiện tượng hồi thính là 1 sự thu hẹp (chứ không phải là 1 sự cắt xén) các khả năng nhận định trên bậc thang cường độ.

Có 7 nhóm nghiệm pháp đo thính lực trên ngưỡng :

- 1/ Ngưỡng nghe tối thiểu (seuil d'audibilité minima).
- 2/ Ngưỡng phân biệt đối với từng thay đổi cường độ đơn âm (seuil différentiel pour les variations d'intensité tonale).
- 3/ Trị số của ngưỡng nghe tối đa (valeur du seuil d'audibilité maxima).
- 4/ Thử nghiệm cân bằng Fowler (test de balance de Fowler).
- 5/ Những thử nghiệm sử dụng hiệu ứng che lấp (effet de masque).
- 6/ Những thử nghiệm về độ mệt và độ thích ứng (fatigue et adaptation).
- 7/ Các thử nghiệm nghe hiểu (tests d'intelligibilité).

Mục đích của 7 nhóm nghiệm pháp này là :

- 1/ Phát hiện vắn méo tần số (song thính).
- 2/ Phát hiện vắn méo về cường độ (hồi thính) : như các biện pháp SISI, Luscher, phản xạ bàn đạp, Bekésy, Fowler.

3/ phát hiện một mối tai (bất thích ứng) : Carharl (T.D.T) Bekésy...

Các nghiệm pháp đo thính lực trên ngưỡng giúp chúng ta tìm nguyên nhân và định vị điếc. Chúng cũng giúp ta phân biệt được bệnh nhân bị điếc chức năng (functional hearing loss) với bệnh nhân bị điếc có thương tổn thực thể (organic hearing loss). Ở đây chúng tôi nói về 1 vài nghiệm pháp thường làm.

1) Nghiệm pháp Békésy .

Nghiệm pháp này được dùng để xác định ngưỡng nghe tối thiểu.

Máy do Békésy là 1 thính lực kế ghi nhận tự động, phát ra 1 đơn âm (pure tone) ngắt quãng hoặc liên tục ở những tần số thay đổi liên tục. Máy khảo sát các tần số từ 100- đến 10.000 trong vòng 20 phút.

Bệnh nhân sẽ ấn nút cho đến khi nghe được, rồi nhả nút bấm khi nhả nút thì cường độ âm thanh được máy giảm tự động. Bằng cách này, chính bệnh nhân sẽ tạo nên thính lực đồ của mình. Một cây kim vẽ thính lực đồ lên giấy với hoành độ là tần số (chu kỳ/giây) và tung độ là độ giảm nghe (dB).

Những yếu tố đánh giá là sự khác biệt giữa những ngưỡng nghe đối âm thanh ngắt quãng và âm thanh liên tục ; và số lần đáp ứng trong mỗi đơn vị thời gian.

Những dấu hiệu này giúp chúng ta phân biệt được điếc do ốc tai và điếc do dây thần kinh VIII. Chúng cũng giúp ta phân biệt được điếc do tai giữa với điếc do tai trong.

Trong hồi thính thì ngưỡng nghe rất chính xác, được biểu diễn trên biểu đồ là những dao động có biên độ nhỏ (xem 4 biểu đồ rời Békésy : Type I, II, III,)

2) Nghiệm pháp SISI (Short increment Sensitivity Index)

Nghiệm pháp này đưa đến tai của bệnh nhân 1 đơn âm hằng định với cường độ ở mức 20 dB trên ngưỡng nghe của tai thử, theo đường dẫn truyền thông khí chổng lên âm liên tục này, cứ mỗi 5 giây, máy lại tăng cường độ âm lên cao 1 dB trong một khoảng khắc rất ngắn (1/5 giây) sau đó máy lại phát âm đều đều như cũ.

Người có sức nghe bình thường khó phát hiện được sự tăng cường độ âm tế nhị như vậy (ngưỡng phân biệt cường độ âm ở người bình thường là từ 1,3 đến 3,1 dB), nhưng những người có thương tổn ốc tai nghe được hầu hết những thay đổi này.

Vì thế nghiệm pháp SISI phân biệt một cách rõ rệt những bệnh nhân bị điếc do nguyên nhân khác.

Kết quả : Máy chạy tự động theo chương trình phát ra đủ 20 lần tăng cường độ âm thử (tăng 1 dB) đều đặn cứ 5 giây 1 lần rồi tự động dừng (số lần sẽ thấy tăng dần lên ở bảng báo PRES và số lần bệnh nhân báo trúng, ta thấy ở SCORE tăng lên cho đến hết chương trình thử (20 lần).

Nhìn trên bảng báo SCORE %, ta thấy :

- Nếu 0% là bình thường, hoặc điếc dẫn truyền, hoặc điếc tiếp nhận sau mê nhĩ.
- Nếu từ 20% đến 60% là ngờ có hồi thính.
- Nếu trên 60% là có hồi thính.

3) Nghiệm pháp T.D.T. (Threshold Tone Decay Test)

Nghiệm pháp đo sự mệt mỏi của tai bằng cách đánh giá sự suy giảm ngưỡng nghe (Threshold tone Decay).

Phát vào loa nghe bên tai thử 1 âm ở tần số đã định và cường độ ở ngưỡng nghe. Cho âm phát liên tục trong 60 giây.

Khi người bệnh nghe được, họ nhấn đèn báo, khi không còn nghe thấy âm, họ ngừng bấm và đèn báo tắt. Ta tăng cường độ thêm 5 dB, người bệnh lại nghe được họ nhấn đèn báo, khi không nghe được nữa, họ lại bỏ nút bấm, đèn lại tắt. Ta lại tăng thêm 5 dB nữa và cứ thế ta thử tiếp cho hết 1 phút.

Đánh giá kết quả :

- Người thường nghe được liên tục 1 phút, không phải tăng cường độ (0 dB).

Ta bảo : TDT âm tính.

- Người có suy giảm ngưỡng nghe, trong 1 phút, phải tăng quá 5 dB. Ta bảo tai có hiện tượng suy sụp (relapse).

a) Từ 15 đến 20 dB : suy sụp mức độ 1 (relapse 1). Người bệnh có rối loạn mê nhĩ hoặc sau mê nhĩ

b) Trên 20 dB, có khi cao hơn, hoặc mất hoàn toàn ngưỡng nghe : Đó là mức độ 2 (relapse 2) do thương tổn. sau mê nhĩ suy sụp.

Để hoàn chỉnh việc đánh giá điếc, ta cần phải làm thêm :

1/ Khám tiền đình

2/ Điện động nhãn đồ

3/ P.E.A. (Potentiel évoqué audilif) : tương đương với nghiệm pháp B.E.R.

(Brainstem Evoked Response) ở Mỹ.

5. Phản xạ loa đạo.

Loa đạo có một số phản xạ mà chúng ta cần biết vì nó giúp chúng ta nhiều trong việc chuẩn đoán hoặc phát hiện sự giả vờ.

a) Phản xạ loa đạo - mi mắt.

Nếu thính lực chúng ta gây ra tiếng âm lớn sau lưng một người bình thường và không cho họ biết trước, họ sẽ chớp mắt.

Chúng ta thực hiện nghiệm pháp này bằng cách vỗ tay một cái thật mạnh hoặc đánh một tiếng chuông sau lưng bệnh nhân cách bệnh nhân độ nửa mét. Nếu bệnh nhân nghe được họ sẽ chớp mắt, nếu họ bị điếc thì họ không chớp mắt.

Phản xạ loa đạo - lời nói của Lomba (Lombard).

Chúng ta cho bệnh nhân đeo hai ống nghe của thính lực kế vào tai và bảo họ đọc to tiếng một trang sách. Trong khi họ đọc, chúng ta mở máy gây điếc, cho tiếng ù tăng dần đến mức độ inh tai.

Nếu họ không điếc thì họ sẽ đọc to lên để át tiếng ù.

Nếu họ bị điếc thì họ vẫn đọc với cường độ bình thường như không có tiếng ù.

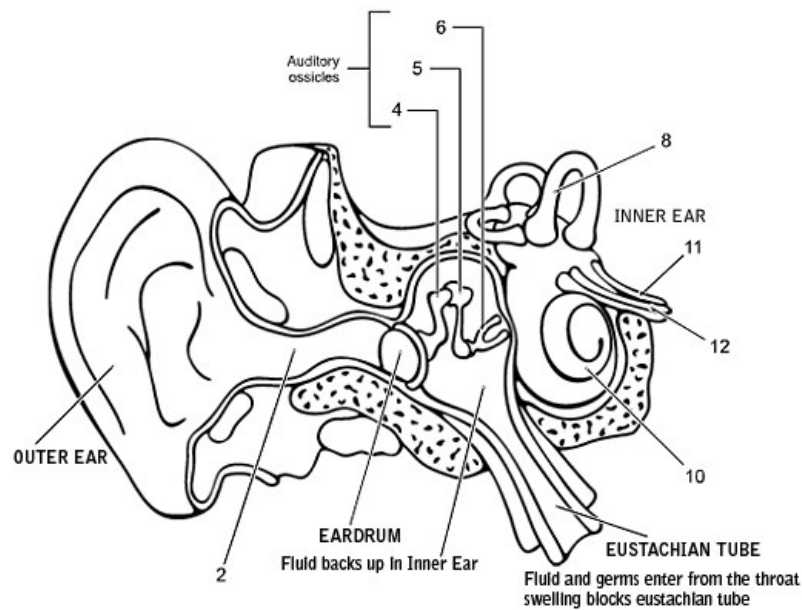
6. Tỷ lệ thương tật về điếc.

Khám tỷ lệ thương tật chính xác, yêu cầu phải làm thính lực đồ để tính tỷ lệ giảm thính lực ở các tần số và nhất là ở tần số nói chuyện 256, 512, 1024, 2048. Khi có tỷ lệ giảm thính lực rồi chúng ta sẽ quy ra tỷ lệ thương tật theo bảng quy định của Bộ Y tế (xem bài giám định y khoa ở tập III).

Nhưng trong hoàn cảnh thực tế hiện nay chúng ta chưa cần phải đi sâu như vậy. Chúng ta có thể dựa vào tiếng nói thầm và tiếng nói to để đặt ra tỷ lệ thương tật một cách tương đối tốt. Sau đây là bảng gia biểu các mức độ điếc.

Cách đọc bảng này giống như đọc bảng Pitago (Pythagore) tức là kéo cột dọc từ trên xuống dưới và cột ngang từ trái sang phải, chỗ hai cột gặp nhau sẽ cho chúng ta tỷ lệ thương tật tính theo phần trăm.

Thí dụ : tai phải nghe tiếng nói thềm 0 cm, tai trái nghe tiếng nói thềm 5 cm, tỷ lệ thương tật 25%.



ĐO TRỞ KHÁNG

NGUYÊN LÝ CƠ BẢN VÀ HY VỌNG ÁP DỤNG TRÊN LÂM SÀNG

Giả thiết ta có một hệ chuyển động hoặc giao động bao gồm vật có khối lượng M , nối liền với điểm cố định bằng một lực cứng nhắc S (Stiffness), chuyển dịch trên một mặt phẳng với lực ma sát r (roughness) tần số giao động là f (frequency).

Trong âm học, kháng trở 1/1 âm học được tính bằng công thức :

Người ta hy vọng tạo ra máy đo được trở kháng (tuyệt đối) phù hợp với suy luận lôgic sau đây :

Metz và Zwislocki đã chế tạo các loại máy nhưng cho các số đo tuyệt đối không có giá trị. Vì cơ quan thính giác phức tạp hơn nhiều so với mô hình nói trên, ta lại không đo được trở kháng ở tại mặt đế xương bàn đạp, hơn thế nữa các tổn thương thần kinh giác quan làm giảm sút sức nghe rất nhiều lại không có liên quan gì đến trở kháng.

Tuy vậy Terkildsen và Nielsen đã đi theo hướng khác và cho ra đời một loại máy đo trở kháng theo sơ đồ sau đây : (Máy thể hệ 1).

Một nút vít kín ống tai ngoài, có thông 3 lỗ :

Lỗ thứ nhất nối với bộ phát gắn sẵn trong máy, phát ra 1 âm 220 H/

Lỗ thứ hai nối liền với máy phát hiện đo âm phản hồi âm phát ra bị tai thu hút bớt một phần, phần còn lại gọi là phản hồi. Tai nghe tốt : phần bị thu hút lớn, phần phản hồi nhỏ. Tai nghe kém : phần bị thu hút nhỏ, phần phản hồi lớn. Có một Volt kế đo phần phản hồi này.

Lỗ thứ ba nối với một bơm để làm tăng giảm áp lực trong tai một áp kế cho biết áp lực tính bằng Cm H₂O.

Sau đây là các áp dụng lâm sàng.

NHĨ ĐỒ

Nguyên lý : ta tạo ra trong ống tai đã vít kín những áp lực khác nhau thông thường là từ + 200 mmH₂O qua O rồi chuyển sang áp lực âm cho đến - 400 mmH₂O (so với áp lực 1 atmtphe). Các áp lực này sẽ tạo ra những trở ngại, tức là các mức trở kháng thêm vào hệ màng nhĩ - xương con và do đó sức nghe sẽ tăng giảm theo các áp lực đó.

Về nguyên tắc : khi nào áp lực hai bên màng nhĩ bằng nhau thì người ta nghe rõ nhất, lúc đó Volt kế chỉ mức độ thấp nhất.

- Tai bình thường : nghe rõ nhất lúc áp lực 2 bên màng nhĩ đều là 1 atm, tức là 0 (không chênh lệch). Nhĩ đồ có hình chóp nón loe, không đối xứng, lật úp đỉnh trở kháng trùng với áp lực 0.
- Vòi nhĩ hơi bị tắc, áp lực trong hòm nhĩ âm, do vậy nhĩ đó có đỉnh dịch về phía áp lực âm.
- Trong hòm nhĩ có chất dịch : nhĩ đồ hình đồi, chuyển dịch về phía âm.
- Tai giữa viêm dính: nhĩ đồ đường thẳng chếch lên về phía trái.
- Màng nhĩ có sẹo mỏng : nhĩ đồ có 2 đỉnh v.v...

PHẢN XẠ BÀN ĐÁP

Trong hòm nhĩ có cơ búa và cơ bàn đạp có nhiệm vụ bảo vệ thính giác chống lại các tiếng động mạnh. Mỗi khi nghe tiếng động mạnh, dù chỉ nghe một bên tai thì các cơ này ở cả hai tai đều đồng thời co lại, tăng thêm sức trở kháng để ta nghe tiếng động giảm bớt cường độ.

Với mức nghe bình thường 0 dB thì phản xạ bàn đạp ở mức khoảng 85 dB.

Người ta ghi ngay vào biểu đồ sức nghe - Đo phản xạ bàn đạp có nhiều ứng dụng :

1) Được coi như một phương pháp đo sức nghe khách quan có phản xạ bàn đạp có nghĩa là có nghe, để phát hiện một số trường hợp giả vờ điếc.

2) Tìm hồi thính.

3) tìm thoái hóa ngưỡng phản xạ (reflex decay test) có giá trị chẩn đoán tổn thương sau ốc tai, ví dụ u dây VIII.

4) Xác định vị trí tổn thương dây VII v.v...

KHÁM TIỀN ĐÌNH

Khám tiền đình tức là nghiên cứu những phản ứng của tiền đình ở người bệnh và so sánh những phản ứng đó với những phản ứng của người bình thường để đánh giá mức độ và vị trí của thương tổn. Khám tiền đình chẳng những rất cần thiết cho sự chẩn đoán các bệnh về tai mà còn giúp ích nhiều cho khoa tai thần kinh (oto-neurologie).

Chúng ta sẽ nghiên cứu những triệu chứng tự phát và những triệu chứng do thầy thuốc gây ra.

RỐI LOẠN TỰ PHÁT

Những triệu chứng tự phát là : chóng mặt, động mắt hay giật nhãn cầu (nystagmus), lệch ngón tay trở, rối loạn thăng bằng.

1 Chóng mặt :

Chóng mặt do mê nhĩ có những đặc tính sau đây :

- Bệnh nhân có cảm giác bị quay tròn hoặc đưa qua đưa lại, đưa tới đưa lui, đưa lên đưa xuống (chóng mặt chủ quan). Bệnh nhân cũng có thể thấy đồ đạc, nhà cửa cây cối chung quanh mình chạy qua trước mặt hoặc đảo lộn lung tung (chóng mặt khách quan).

- Chóng mặt xuất hiện từng cơn nhất là khi bệnh nhân cử động mạnh hoặc thay đổi tư thế của đầu, hoặc liếc mắt về phía động mắt. Cơn chóng mặt có thể kèm theo nôn mửa, ù tai, điếc.

Ngoài cơn chóng mặt, bệnh nhân có thể đi lại được

Cường độ của chóng mặt giảm dần trong bệnh mạn tính và sẽ mất nếu mê nhĩ bị huỷ loại.

Nói chung trong cơn chóng mặt do mê nhĩ, bệnh nhân có cảm giác là bị quay tròn, bị xô đẩy, bị vật xuống. Ngoài cơn chóng mặt mặt các triệu chứng khác quan nghèo nàn. Chúng ta không nên nhầm chóng mặt thật sự với những hiện tượng như là hoa mắt, nẩy đom đóm mắt, tối xầm mặt mày mà nhân dân quen gọi là "chóng mặt".

2. Động mắt tự phát (nystagmus spontané).

Động mắt tức là hai nhãn cầu cùng bị giật về một hướng theo một nhịp nhất định. Không nên nhầm với rung nhãn cầu (tremblement oculaire). Động mắt gồm có hai động tác chiều hướng trái ngược : giật chậm và giật nhanh. Hướng của động mắt do giật nhanh quyết định.

Động mắt do mê nhĩ có những đặc tính sau đây :

- Sau khi đeo kính + 20 diốp, động mắt vẫn tiếp tục đập.
- Động mắt có đủ hai thì giật chậm và giật nhanh.
- Khi bệnh nhân nhìn về phía giật nhanh động mắt sẽ tăng lên.
- Động mắt thường có kèm theo những rối loạn khác của mê nhĩ : chóng mặt điếc...

Chúng ta sẽ không nhầm động mắt do mê nhĩ với những động mắt khác như động mắt do nhìn tập trung, hoặc động mắt sinh lý do liếc ngang cực độ, hoặc động mắt của thợ mỏ do liếc về phía trên thường xuyên, hoặc động mắt thị vận (nystagmus opto-cinetique) do nhìn các vật di chuyển nhanh qua trước mắt.

Chúng ta phân biệt ba thể động mắt chính : động mắt ngang, động mắt đứng và động mắt quay tùy theo sự vận động của nhãn cầu. Trong động mắt quay, nhãn cầu xoay tròn theo trục trước sau, biên độ di động thường không quá 1/16 vòng (24 độ). Ba thể động mắt này có thể phối hợp với nhau ở trên một bệnh nhân.

Về cường độ chúng ta cũng chia động mắt ra làm ba loại :

- Độ một : động mắt xuất hiện khi nhãn cầu nhìn về hướng giật nhanh.
- Độ hai : động mắt xuất hiện khi nhãn cầu nhìn thẳng về trước.
- Độ ba : động mắt xuất hiện khi nhãn cầu nhìn về hướng giật chậm.

3. Lệnh ngón tay :

Chúng ta dùng hai nghiệm pháp sau đây để thể hiện lệnh chi trên : nghiệm pháp đưa tay thẳng và nghiệm pháp ngón tay chỉ.

Nghiệm pháp đưa tay thẳng :

Bệnh nhân ngồi trước mặt thầy thuốc, lưng tựa vào ghế, đưa hai tay thẳng về phía trước mặt, ngón tay trở chỉ thẳng về phía trước mặt, các ngón khác nắm lại. Thầy thuốc ngồi trước mặt bệnh nhân, hai tay gấp lại trước ngực và chìa ngón cái ra, đối diện với hai ngón tay trở của bệnh nhân.

Xong rồi bảo bệnh nhân nhắm mắt lại. Bình thường hai ngón tay trở của bệnh nhân luôn luôn chỉ vào hai ngón tay của thầy thuốc. Trong trường hợp bệnh lý, hai ngón tay của bệnh nhân sẽ lệch về một bên. Thường là cả hai tay cùng lệch về một hướng nhưng cũng có khi chỉ lệch một tay thôi.

Hướng tay lệch đối lập với hướng động mắt trong trường hợp thương tổn mê nhĩ (Hội chứng ngoại biên).

Nghiệm pháp ngón tay chỉ :

Bệnh nhân và thầy thuốc cũng ngồi đối diện như trên. Bảo bệnh nhân nhắm mắt và dùng ngón trở của tay phải chỉ đầu gối mình và chỉ ngón tay cái trái của thầy thuốc. Sau đó lại dùng ngón tay trở trái chỉ đầu gối mình và ngón tay cái phải của thầy thuốc.

Trong trường hợp bệnh lý, người ốm sẽ chỉ lệch theo chiều ngang sang bên phải hoặc sang bên trái.

Chúng ta cũng có thể tìm sự lệch hướng theo chiều cao bằng cách bảo bệnh nhân di động tay trong bình diện ngang, từ bên phải hoặc bên trái đến trước mặt mình.

4. Rối loạn thăng bằng.

Có ba nghiệm pháp được dùng để thể hiện sự mất thăng bằng của bệnh nhân: nghiệm pháp Rômbe (Romberg), nghiệm pháp Foa-Têvơna (Foix-Thévenard), nghiệm pháp Radơmake Gacxanh (Rađemaker Garein).

Nghiệm pháp Rômbe :

Để bệnh nhân đứng thẳng, hai chân chụm lại, mắt nhắm. Nếu có rối loạn thăng bằng, bệnh nhân sẽ nghiêng người về một bên hoặc ngã về một bên.

Nếu bệnh tích ở mê nhĩ, bệnh nhân sẽ ngã về phía đối lập với hướng động mắt tức là ngã về bên tai bệnh, hướng ngã này sẽ thay đổi tùy theo tư thế của mê nhĩ. Thí dụ bệnh nhân bị bệnh ở tai trái, nếu họ nhìn thẳng về phía trước họ sẽ ngã về bên trái, nếu họ quay đầu 90 độ về bên trái thì sẽ ngã về phía sau, nếu họ quay đầu 90 độ về bên phải thì họ sẽ ngã về phía trước.

Trong trường hợp rối loạn nhẹ, chúng ta phải làm nghiệm pháp Rômbe nhạy cảm mới thể hiện được sự mất thăng bằng : bệnh nhân nhắm mắt, đứng thẳng, hai bàn chân để dọc theo một đường thẳng, bàn chân trái trước, bàn chân phải sau.

Nghiệm pháp Roa-Têvơnia (Foix-Thévenard).

Nghiệm pháp này thể hiện sự giảm trương lực cơ ở chi dưới.

Để bệnh nhân đứng thẳng trong tư thế "nghiêm", thầy thuốc dùng ngón tay đẩy khê vào ngực, hướng về phía sau làm cho bệnh nhân mất thăng bằng. Bình thường cơ cẳng chân trước (muscle jambier antérieur) và cơ duỗi chung (extenseur commun) sẽ co lại và làm cho các ngón chân nhấc lên khỏi mặt đất.

Nếu bệnh nhân bị giảm trương lực cơ (hypotonie musculaire) thì các ngón chân sẽ không nhấc lên và nếu đẩy mạnh hơn bệnh nhân sẽ ngã về phía sau.

Nghiệm pháp thích nghi của Rađơmake và Gácxanh (Rađemaker - Garcin).

Trong nghiệm pháp này bệnh nhân chỉ được mặc quần đùi và áo lót.

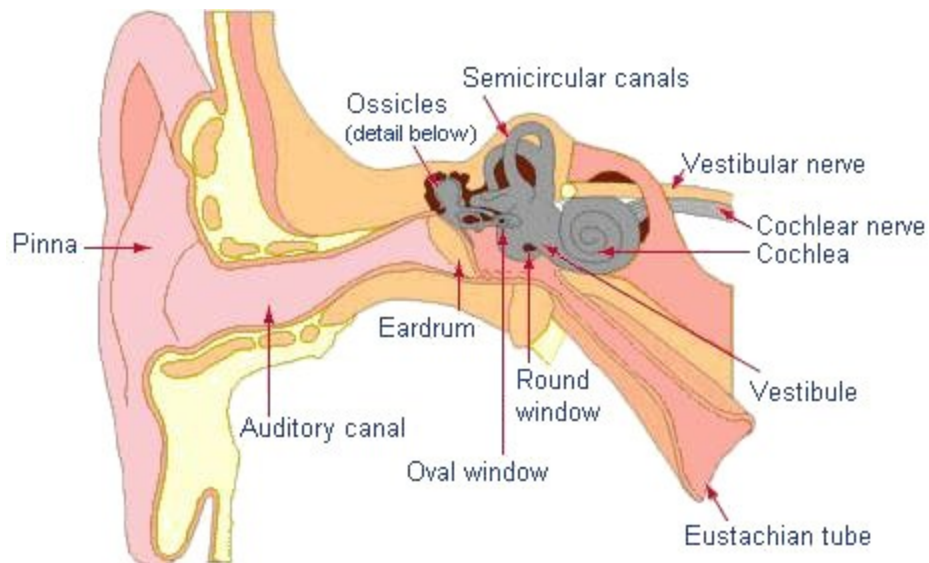
Chúng ta để bệnh nhân bò chống hai tay và hai đầu gối xuống bàn, rồi đột nhiên chúng ta nhấc cái bàn nghiêng 30 độ về một bên. Nếu là người bình thường, họ sẽ có phản xạ gò người lại, duỗi các chi bên thấp và co các chi bên cao để giữ thăng bằng không bị hất xuống đất. Nói theo lý học là họ cố giữ cho trọng tâm (centre de gravité) không rơi ra ngoài hình chân đế (polygone de sustentation). Trái lại nếu là người bị hỏng mê nhĩ họ sẽ không có phản ứng thích nghi và bị hất xuống đất như một pho tượng gỗ.

Chúng ta cũng có thể tìm phản ứng thích nghi bằng cách để bệnh nhân ngồi trên một cái ghế tựa, rồi đột nhiên lật ngửa ghế về phía sau. Bệnh nhân mất thích nghi sẽ ngã người theo lưng ghế như tượng gỗ. Trái lại nếu là người lành mạnh, họ sẽ có phản ứng nghiêng người về phía trước để giữ thân mình đứng thẳng theo đường dây dọi, không ngã theo lưng ghế.

5. Nghiệm pháp Babinski - Ven (Babinski - Weil) hay nghiệm pháp đi hình ngôi sao.

Bảo bệnh nhân nhắm mắt lại và đi tới đi lui sáu lần, mỗi lần tám bước. Trong khi bước tới, bệnh nhân sẽ đi lệch về bên nhĩ bệnh, khi đi lui họ sẽ đi lệch về bên mê nhĩ lành. Rút cuộc đường đi của bệnh nhân có dạng hình ngôi sao và bệnh nhân không trở về đúng xuất phát điểm.

Nếu là người lành mạnh thì họ sẽ đi theo đường thẳng và về đúng chỗ cũ.



RỐI LOẠN DO GÂY RA

Trong những nghiệm pháp sau đây, thầy thuốc kích thích mê nhĩ để nghiên cứu các phản ứng của nó. Hiện nay trên lâm sàng người ta dùng ba phương pháp để kích thích tiền đình : nước lạnh, điện một chiều và ghế quay.

1. Nghiệm pháp nước lạnh.

Về nguyên tắc chúng ta có thể dùng nước nóng 44°C hay nước lạnh 25°C để kích thích tiền đình. Hướng của động mắt sẽ trái ngược nhau tùy theo nhiệt độ của nước. Trên thực tế chúng ta quen dùng nước lạnh hơn nước nóng. Súc lạnh vào tai sẽ làm di chuyển nước nội dịch. Luồng nội dịch này kích thích các tế bào giác quan của ống bán khuyên và gây ra động mắt.

Trước khi bơm nước lạnh cần phải xem màng nhĩ có bị thủng không, nếu có thủng thì phải thận trọng như dùng nước vô trùng, nhiệt độ vừa phải (30°C), bơm nhẹ... Có tác giả khuyên không nên làm nghiệm pháp này nếu tai bị thủng.

Chúng tôi quen dùng phương pháp Côbrắc (Kobrak) cải biên theo lối Hôtăng (Hautant). Cách làm này không đòi hỏi dụng cụ đặc biệt và ít gây ra phản ứng dữ dội.

Để bệnh nhân ngồi thẳng trên ghế có tựa lưng, mắt đeo kính Bacten (Bartels) (+ 20 điốp) để loại động mắt giả, đầu ngửa 60° về phía sau. Chúng ta bơm 10ml nước lạnh 25°C vào tai người bệnh.

Bình thường 20 giây sau khi bắt đầu bơm nước, động mắt xuất hiện. Người ta gọi đó là thời gian tiềm tàng. Động mắt kéo dài trong 60 đến 90 giây.

Nếu thời gian tiềm tàng bị rút ngắn dưới 20 giây và thời gian phản ứng dài trên 120 giây thì người ta gọi là quá kích thích. Trái lại nếu thời gian tiềm tàng kéo dài trên 30 giây và thời gian động mất dưới 30 giây thì người ta gọi là kém kích thích.

Nếu tiền đình không trả lời chúng ta sẽ tăng khối lượng nước lên đến 100ml. Sau đó nếu tiền đình vẫn không phản ứng thì chúng ta kết luận rằng tiền đình không kích thích được.

Muốn nghiên cứu tính chất của phản ứng chúng ta phải để đầu nghiêng theo ba tư thế Brunin (Brunnings) khi bơm nước :

- Tư thế brunin 1 : ngồi thẳng, đầu ngửa 60 độ về phía sau, ống bán khuyên nằm bị dựng đứng lên 90 độ. Trong trường hợp bình thường sẽ có động mắt ngang, đập về bên đối diện với tai bị bơm nước.

- Tư thế brunin II : đầu ngả về phía sau 60 độ và nghiêng 45 độ về bên tai được bơm nước. Ống bán khuyên nằm bị kích thích và động mắt ngang xuất hiện. Động mắt đập về phía bên đối diện với tai bị bơm nước.

- Tư thế Brunin III : đầu ngả về phía sau 60 độ và nghiêng 45 độ về phía không bơm . nước. Hai ống bán khuyên đứng bị kích thích cùng một lúc, và gây ra động mắt quay về hướng đối diện với tai bơm nước.

Nghiệm pháp nước lạnh rất tiện lợi vì nó cho phép chúng ta nghiên cứu từng mê nhĩ một và ở mỗi tai chúng ta có thể khám riêng ống bán khuyên nằm hoặc ống bán khuyên đứng.

Sau khi phân tích động mắt xong chúng ta làm ngay nghiệm pháp đưa tay thẳng : bình thường hai tay sẽ lệch về bên bị bơm nước. Kế đó theo chúng ta bảo bệnh nhân đứng dậy để làm nghiệm pháp Rômbe : bệnh nhân sẽ ngả về bên tai bị bơm nước.

Cuối cùng chúng ta hỏi bệnh nhân có chóng mặt buồn nôn không ? Nói chung bệnh nhân sẽ trả lời rằng có rạo rức buồn nôn hoặc thấy khó chịu trong người vài phút.

Khám xong một bên tai, chúng ta phải đợi mười phút rồi hãy chuyển sang tai bên kia.

Chúng ta tóm tắt kết quả vào bảng kết quả khám như sau :

Phản ứng hài hòa tức là hướng động mắt và hướng nghiêng người (hoặc hướng lệch ngón tay) đối lập với nhau.

Phản ứng không hài hòa tức là động mắt và nghiêng người (hay lệch ngón tay) cùng đi về một hướng, hoặc động mắt đập về phía tai bệnh bị bơm nước, hoặc ngón tay chỉ lệch về phía tai lành không bơm nước.

2. Nghiệm pháp ghế quay.

Nguyên tắc : khi chúng ta để bệnh nhân ngồi trên ghế quay và chúng ta cho ghế quay tròn, toàn bộ mê nhĩ sẽ quay theo.

Nếu chúng ta hãm cái ghế lại một cách đột ngột thì nội dịch trong tiền đình, do cái đà đã có sẵn, sẽ đập vào bong bóng của ống bán khuyên và kích thích các tế bào thần kinh của mào thính giác (crête acoustique) gây ra động mắt. Muốn kích thích ống bán khuyên nào thì phải để ống bán khuyên đó trong bình diện nằm. Trong nghiệm pháp này chúng ta thử cả hai tiền đình cùng một lúc.

a) Khám ống bán khuyên nằm.

Bệnh nhân đeo kính + 20 điốp, ngồi trên ghế quay kiểu Lecmoayê (Lermoyez), đầu nghiêng 30 độ về phía trước, lưng tựa vào thành ghế, chân đặt trên bàn đạp của ghế, hai tay nắm chặt thành ghế.

Thầy thuốc quay ghế 10 vòng trong 21 giây, và đến vòng thứ 10 chặn ghế đứng lại đột ngột. Ngay khi ghế đứng lại thì động mắt xuất và đập về hướng đối lập với chiều quay của ghế. Thầy thuốc dùng đồng hồ đo thời gian từ lúc động mắt bắt đầu cho đến khi hết động mắt.

Muốn khám tiền đình phải thì chúng ta quay ghế từ phải sang trái (của bệnh nhân). Nếu khám tiền đình trái thì quay từ trái sang phải.

Nếu quay từ phải sang trái, thì động mắt sẽ đập từ trái sang phải. Nếu quay từ trái sang phải thì động mắt sẽ đập từ phải sang trái.

Khi chúng ta quay từ trái sang phải thời gian động mắt là 30 giây trong đó 25 giây do mê nhĩ trái gây ra (do dòng nội dịch chảy về bong bóng) còn 5 giây do mê nhĩ phải (dòng nội dịch thoát khỏi bong bóng) gây ra. Nếu chúng ta quay từ phải sang trái, thời gian động mắt cũng là 30 giây, trong đó 25 giây do mê nhĩ phải gây ra (dòng nội dịch chảy về bong bóng) còn 5 giây do mê nhĩ trái (dòng nội dịch thoát khỏi bong bóng).

Nếu mê nhĩ của hai bên đều chết, bệnh nhân sẽ không có phản ứng.

Nếu chỉ có mê nhĩ trái bị chết thì thời gian động mắt sẽ như sau :

- Quay từ trái sang phải : $30 - 25 = 5$ giây

- Quay từ phải sang trái : $30 - 5 = 25$ giây

Nếu chỉ có mê nhĩ phải bị chết thì thời gian động mắt sẽ như sau :

- Quay từ phải sang trái : $30 - 25 = 5$ giây

- Quay từ trái sang phải : $30 - 5 = 25$ giây

Sau mỗi lần quay nghỉ 10 phút để bệnh nhân hồi tĩnh.

Trên đây là kết quả của xét nghiệm khi bệnh tích còn mới. Trong những trường hợp mạn tính, lâu ngày, kết quả sẽ không được rõ rệt như trên vì có hiện tượng bù trừ xen vào : mê nhĩ lành đảm bảo một phần chức năng của mê nhĩ chết. Thời gian của động mắt sẽ là 15 giây mặc dù chúng ta quay về bên phải hay về bên trái.

b) Khám ống bán khuyên đứng.

Ống bán khuyên đứng gồm có ống bán khuyên trên và ống bán khuyên sau. Ở đây còn nhiều điểm chưa được rõ lắm, nhất là về vai trò của ống bán khuyên riêng lẻ. Đại khái người ta quy ước với nhau rằng :

Muốn khám ống bán khuyên trên (bình diện trán) phải ngả đầu 90 độ về phía trước. Động mắt thuộc về loại quay và kéo dài trong 20 giây. Hướng của động mắt và hướng quay của ghế đối lập với nhau.

Muốn khám ống bán khuyên sau (bình diện dọc-plan sagittal) phải ngả đầu 90 độ về một bên, động mắt thuộc về loại đứng và kéo dài trong 6 giây. Thí dụ : ghế quay về bên phải mà đầu ngả về bên phải thì sẽ có động mắt đứng đập về phía dưới, nếu ngả đầu về bên trái sẽ có động mắt đứng đập về phía trên.

3. Nghiệm pháp điện một chiều.

Dòng điện một chiều tác động trực tiếp đến thần kinh tiền đình và gây ra phản ứng nghiêng đầu, động mắt và chóng mặt.

Dụng cụ cần thiết là 20 cái pin 1,5 vôn nối tiếp nhau, một cái ampe kế, một cái điện trở và hai cực điện.

Phương pháp thường dùng là kiểu hai tai hai cực tức là mỗi bên tai đeo một cực điện khác tên với nhau.

Cách làm :

- Phản ứng nghiêng đầu :

để bệnh nhân đứng thẳng, mắt nhắm, lắp cực điện vào trước nắp tai : cực dương bên phải, cực âm bên trái. Bắt đầu cho điện chạy, và tăng dần cường độ từ 0 mili ampe trở lên. Đối với người thường khi lên đến 3 mA thì đầu nghiêng về cực dương. Trong trường hợp có thương tổn mê

nhĩ, hướng nghiêng đầu sẽ thay đổi. Nếu là bệnh tích ở thân dây thần kinh hoặc ở các nhân trung ương thì ngưỡng kích thích sẽ tăng lên 10 mA hoặc hơn.

Sau khi phản ứng xuất hiện rồi, chúng ta giảm điện dần trở về 0 mA. Nếu chúng ta cắt điện nhanh bệnh nhân sẽ ngã về bên đối diện.

- Phản ứng động mắt :

Bệnh nhân mở mắt. Động mắt sẽ xuất hiện khi chúng ta tăng cường độ lên đến 5 mA và đập về phía cực âm. Động mắt ngang hoặc quay.

Lúc làm nghiệm pháp này nên cho bệnh nhân đeo kính + 20 điốp.

Nếu có thương tổn tiền đình, hướng của động mắt sẽ thay đổi và ngưỡng kích thích của dòng điện cũng tăng (10 mA).

- Cảm giác chóng mặt.

Chóng mặt xuất hiện muộn và đòi hỏi cường độ điện cao (trên 10 mA). Nếu bệnh nhân mở mắt thì họ sẽ thấy đồ đạc đi động qua trước mặt họ từ cực dương qua cực âm. Nếu bệnh nhân nhắm mắt họ sẽ có cảm giác bị lôi kéo về phía cực dương.

4. Nghiệm pháp bơm hơi.

Bình thường nếu chúng ta dùng spéculum Sieglơ (Sieglc) bơm không khí vào ống tai ngoài, bệnh nhân chỉ có cảm giác căng trong tai.

Trái lại nếu mê nhĩ có lỗ rò (rò ở ống bán khuyên nằm) khi chúng ta bơm không khí vào tai, bệnh nhân sẽ ngã người về phía đối lập và có động mắt ngang quay đập về phía tai bệnh. Đó là triệu chứng Lukê (Lucae).

Trong trường hợp giang mai bẩm sinh ở mê nhĩ (xương bàn đạp lỏng khớp) thì phản ứng sẽ ngược lại. Khi chúng ta bơm không khí vào tai thì bệnh nhân ngã người về phía tai bị kích thích và động mắt nằm quay đập về phía đối diện (triệu chứng Heanebert)

Để kết luận về vấn đề khám tiền đình chúng ta nên nhớ rằng những nghiệm pháp nói trên chỉ có giá trị tương đối nếu nó đứng riêng lẻ một mình, nhưng nếu các biện pháp đó được áp dụng một cách phối hợp và cùng trả lời theo một hướng thì giá trị của nó rất lớn.

Chúng ta chỉ nên coi như là bệnh lý những kết quả hoặc những con số thật là bất thường. Còn những sai lệch chút ít hoặc vụn vặt thì không đáng kể.

Khi chúng ta nói mê nhĩ quá kích thích hoặc kém kích thích, chúng ta không nên căn cứ vào con số tuyệt đối của các nghiệm pháp mà phải so sánh kết quả của hai tai với nhau.

3. PHƯƠNG PHÁP KHÁM MŨI – XOANG

1. Hỏi bệnh.

Bệnh nhân khi khám mũi, xoang có nhiều lý do: ngạt mũi, chảy mũi, hắt hơi hoặc không ngủ được, khạc ra đờm hoặc bị đau đầu, mờ mắt, mũi gáy...

Để biết rõ về bệnh: phải xác định được thời gian khởi phát, diễn biến và hiện trạng của bệnh, đã điều trị thuốc gì? ngoài ra cần hỏi tình trạng nghề nghiệp và gia đình để thấy được các nguyên nhân, liên quan gây bệnh.

Các triệu chứng chính:

- Ngạt, tắc mũi: là triệu chứng chính của mũi, thời gian và mức độ ngạt tắc mũi, 1 hay 2 bên, có liên quan đến thời tiết, đến tư thế đầu và các triệu chứng khác.
- Chảy mũi: đánh giá tính chất, mức độ và thời gian chảy, diễn biến và liên quan đến thời tiết, đến các yếu tố khác và các triệu chứng khác.
- Mất ngủ: những biến đổi về ngủ, thời gian, mức độ và liên quan đến các triệu chứng khác.
- Đau: cũng thường gặp, do tự phát hay khi gây ra, tính chất, vị trí, mức độ và thời gian đau, liên quan đến các triệu chứng khác, hướng lan, liên quan đến các triệu chứng khác.
- Hắt hơi: thành tràng kéo dài hay chỉ một vài lần?

2. Khám thực thể mũi.

Dụng cụ khám mũi;

Đèn Clar.

Gương trán.

Đèn lưỡi.

Gương soi vòm.

Soi mũi Speulum các cỡ.

2.1. Khám ngoài:

Nhìn và sờ nắn gốc mũi, sống mũi, cánh mũi, ấn mặt trước các xoang để phát hiện các dị hình, biến dạng, biến đổi và điểm đau.

2.2. Khám trong:

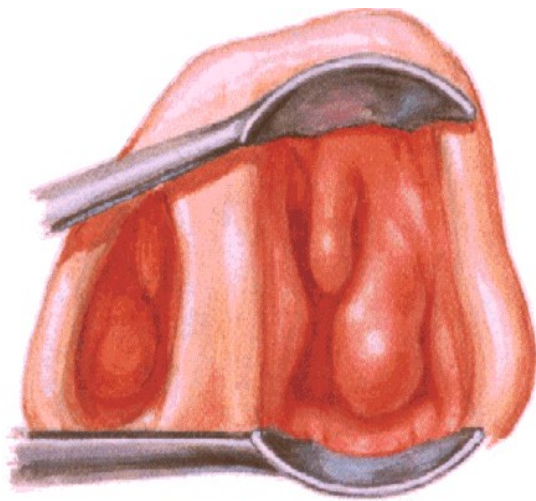
- Tiền đình mũi: dùng ngón tay nâng đỉnh mũi lên để quan sát vùng tiền đình mũi xem có nhọt, viêm loét...
- Soi mũi trước: dùng mở mũi, khám hốc mũi bên nào cầm dụng cụ bằng tay bên ấy. Đưa nhẹ mở mũi vào hốc mũi ở tư thế khép, khi vào trong hốc mũi, mở cánh soi mũi rộng ra. Nhìn theo hai trục ngang và trục đứng. Thường cuốn mũi dưới hay bị nề, che lấp hốc mũi, khi đó phải đặt một mảnh bông nhỏ thấm dung dịch gây co như: ephedrin, naphtasolin, xylocain 1-2 phút, sau khi gây co cuốn mũi khám lại để quan sát kỹ và đầy đủ hơn.

Cuốn mũi dưới: nhẵn, màu hồng hay đỏ nhạt, ướt co hồi tốt khi đặt thuốc gây co.

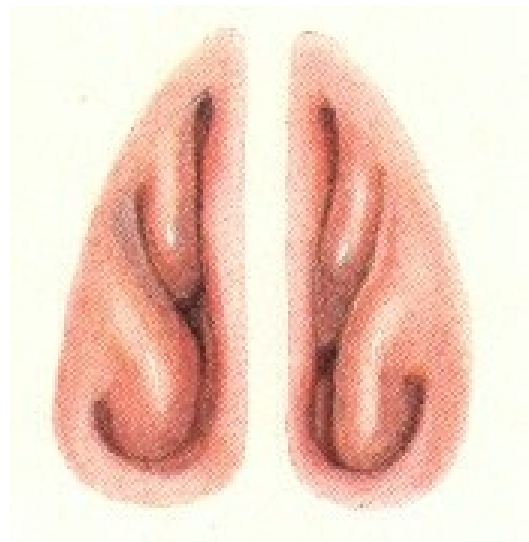
Cuốn mũi giữa: nhẵn, màu trắng hồng.

Khe giữa, dưới và sàn mũi: sạch, không có dịch, mũ ứ đọng, niêm mạc nhẵn hồng nhạt.

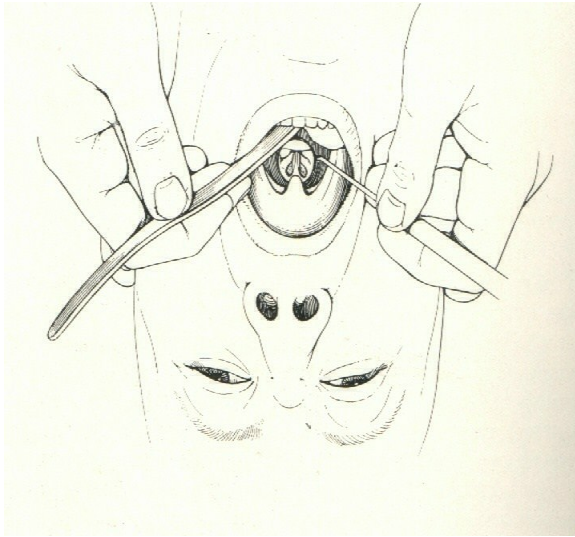
Vách ngăn mũi: thẳng, chân hơi phình thành gờ, niêm mạc màu hồng nhạt, nhẵn, ướt.



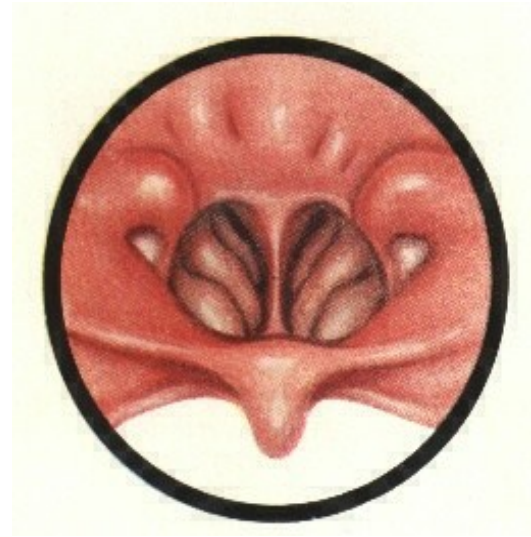
H1: Soi mũi trước



H2: Hốc mũi bình thường



H3: Soi cửa mũi sau



H4: Cửa mũi sau bình thường

- Soi mũi sau: nhằm quan sát gián tiếp (qua gương soi) vùng vòm họng, cửa mũi sau, loa và miệng của vòi tai. Dùng đèn lưối và gương soi mũi sau (đường kính 1-2 cm).

Cách soi:

Bệnh nhân: ngồi thẳng, lưng rời khỏi tựa ghế.

Thầy thuốc: tay trái cầm đèn lưối như khi khám họng, tay phải cầm gương soi. Trước hết hơi nhanh gương trên ngọn lửa đèn cồn (kiểm tra gương không quá nóng) để hơi nước không đọng làm mờ gương. Đưa nhẹ gương vào họng, lách qua lưỡi gà rồi quay mặt gương chếch lên trên, cán gương nằm ngang. Khi đưa gương vào bảo bệnh nhân thở bằng mũi để vòm không bị co hẹp lại, nếu có nước bọt che vòm bảo bệnh nhân nói a, a, a... làm mất đi.

Lưu ý: trong khi soi cổ tránh không để gương chạm vào thành họng gây phản xạ buồn nôn. Nếu bệnh nhân có phản xạ nhiều, nên gây tê vùng họng lưỡi bằng xylocain 3 - 6% (phun hoặc bôi).

Ngoài ra cần kiểm tra vòm họng bằng cách dùng ngón tay trở sờ vòm để phát hiện các khối u, V.A. Nên nhớ chỉ được sờ vòm họng khi không có viêm cấp tính ở mũi họng.

3. Khám thực thể xoang.

- Nhìn: mặt trước xoang, hố nanh, rãnh mũi má, rãnh mũi mắt, gốc mũi, góc trong hốc mắt xem có bị nề, phồng, biến đổi không?
- Tìm điểm đau: ấn nhẹ ngón tay cái lên vùng cần tìm điểm đau.

Điểm đau ở hố nanh (xoang hàm): vùng má, cạnh cánh mũi.

Điểm đau Grun - wald (xoang sàng trước): vùng góc trên trong hốc mắt.

Điểm đau Ewing (xoang trán): 1/3 trong cung lông mày.

Cần so sánh hai bên để tìm cảm giác đau chính xác.

- Soi bóng mờ: dùng đèn soi bóng mờ (như đèn pin) thực hiện trong buồng tối, để bệnh nhân ngậm đèn trong miệng, hướng nguồn sáng ra phía mặt. Với xoang hàm bình thường, nguồn sáng đi qua tạo thành bóng sáng hình tam giác ở dưới ổ mắt. Để nguồn sáng áp vào thành trên ổ mắt hướng nguồn sáng lên trán, nếu xoang trán bình thường sẽ có một bóng sáng ở vùng trong cung lông mày. Phương pháp soi bóng mờ không cho kết quả chính xác, rõ ràng nên hiện nay ít được áp dụng.
- Chọc dò xoang hàm: xoang hàm có lỗ thông với hốc mũi khe giữa, dùng một kim chọc qua vách xương ngăn mũi xoang ở khe dưới để vào xoang hàm. Qua đó có thể hút để quan sát chất ứ đọng trong xoang, thử tìm vi khuẩn hoặc tế bào học. Cũng có thể bơm nước ấm hay dung dịch nước muối sinh lý vào xoang để nước chảy ra qua lỗ mũi xoang ở khe giữa. Trong trường hợp viêm xoang thấy có mủ hay bã đậu chảy ra theo nước .

Phương pháp này đơn giản, cho chẩn đoán xác định lại kết hợp với điều trị nên thường được dùng. Cần nhớ rằng không được tiến hành khi đang trong tình trạng viêm cấp tính.

4. Khám chức năng.

- Khám chức năng thở: đơn giản nhất là cho thở trên mặt gương. Dùng gương Gladen là một tấm kim loại mạ kền sáng bóng có các vạch hình nửa vòng tròn đồng tâm và một vạch thẳng chia đôi đúng giữa. Để gương khít trước mũi bệnh nhân, vạch thẳng tương ứng với tiểu trụ, gương nằm ngang. Khi thở ra có hơi nước sẽ làm mờ gương. Theo mức độ gương bị mờ để

đánh giá chức năng thở. Nếu gương không bị mờ là mũi bị tịt hoàn toàn. Cũng có thể dùng gương soi thường để thử.

Người ta còn dùng khí mũi kế (Rhinometrie) để đo áp lực thở của từng hốc mũi được cụ thể hơn hoặc có thể ghi lại trên giấy để có bằng chứng.

- Khám chức năng ngửi: thường dùng ngửi kế bằng cách đưa vào từng hốc mũi 1 khối lượng không khí có nồng độ nhất định của 1 chất có mùi để tìm ngưỡng ngửi của từng chất. Thực hiện với một số chất có mùi khác nhau và so sánh với các ngưỡng bình thường để có nhận định về mức độ ngửi của người bệnh.

Cần phân biệt các chất có mùi và chất kích thích như ête, amôniac... có những người còn biết kích thích nhưng có thể mất ngửi. Thường dùng các chất có mùi quen thuộc như: mùi thơm, chua, thức ăn.

5. X- quang: Hai tư thế cơ bản là:

Tư thế Blondeau (mũi - cầm phim).

Bình thường:

- Hốc mũi có khoảng sáng của khe thở rõ.
- Các xoang hàm, trán, bướm sáng đều (so với ổ mắt), các thành xoang đều rõ.

Bệnh lý:

- Khe thở của hốc mũi bị mất, hẹp lại do khối u hay cuốn mũi quá phát.
- Các xoang hàm hay trán bị mờ đều do niêm mạc phù nề, mờ đặc do mủ trong xoang, bờ dày, không đều do niêm mạc dày, thoái hoá. Thành xương có chỗ bị mất, không rõ: nghi u ác tính.

Tư thế Hirtz (cằm - đỉnh phim).

Bình thường: các xoang sàng trước, sàng sau, xoang bướm sáng đều, các vách ngăn của các tế bào sàng rõ, các thành xoang đều rõ.

Bệnh lý: trên phim Hirtz các vách ngăn sàng không rõ hay bị mất đi, các tế bào sàng mờ đều hay mờ đặc do niêm mạc dày hoặc có mủ. Khi có hình ảnh phá huỷ xương, các thành xoang có chỗ bị mất, không rõ: nghi ác tính.

- Khi nghi ngờ có dị vật trong xoang hàm và xoang trán: cần chụp thêm tư thế sọ nghiêng để xác định vị trí cụ thể.

- Khi nghi ngờ có khối u, polip trong xoang hàm: bơm chất cản quang vào xoang để chụp phát hiện.

C.T.Scan vùng xoang (Axial và Coronal): để đánh giá bệnh tích một cách rõ ràng và chính xác, phục vụ cho chẩn đoán và điều trị.

4. PHƯƠNG PHÁP KHÁM HỌNG - THANH QUẢN

1. Hỏi bệnh: Bệnh nhân khi khám họng có nhiều lý do: có thể bị đau họng, nuốt vướng hoặc khàn tiếng, khó thở, ho...

Để biết rõ về bệnh: thời gian khởi phát, diễn biến và hiện trạng của bệnh, đã điều trị thuốc gì? chủ yếu là của các chứng đưa người bệnh đến khám, ngoài ra còn cần hỏi tình trạng nghề nghiệp và gia đình để thấy được các nguyên nhân, liên quan gây bệnh.

Các triệu chứng chính cần lưu ý:

- Đau họng: là triệu chứng chính của họng, thời gian và mức độ đau có liên quan đến thời tiết.
- Khàn tiếng: những biến đổi về khàn tiếng, về âm lượng, âm sắc liên quan tới nghề nghiệp (đối với những người phải sử dụng giọng nói nhiều như giáo viên, nhân viên bán hàng, ca sĩ ...)
- Nuốt vướng.
- Ho.

2. Khám họng, thanh quản.

Dụng cụ:

Đèn Clar, gương trán.

Đè lưỡi

Gương soi vòm, soi thanh quản.

Thuốc tê

2.1. Khám họng:

Khám họng gồm 3 bước: khám miệng, khám họng không có dụng cụ, khám họng có dụng cụ.

- Khám miệng: miệng và họng có quan hệ chặt chẽ với nhau không thể khám họng mà không khám miệng. Dùng đè lưỡi vén má ra để xem răng, lợi và mặt trong của má xem hàm ếch và màn hầu có giá trị trong chẩn đoán bảo bệnh nhân cong lưỡi lên xem sàn miệng và mặt dưới lưỡi.
- Khám họng không có dụng cụ: bảo bệnh nhân há miệng, thè lưỡi và kêu ê ê..., lưỡi gà sẽ kéo lên và amidan sẽ xuất hiện trong tư thế bình thường. Cách khám này bệnh nhân không buồn nôn.
- Khám họng có dụng cụ:

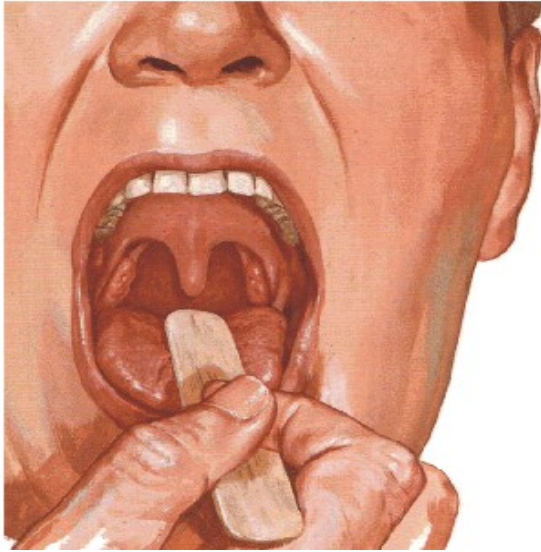
Khám họng bằng đè lưỡi:

Muốn khám tốt nên gây tê tại chỗ để tránh phản xạ nôn. Bảo bệnh nhân há miệng không thè lưỡi thở nhẹ nhàng.

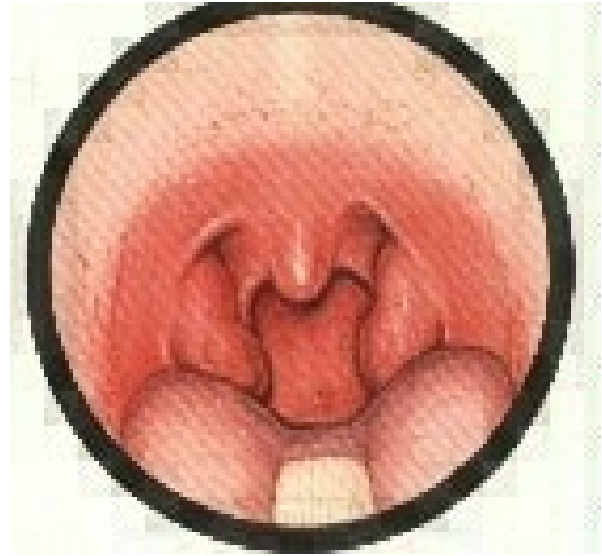
Thầy thuốc đặt nhẹ đè lưỡi lên 2/3 trước lưỡi sau đó ấn lưỡi từ từ xuống, không nên để lâu quá.

Chúng ta cần xem được: màn hầu, lưỡi gà, trụ trước, trụ sau, amidan và thành sau họng, muốn thấy rõ amidan ta có dùng cái vén trụ trước sang bên, chú ý xem sự vận động của màn hầu, lưỡi gà.

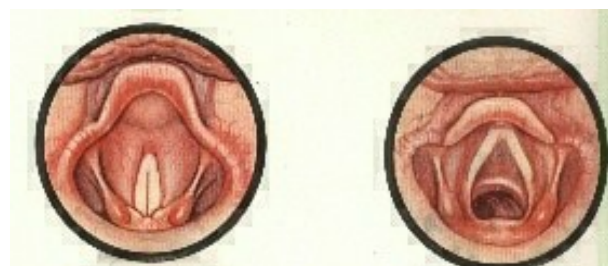
Hình ảnh bình thường: màn hầu cân đối, lưỡi gà không lệch, amidan kích thước vừa phải không có chấm mủ, niêm mạc hồng hào. Trụ trước, trụ sau bình thường không xung huyết đỏ, thành sau họng sạch nhầy.



H1. Cách khám họng



H2. Hình ảnh họng miệng





H4. Hình ảnh thanh quản

H3. Cách khám thanh quản

Hình ảnh bệnh lý thường gặp: lưỡi gà bị lệch, amidan nhiều chấm mủ, tổ chức lympho quá phát ở thành sau họng.

Khám họng bằng que thăm: dùng que thăm quấn bông chọc nhẹ vào màn hầu, nền lưỡi, thành sau họng xem bệnh nhân có phản xạ nôn không? nếu không có phản xạ tức là mất cảm giác của dây V dây IX và dây X.

Khám vòm họng bằng gương: trong khám mũi sau tay trái cầm đèn lưỡi tay phải cầm cán gương soi lỗ nhỏ luôn ra phía sau màn hầu. Trong khi đó bệnh nhân thở bằng mũi. Chúng ta quan sát được cửa mũi sau, nóc vòm, vòm Esutachi. Xem được có u sùi không? có viêm loét ở vòm họng không? có polyp cửa mũi sau không?

2.2. Khám thanh quản:

- Bằng gương (gián tiếp):

Bệnh nhân ngồi ngay ngắn, thầy thuốc tay trái cầm gác kéo lưỡi bệnh nhân, tay phải cầm cán gương soi thanh quản (tuỳ tuổi mà dùng các cỡ khác nhau), tốt nhất là gây tê trước khi soi.

Sau khi hơi nóng trên đèn cồn, tay trái kéo lưỡi tay phải luồn gương qua màn hầu bảo bệnh nhân kêu ê. ê. để thấy được sự di động của dây thanh.

Cần quan sát: xem có u vùng tiền đình thanh quản không? dây thanh (màu sắc, có hạt không? khớp có kín không?), xoang lê có sạch không?

- Bằng ống soi Chevalier - Jackson (trực tiếp): với phương pháp này chúng ta nhìn rõ hơn vùng thanh quản.
- Các bệnh thường gặp:

Viêm nề thanh quản.

Hạt xơ dây thanh.

Polyp dây thanh.

U (gặp trong ung thư thanh quản).

5. PHƯƠNG PHÁP KHÁM THÍNH LỰC

1. Bộ máy thính giác:

- Tai ngoài: vành tai làm nhiệm vụ thu nhận và hướng dẫn âm thanh.
- Tai giữa: hòm nhĩ các xương con và các phần phụ thuộc làm nhiệm vụ truyền dẫn âm thanh và biến đổi năng lượng âm để bù trừ vào chỗ hao hụt ở phần sau.
- Tai trong: cơ quan corti với các tế bào giác quan và dây thần kinh thính giác làm nhiệm vụ tiếp nhận âm thanh và truyền lên não qua 5 chặng neuron. Mỗi kích thích âm thanh nghe được từ 1 tai được truyền lên cả 2 bán cầu đại não.

Ở tai trong, âm thanh được truyền từ môi trường không khí, qua môi trường nước (nội, ngoại dịch) đã mất đi 99 % năng lượng, chỉ có 1% năng lượng được truyền đi, tính ra cường độ giảm mất 30 dB. Nhưng do hệ màng nhĩ-chuỗi xương con ở tai giữa đã tác động như một máy biến thế nên đã bù trừ vào chỗ mất mát đó. Kết quả người ta vẫn nghe được đúng với cường độ thực ở bên ngoài.

Tai giữa làm nhiệm vụ dẫn truyền âm thanh, bệnh tật ở bộ phận này gây ra điếc dẫn truyền, sự giảm sút thính giác không bao giờ quá 60 dB. Nhiều loại điếc này có thể chữa khỏi, kể cả bằng phương pháp phẫu thuật.

Tai trong là bộ phận giác quan-thần kinh, thương tổn bệnh tật ở bộ phận này có thể gây ra điếc nặng, thậm chí có thể điếc đặc, điếc hoàn toàn. Điếc tai trong là điếc tiếp nhận.

Trong thực tế nhiều trường hợp có cả thương tổn ở tai giữa và tai trong, sẽ gây ra điếc hỗn hợp nghĩa là vừa có tính chất dẫn truyền vừa có tính chất tiếp nhận. Tùy theo mức độ thiên về phía nào mà là điếc hỗn hợp thiên về dẫn truyền hoặc thiên về tiếp nhận.

2. Đo sức nghe chủ quan (Subjectiv audiometrie).

Bao gồm đo sức nghe bằng tiếng nói, đo sức nghe bằng âm thoa và đo bằng máy đo sức nghe.

2.1. Dùng tiếng nói.

Là cách đơn giản dùng ngay tiếng nói của thầy thuốc, với 1 số câu từ đơn giản, thông thường, thực hiện trong 1 buồng hay hành lang có chiều dài ít nhất là 5 m, tương đối yên tĩnh. Trước tiên đo bằng tiếng nói thầm, nếu có giảm nghe rõ mới đo tiếp bằng tiếng nói thường.

Nguyên tắc: Bệnh nhân không được nhìn miệng thầy thuốc, đứng vuông góc với thầy thuốc và hướng tai khám về phía thầy thuốc, tai không khám phải được bịt lại.

Cách đo: Lúc đầu thầy thuốc đứng cách xa bệnh nhân 5 m, sau đó tiến dần về phía bệnh nhân, đến lúc bệnh nhân nghe được và lặp lại đúng câu nói của thầy thuốc, ghi khoảng cách.

- Đo bằng tiếng nói thầm: nói thầm (là nói bằng giọng hơi, không thành tiếng) thường khám khoảng 5 m, nói từng câu, thông thường 3 đến 5 từ, có thể nói 1 địa danh quen thuộc như: thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội... và yêu cầu bệnh nhân nhắc lại. Nếu bệnh nhân không nghe thấy, thầy thuốc tiếp tục tiến dần sát với bệnh nhân (khoảng 0.5m), và ghi lại khoảng cách đầu tiên mà bệnh nhân nhắc lại được.
- Đo bằng tiếng nói thường: chỉ thực hiện khi khoảng cách nghe được với tiếng nói thầm dưới 1 m vì tai bình thường nghe được tiếng nói thường ở khoảng cách trên 5 m. Cách đo tương tự như trên, thay tiếng nói thầm bằng tiếng nói thường như trong giao tiếp sinh hoạt.

Nhận định:

Bình thường:

Nói thầm: nghe được xa 0,5 m

Nói thường: nghe được xa 5 m

Kết quả: đo đơn giản bằng tiếng nói trên cũng cho phép phát hiện ban đầu tình trạng và mức độ nghe kém.

BẢNG TÍNH THIẾU HỤT SỨC NGHE SƠ BỘ

Khoảng cách nghe được tính theo mét		% Thiếu hụt sức nghe
Tiếng nói thầm	Tiếng nói thường	
≤ 0,5m	≤ 5m	≤ 35%
0,5m đến 0,1m	5m đến 1m	35% đến 65%
0,1m đến 0,05m	1m đến 0,5m	65% đến 85%
Sát vành tai không nghe được	Cách 1 gang tay sát vành tai	85 đến 100%

2.2. Đo bằng dụng cụ đơn giản.

Với những người nghe kém nặng hay với trẻ nhỏ, thường dùng các dụng cụ phát âm đã được chuẩn hoá tương đối như: trống, còi, chuông, mõ...hoặc các máy đơn giản phát được vài âm tần hay tiếng đơn giản như: tiếng súc vật, tiếng tàu, ô tô... ở 1 vài cường độ lớn nhất định để xem có nghe được hay có phản xạ, phản ứng như chớp mắt, cau mày, co chi, quay đầu... với các tiếng đó không? Qua đó sơ bộ xác định khả năng nghe.

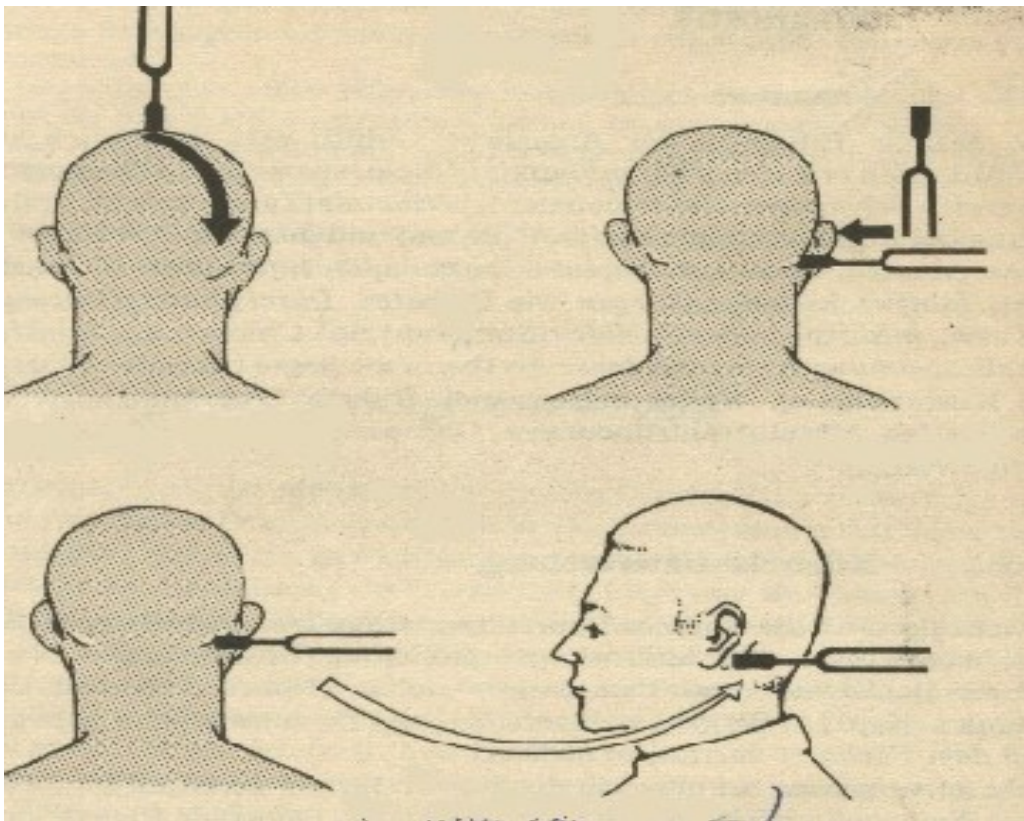
2.3. Đo bằng âm mẫu: Thường dùng 1 âm mẫu 128Hz hay 256Hz

Cách đo:

- Đo đường khí: sau khi phát ra âm thanh, để 2 ngónh âm mẫu dọc trước lỗ tai ngoài, cách độ 2cm.
- Đo đường xương: ấn nhẹ cán âm mẫu lên mặt xương chũm. Tính thời gian từ khi gõ âm mẫu đến khi không nghe được, theo đơn vị giây.

Các nghiệm pháp: dùng âm thoa 128Hz (dao động 128 chu kỳ/giây) gõ vào lòng bàn tay và làm 3 nghiệm pháp dưới đây:

- Nghiệm pháp weber: gõ rồi để cán âm mẫu lên đỉnh đầu hay giữa trán, hỏi bệnh nhân tai nào nghe rõ hơn, nếu tai nào nghe rõ hơn tức là weber lệch về tai bên đó (bình thường hai tai nghe như nhau).
- Nghiệm pháp Schwabach: tính thời gian nghe bằng đường xương (bình thường 20 giây).
- Nghiệm pháp Rinne: So sánh thời gian nghe bằng đường khí và thời gian nghe bằng đường xương. Bình thường thời gian nghe bằng đường khí kéo dài hơn thời gian nghe bằng đường xương NP Rinne (+). Nếu thời gian nghe bằng đường khí ngắn hơn thời gian nghe bằng đường xương NP Rinne (-).



Cách đo thính lực bằng âm mẫu

Nhận định:

PHIẾU ĐO SỨC NGHE ĐƠN GIẢN

Tai phải	Phương pháp	Tai trái
5 m	Nói thường	0,5 m
0,5 m	Nói thầm	Sát tai
(+)	Rinne	(-)
20 giây	Schwabach	20 giây
	Weber	Sang trái

Kết luận: ***Tai phải nghe bình thường.***

Tai trái nghe kém thể dẫn truyền.

Trường hợp điếc hỗn hợp: dùng thêm các âm thoa 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096 Hz sẽ thấy đối với âm thoa này (ví dụ âm trầm) thì có tính dẫn truyền, đối với các loại khác (ví dụ âm cao) thì lại có tính tiếp nhận.

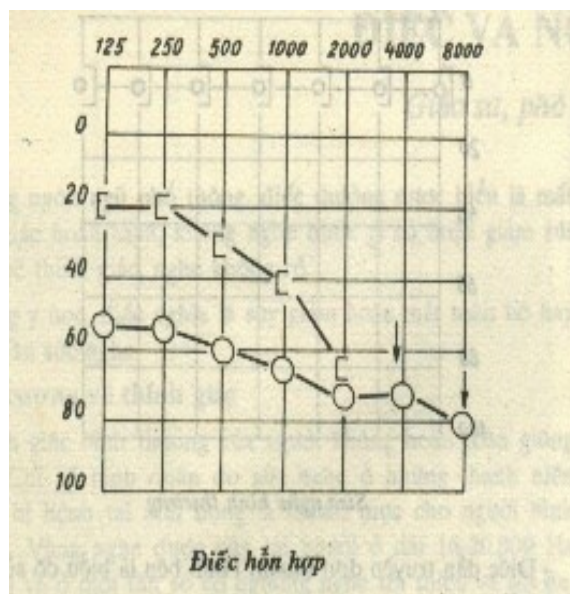
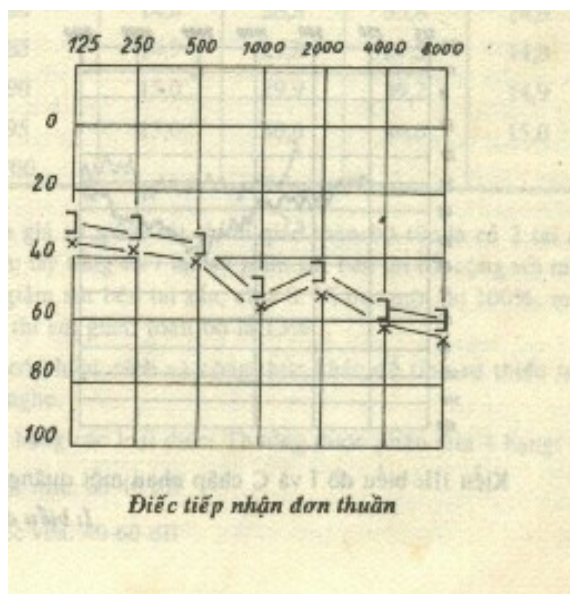
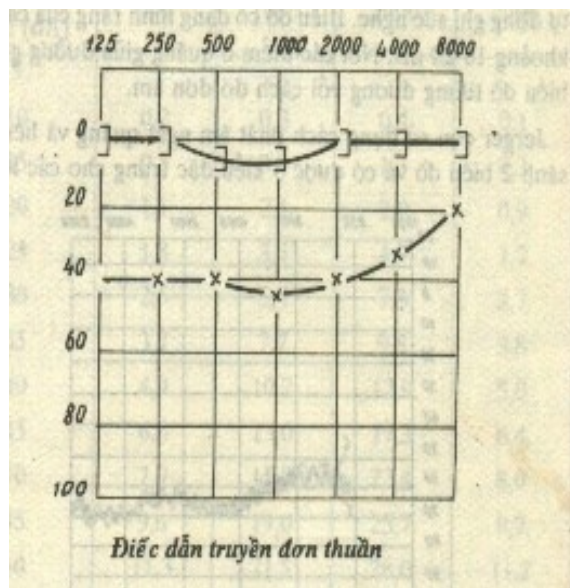
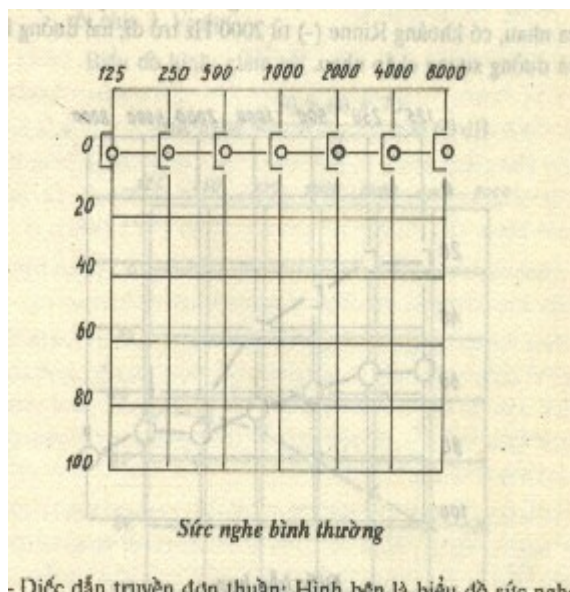
2.4. Dùng máy đo sức nghe (Audiometer-Thính lực kế).

Cách đo:

- Đo thính lực tức là tìm được ngưỡng nghe của bệnh nhân (mức cường độ tối thiểu để có thể nghe được âm đơn ở từng tần số).
- Âm được phát theo đường khí (qua loa tai) hoặc qua đường xương (qua núm rung) tới từng tai.
- Phải tiến hành đo trong buồng cách âm. Nối các điểm ngưỡng nghe ở các tần số tạo thành một biểu đồ gọi là thính lực đồ.

Nhận định:

THÍNH LỰC ĐỒ



Đo lần lượt từng tai, kết quả ghi trên biểu đồ sức nghe bằng ký hiệu:

Ký hiệu	Tai phải	Tai trái
---------	----------	----------

Đường khí	0—0 (màu xanh)	x—x (màu đỏ)
Đường xương	[—[	]—]

- Trục đứng là trục cường độ đơn vị là dB. Trục ngang là trục tần số đơn vị là Hz.
- Máy thông thường phát ra các âm có tần số 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000, 8000 Hz và có thể các tần số trung gian 3000, 6000 Hz, ở các mức cường độ 0-100 dB. Máy đo sự giảm sút sức nghe so với người bình thường, 0 dB là cường độ tối thiểu để người bình thường bắt đầu nghe được. Máy đo từng mức 5 dB, trên máy có ghi cường độ - 20 dB, - 10 dB đo cho những người nghe tốt hơn mức bình thường. Giảm sức nghe càng nhiều, số đo càng lớn.
- Đo đường xương bằng khối rung, kết quả phản ánh dự trữ ốc tai, tiềm năng sức nghe.

Phân loại điếc:

- Sức nghe bình thường.
- Điếc dẫn truyền đơn thuần.
- Điếc tiếp nhận đơn thuần.
- Điếc hỗn hợp.

Mức độ điếc:

Điếc nhẹ 20 - 40 dB

Điếc vừa 40 - 60 dB

Điếc nặng 60 - 80 dB

Điếc đặc > 80 dB

3. Đo sức nghe khách quan (Objectiv audiometrie).

3.1. Đo trở kháng.

Có hai ứng dụng trên lâm sàng.

- Nhĩ lượng (Tympanometrie): bình thường biểu hiện như một hình nón không cân xứng, đáy lồi, đỉnh trùng với áp suất bằng 0. Khi có dịch tiết hay nhầy trong hòm nhĩ, vòi nhĩ bị tắc một phần hay tắc hoàn toàn... Nhĩ lượng có hình ảnh bệnh lý đặc biệt.

- Phản xạ cơ bàn đạp (Impedanzmetrie): trường hợp bình thường và điếc dẫn truyền đơn thuần, ngưỡng phản xạ cách ngưỡng nghe khoảng 85 dB. Khi có hồi thính, ngưỡng này thu hẹp lại. Đo phản xạ có thể phát hiện nhiều trường hợp điếc giả vờ.

3.2. Đo điện ốc tai và điện thính giác thân não.

Nguyên lý: Khi nghe một âm thanh cũng giống như thu nhận một kích thích, một cảm giác khác, điện não có biến đổi nhưng sự biến đổi đó quá nhỏ bị lẫn vào trong biểu đồ ghi điện não tổng hợp nhiều quá trình hoạt động của não. Nếu ta phát những âm thanh (clic hoặc burst) liên tục và ghi dòng điện não (bằng cách đặc biệt phân tích dòng này thành nhiều điểm, dùng máy tính điện tử ghi tổng số ở từng điểm sau mỗi lần phát âm ra) sẽ cho thấy đáp ứng của não đối với âm thanh nếu tai nghe được, tùy theo vị trí đặt cực ta có.

Cách đo:

- Đo điện ốc tai (Electrocholeographie): Điện cực đặt ở đáy hòm nhĩ hoặc ống tai.
- Đo điện thính giác thân não: ERA (Electroresponal audiometrie) và BERA (Brain electroresponal audiometrie) điện cực đặt ở vùng trán, đỉnh đầu và xương chũm.

6. PHƯƠNG PHÁP ĐỌC X-QUANG TẠI MŨI HỌNG

BS. Minh – HVQY

1. X-quang tai, xương chũm.

1.1. Tư thế Schuller (thái dương-nhĩ): là tư thế phổ biến và thông thường nhất. Khi có nghi ngờ viêm tai xương chũm cần chụp phim xác định các tổn thương.

Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng theo kiểu chụp phim sọ nghiêng. Nguồn tia chính chếch 25° - 30° so với trục 2 tai, tức là tâm điểm của nguồn cách ống tai đối bên lên phía trên 7 cm và tia xuyên qua ống tai bên chụp. Vành tai bên chụp phải gấp về phía trước để hình không trùm lên xương chũm.

Tiêu chuẩn:

- Ống tai ngoài và ống tai trong trùng khít lên nhau, ngang mức với khớp thái dương hàm.
- Vành tai gấp về phía trước.

Kết quả:

Bình thường: thấy rõ các thông bào và vách ngăn của chúng.

Bệnh lý:

- Các thông bào mờ, các vách ngăn không rõ trong viêm xương chũm cấp tính.
- Các thông bào mờ, các vách ngăn mất trong viêm xương chũm mạn tính.
- Trên nền xương chũm mờ, có vùng sáng, xung quanh có bờ đậm nét, trong lớn vờn như mây nghĩ tới bệnh tích có cholesteatome trong viêm xương chũm mạn tính có cholesteatome.

1.2. Tư thế Stenvers: Tư thế này cho thấy hình chiếu của toàn bộ xương đá trên phim X-quang từ phần ngoài tới phần trong mỏm chũm của xương đá. Nghiên cứu các chấn thương sọ não gây vỡ xương đá theo đường ngang, viêm xương đá, các khối u ở góc cầu tiểu não (ví dụ hình ảnh gián tiếp của u dây thần kinh VIII).

Tư thế bệnh nhân: nằm sấp, đầu tựa vào bàn theo bờ trên ổ mắt, xương gò má và mũi. Như vậy mặt phẳng dọc đứng của sọ tạo với đường thẳng đứng 45^0 cằm không chạm bàn. Trục tia chính theo hướng sau trước tập trung vào vùng chẩm đối bên.

Tiêu chuẩn: Hai cạnh của ống bán khuyên đứng chồng nhau.

Kết quả:

Bình thường:

- Bộ phận tai trong, ốc tai, tiền đình, ống bán khuyên trên, ngoài nhìn thấy. Riêng ống bán khuyên sau không nhìn thấy.
- Thấy ống tai trong, mỏm xương đá.

Bệnh lý:

- Vỡ xương đá: có đường rạn nứt xương.
- U dây thần kinh VIII: ống tai trong giãn ra.

Ngoài ra còn có các tư thế Meyer, Chausse III, được chỉ định trong những bệnh lý cụ thể.

2. X-quang mũi, xoang.

2.1. Tư thế Blondeau (mũi-cằm phim): xem xét các bệnh tích ở xoang hàm, xoang trán và hốc mũi.

Tư thế bệnh nhân: nằm sấp, miệng há tối đa, mũi và cằm chạm phim. Tia đi từ sau ra trước.

Tiêu chuẩn:

- Phim phải cân đối 2 bên phải và trái.
- Hai bờ trên của xương đá phải đưa sát xuống nền của 2 xoang, làm cho xoang hàm không bị các xương đá che mờ.
- Vách ngăn mũi chiếu thẳng giữa 2 răng số 1 hàm trên.

Kết quả:

Bình thường:

- Hốc mũi có khoảng sáng của khe thở rõ.
- Các xoang hàm, trán sáng đều (so với ổ mắt), các thành xương đều rõ.

Bệnh lý:

- Khe thở của hốc mũi bị mất, hẹp lại do khối u hay cuốn mũi quá phát.
- Các xoang hàm, trán bị mờ đều do niêm mạc phù nề, mờ đặc do mủ trong xoang, bờ dày, không đều do niêm mạc dày, thoái hoá.
- Thành xương có chỗ bị mất, không rõ: nghi u ác tính.

Lưu ý:

- Khi nghi ngờ có dị vật trong xoang: cần chụp thêm tư thế sọ nghiêng để xác định vị trí cụ thể.
- Khi nghi ngờ có khối u, polype trong xoang hàm: cần bơm chất cản quang vào xoang để chụp phát hiện, làm rõ.

2.2. Tư thế Hirtz (tư thế cằm-đỉnh phim): cho thấy rõ toàn bộ xoang sàng trước, xoang sàng sau và xoang bướm. Ngoài ra còn cung cấp chi tiết việc đánh giá tầng trước đáy sọ, vùng cánh bướm.

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu thả ra khỏi thành bàn, đỉnh đầu chạm phim, tia đi từ trên xuống dưới.

Tiêu chuẩn:

- Phim cân đối 2 bên phải và trái.
- Vách ngăn mũi chiếu thẳng giữa 2 răng số 1.
- Cung răng hàm trên và hàm dưới trùng với nhau thành một hình vòng cung.
- Hình chiếu hai xoang sàng trước và sau trên cùng một bình diện, mốc phân định là khe 2 răng hàm số 6 và 7.

Kết quả:

Bình thường: các xoang sàng trước và sau sáng đều, các vách ngăn của các tế bào sàng rõ.

Bệnh lý:

- Các tế bào sàng mờ đều hay mờ đặc do có mủ, niêm mạc dày, polyp trong xoang.
- Các vách ngăn sàng không rõ hay bị mất đi hoặc bị phá huỷ: nghi polyp mũi hoặc u ác tính.

2.3. C.T.Scan vùng xoang: để đánh giá bệnh tích một cách rõ ràng và chính xác, phục vụ cho chẩn đoán và điều trị .

Tư thế:

- Coronal
- Axial

3. X-quang họng, thanh quản.

3.1. Tư thế cổ thẳng, nghiêng.

- Tư thế cổ nghiêng: thấy túi mủ trước cột sống và sau khí quản, có thể thấy mức nước, mức hơi, có thể thấy dị vật đường ăn.
- Tư thế cổ thẳng: xem có áp xe dưới trung thất không?

3.2. Chụp phim cắt lớp thanh quản: đánh giá độ thâm nhiễm của khối u vào thanh quản và các cơ quan lân cận.

7. NỘI SOI MŨI XOANG

Ống nội soi mũi



Ống nội soi mũi là một thiết bị quang học dùng để khám mũi. Thủ thuật này được gọi là nội soi mũi chẩn đoán. Vì ống soi này khá mảnh mai (đường kính khoảng từ 2.7 - 4.0 mm) nên nó có thể được đưa qua lỗ mũi một cách dễ dàng để kiểm tra hốc mũi và các xoang bên trong.

Một số ống soi cho phép ta quan sát được những khu vực nằm thẳng ngay phía trước đầu ống, một số khác thì quan sát được những khu vực tạo với đầu ống một góc. Những ống soi "góc" này có thể được dùng để quan sát các góc ngách. Khám mũi theo cách thông thường gặp nhiều giới hạn, tuy nhiên với ống nội soi mũi ta có thể khám được mũi xoang một cách chi tiết hơn. Ngoài ra ống soi mũi còn có thể được dùng trong phẫu thuật.

Phòng nội soi mũi



Nội soi mũi thường được thực hiện trong phòng mạch bác sĩ tai mũi họng. Bác sĩ có thể sẽ nhìn trực tiếp vào ống soi hoặc 1 camera sẽ được gắn vào ống soi và truyền hình ảnh thu được ra một màn hình ở bên ngoài. Toàn bộ cuộc thăm khám có thể được ghi lại vào băng video hoặc

vào đầu thu kỹ thuật số. Nếu muốn, bệnh nhân có thể nhìn thấy được những hình ảnh từ cuộc thăm khám của mình.

Thủ thuật soi



Các bệnh nhân có thể chịu đựng được thủ thuật này rất tốt. Nhiều bác sĩ TMH sẽ xịt thuốc làm thông mũi và thuốc tê qua mũi bệnh nhân trước khi soi. Thông thường thì thủ thuật này có thể được hoàn thành mà không cần sử dụng bất kỳ một loại thuốc nào.

Dụng cụ soi



Những dụng cụ này được thiết kế để dùng trong nội soi ở mũi và xoang. Chúng có thể được sử dụng ở cả phòng mổ và phòng mạch bác sĩ.

Dụng cụ sử dụng cho xoang trán



Những dụng cụ này được thiết kế dùng cho nội soi mũi ở phòng mổ và phòng mạch bác sĩ. Cần lưu ý là những dụng cụ này có độ cong do đó nó có thể chạm đến những vùng nằm trong các góc ngách. Những dụng cụ này được sử dụng chung với ống soi "góc"



Những dụng cụ này được thiết kế dùng cho xoang trán. Vì xoang trán nằm ngay phía trên mũi nên các dụng cụ phải cong để có thể đi vào được xoang trán qua đường mũi. Phẫu thuật nội soi xoang trán rất khó vì giải phẫu của khu vực này rất phức tạp.

Nội soi mũi trong phòng mổ



Vào những năm 80 của thế kỷ trước, phẫu thuật nội soi xoang đã trở nên phổ biến trong điều trị phẫu thuật các trường hợp viêm xoang không cải thiện với kháng sinh. Một số bác sĩ thích nhìn trực tiếp qua ống soi, trong khi đó một số khác lại thích sử dụng camera để truyền hình ảnh ra màn hình lớn (giống như trong hình).

Phẫu thuật xoang với hỗ trợ của máy vi tính



Gần đây, hệ thống phẫu thuật với sự trợ giúp của máy vi tính (CAS - computer-aided surgery) được áp dụng cho phẫu thuật xoang. Kỹ thuật này cho phép phẫu thuật viên có thể định vị được chính xác các vị trí trong khi nội soi bằng hình ảnh CT scan đã được chụp trước khi phẫu thuật. CAS cung cấp những thông tin quan trọng về cấu trúc giải phẫu của bệnh nhân do đó nó sẽ làm giảm các nguy cơ và làm tăng hiệu quả của cuộc phẫu thuật.

Hình ảnh cuốn mũi giữa nhìn qua nội soi



Chú thích hình:

Middle Turbinate: cuộn mũi giữa

Septum: vách ngăn

Right: bên phải

Middle Meatus: khe mũi giữa

Đây là hình ảnh cuộn mũi giữa bên phải của bệnh nhân. Phía bên phải đã được chú thích trên hình. Cuộn mũi giữa là cấu trúc bình thường của thành bên hốc mũi. Nếu khám mũi theo cách thông thường thì bác sĩ sẽ không thể nhìn thấy được cuộn mũi giữa thật sự nhưng một bác sĩ tai mũi họng có thể dùng ống nội soi mũi để quan sát kỹ lưỡng cấu trúc này. Điều này rất quan trọng vì chỉ cần sưng nhẹ ở khu vực này cũng có thể gây ra viêm xoang.

Viêm xoang cấp nhìn qua nội soi



Chú thích hình:

Middle Turbinate: cuộn mũi giữa

Pus: mủ

Inferior Turbinate: cuộn mũi dưới

Nội soi mũi có thể được dùng để chẩn đoán viêm xoang cấp. Ở ví dụ này, ta có thể nhìn thấy mủ chảy ở bên dưới cuộn mũi giữa. Chất dịch này sẽ chảy ra ngoài gây ra triệu chứng chảy nước mũi. Nội soi mũi có thể phát hiện được nguyên nhân là từ xoang nào và có thể xác định được chẩn đoán viêm xoang. Ngoài ra, nội soi còn có thể dùng để dẫn đường giúp cấy mủ. Việc cấy mủ này sẽ cung cấp những thông tin quan trọng giúp bác sĩ có thể cho kháng sinh phù hợp.

Tuần hoàn mủ của xoang hàm nhìn qua nội soi



Chú thích hình:

Edema: phù nề

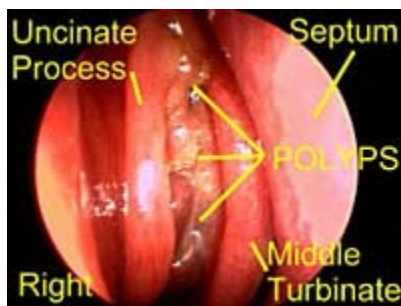
Pus: mủ

Antrostomy: lỗ thông xoang hàm nhân tạo

Natural Ostium: lỗ thông xoang hàm tự nhiên

Bệnh nhân này được chẩn đoán là viêm xoang mãn mặc dù đã được phẫu thuật trước đó. Trong hình ta có thể nhìn thấy mủ chảy ra từ lỗ thông tự nhiên của xoang hàm. Sau đó nó quay lại vào bên trong xoang hàm qua lỗ thông nhân tạo được tạo ra trong lúc phẫu thuật. Hiện tượng này được gọi là tuần hoàn mủ trong xoang hàm. Nó xảy ra khi xoang hàm cố gắng đẩy mủ ra ngoài qua lỗ thông tự nhiên ngay cả khi phẫu thuật viên đã tạo thêm một lỗ thông mới ở một vị trí khác. Có thể phẫu thuật nội soi lại lần nữa để điều trị.

Polyp mũi nhìn qua nội soi



Chú thích hình:

Uncinate process: mỏm móc

Septum: vách ngăn

Right: bên phải

Middle turbinate: cuộn mũi giữa

Đây là hình ảnh polyp mũi. Nó bít đầy khe mũi giữa. Mỏm móc là một mốc quan trọng. Ở hình này mỏm móc trông có vẻ bất thường, nó lớn hơn bình thường do bị polyp đẩy về phía trước.

8. GIẢI PHẪU SINH LÝ HỌNG THANH QUẢN

Giải phẫu

1. Giải phẫu và sinh lý họng.

1.1. Giải phẫu họng.

1.1.1. Cấu tạo của họng: họng là một ống cơ và màng ở trước cột sống cổ. Đi từ mỏm nền tới đốt sống cổ thứ IV, là ngã tư của đường ăn và đường thở, nối liền mũi ở phía trên, miệng ở phía trước với thanh quản và thực quản ở phía dưới. Giống như một cái phễu phần trên loe rộng, phần dưới thu hẹp. Thành họng được cấu trúc bởi lớp cân, cơ, niêm mạc.

Họng chia làm 3 phần:

+ Họng mũi (tỵ hầu): ở cao nhất, lấp sau màn hầu, ở sau dưới của hai lỗ mũi sau. Trên nó có

amidan vòm. Hai thành bên có loa vòi Eustachi thông lên hòm nhĩ và hố Rosenmuler.

+ Họng miệng (khẩu hầu): phía trên thông với họng mũi, phía dưới thông với họng thanh quản, phía trước thông với khoang miệng và được màn hầu phân cách. Thành sau họng miệng liên tiếp với thành sau họng mũi và bao gồm các lớp niêm mạc, cân và các cơ khít họng.

Hai thanh bên có amidan họng hay amidan khẩu cái nằm trong hốc amidan.

+ Họng thanh quản (thanh hầu): đi từ ngang tầm xương móng xuống đến miệng thực quản, có hình như cái phễu, miệng to mở thông với họng miệng, đáy phễu là miệng thực quản phần họng dưới.

Thành sau liên tiếp với thành sau họng miệng. Thành trước phía trên là đáy lưỡi, dưới là sụn thanh thiệt và hai sụn phễu của thanh quản.

Thành bên như một máng hẹp dần từ trên xuống dưới. Nếp phễu-thanh thiệt của thanh quản hợp với thành bên họng tạo nên máng họng-thanh quản hay xoang lê.

1.1.2. Vòng waldeyer.

Họng có các tổ chức lympho tạo thành một vòng bao quanh gọi là vòng Waldeyer.

Bao gồm:

+ Amidan khẩu cái: là tổ chức lympho lớn nhất gồm hai khối ở hai thanh bên họng và được nằm trong hốc amidan. Hốc này có vỏ bọc phân cách với tổ chức bên họng, phía trước có trụ trước, phía sau có trụ sau che phủ, chỉ có mặt phía trong và dưới thấy được trực tiếp, gọi là mặt tự do của của amidan. Mặt tự do này có các khe ăn lõm sâu vào tổ chức amidan và được che phủ bởi lớp biểu bì. Chính các khe hốc này diễn ra hoạt động miễn dịch của amidan.

+ Amidan lưỡi: là những tổ chức lympho nằm ở đáy lưỡi sau V lưỡi, thường có từ 5 đến 9 đám mô lympho. Amidan lưỡi liên quan chặt chẽ với amidan họng.

+ Amidan vòm (Luschka): là tổ chức lympho nằm ở nóc vòm mũi-họng ngay cửa mũi sau, không có vỏ bọc như amidan khẩu cái, mặt tự do thường có 5 khía sùi dọc. Do vị trí của amidan vòm nên nó thường là nguyên nhân gây viêm nhiễm tai, mũi, họng.

+ Amidan vòi (Gerlach): là những tổ chức lympho nhỏ nằm ở hố Rosenmuler quanh lỗ vòi Eustachi.

Mô học của amidan: giống như cấu trúc của hạch bạch huyết.

Chức năng: là sinh ra các kháng thể để bảo vệ cơ thể.

1.1.3. Khoang quanh họng.

Quanh họng có các khoang chứa các tổ chức cân, cơ, mạch máu, thần kinh, hạch bạch huyết và các khoang này có liên quan mật thiết với họng.

+ Khoang bên họng (Sébileau): các cơ trâm-họng, trâm-lưỡi, trâm-móng và dây chằng trâm-móng, trâm-hàm làm thành một dải hay bó: bó hoa Rioland chia khoang này thành hai phần:

- Khoang trước trâm hay trước dưới mang tai.

- Khoang sau trâm hay sau dưới mang tai.

+ Khoang sau họng (Henké): nằm giữa cân bao họng và cơ trước cột sống. Trong khoang có hạch bạch huyết lớn là hạch Gillette, hạch này chỉ có ở trẻ nhỏ, nó sẽ teo đi khi trẻ 5 tuổi.

Khoang Henké kéo dài từ họng-miệng xuống đến họng-thanh quản.

1.1.4. Mạch máu: mạch nuôi dưỡng thuộc ngành động mạch cảnh ngoài: động mạch hầu lên, động mạch giáp trạng trên, động mạch khẩu cái lên.

1.1.5. Thần kinh.

+ Thần kinh cảm giác thuộc dây IX, X. Dây IX chi phối nền lưỡi và 1/3 dưới amidan. Dây X chi phối thành sau họng và màn hầu.

+ Thần kinh vận động chủ yếu do nhánh trong của dây IX và dây XI.

1.1.6. Mạch bạch huyết: đổ vào các hạch sau họng, hạch Gillette, hạch dưới cơ nhị thân và hạch dây cảnh.

1.2. Sinh lý của họng: họng là ngã tư đường ăn và đường thở. Nên giữ các chức năng sau:

+ Chức năng nuốt: sau khi thức ăn đã được nhai, nhào trộn ở miệng được đẩy vào họng để thực hiện quá trình nuốt: đưa thức ăn xuống miệng thực quản.

+ Chức năng thở.

+ Chức năng phát âm.

+ Chức năng nghe.

+ Chức năng vị giác.

+ Chức năng bảo vệ cơ thể.

2. Giải phẫu và sinh lý thanh quản.

2.1. Giải phẫu thanh quản.

Thanh quản là cơ quan phát âm và thở, nằm ở trư-ớc thanh hầu, từ đốt sống C3 đến C6, nối hầu với khí quản vì vậy nó thông ở trên với hầu, ở dưới với khí quản.

Thanh quản di động ngay d-ưới da ở vùng cổ trư-ớc khi nuốt hoặc khi cúi xuống hoặc ngẩng lên. Nó phát triển cùng với sự phát triển của bộ máy sinh dục, nên khi trưởng thành thì giọng nói cũng thay đổi (vỡ giọng), ở nam giới phát triển mạnh hơn vì vậy giọng nói của nam, nữ khác nhau, nam trầm đục, nữ trong cao.

Thanh quản đ-ược cấu tạo bởi các tổ chức sụn, sợi và cơ.

2.1.1. Khung sụn.

+ Sụn thanh thiệt hay sụn nắp, nằm cao phía trước lỗ trên của thanh quản, khi hạ xuống nó sẽ đẩy thanh quản lại.

+ Sụn giáp gồm 2 mảnh tạo thành một góc mở về phía sau, trong đó phía trên có sụn nắp.

+ Sụn nhẫn là một vòng tròn như cái nhẫn nằm dưới tháp mà trên nó là sụn giáp.

+ Hai sụn phễu đứng thẳng, gối trên bờ sau của sụn nhẫn. Khi hai sụn phễu quay lên, thanh môn sẽ mở hay khép lại.

Ngoài ra còn có các sụn nhỏ không quan trọng như: sụn Santorini và sụn Wrisberg.

2.1.2. Các cơ thanh quản.

+ Nhóm cơ làm hẹp thanh môn: cơ nhẫn phễu bên, cơ giáp phễu, cơ phễu chéo và ngang, cơ phễu nắp thanh hầu.

+ Nhóm cơ làm rộng thanh môn: cơ nhẫn phễu sau, cơ giáp nắp thanh hầu.

+ Nhóm cơ làm căng và chùng dây thanh âm: cơ nhắt giáp, cơ thanh âm.

2.1.3. Các màng và dây chằng: nối các sụn với nhau và với các tổ chức xung quanh chủ yếu là:

+ Màng giáp móng: nối sụn giáp với xương móng.

+ Màng giáp nhắt: nối sụn giáp với sụn nhắt.

+ Dây chằng nhắt-phễu: nối sụn nhắt với sụn phễu.

2.1.4. Cấu trúc trong của thanh quản.

+ Mặt trong thanh quản lát bằng tế bào trụ hô hấp, đi từ bờ tự do dây thanh là tế bào malpighi.

+ Từ trên xuống :

- Tiền đình thanh quản là khoang mở về phía trên.

- Bề mặt thanh thất.

- Buồng Morgagni.

- Thanh môn là khoang giữa hai dây thanh.

- Hạ thanh môn là khoang mở về phía dưới vùng khí quản.

- Hai xoang lê ở phía ngoài mở lên trên vào vùng hạ họng.

2.1.5. Mạch máu.

+ Động mạch: các động mạch thanh quản trên và dưới là ngành của động mạch giáp trạng trên và giáp trạng dưới. Nhìn chung, cuống mạch thần kinh của tuyến giáp trạng cũng là cuống mạch thần kinh của thanh quản.

+ Tĩnh mạch: đi theo động mạch đổ về tĩnh mạch giáp dưới và tĩnh mạch dưới đòn.

2.1.6. Thần kinh: do hai dây thần kinh thanh quản trên và dưới, tách từ dây thần kinh X.

+ Dây thanh quản trên: cảm giác cho thanh quản ở phía trên nếp thanh âm và vận động cơ nhắt giáp.

+ Dây thanh quản dưới: hay dây quặt ngược vận động cho hầu hết các cơ của thanh quản và cảm giác từ nếp thanh âm trở xuống. Thần kinh giao cảm của thanh quản tách ở hạch giao cảm cổ giữa và cổ trên.

2.2. Sinh lý thanh quản.

2.2.1. Thở:

+ Khi thở hai dây thanh âm được kéo xa khỏi đường giữa làm thanh môn được mở rộng để không khí đi qua.

+ Động tác trên được thực hiện bởi cơ mở (cơ nhắt phễu).

+ Hai dây thanh mở ra và khép lại theo nhịp thở được điều chỉnh bởi hành tủy.

2.2.1. Phát âm.

+ Lời nói phát ra do luồng không khí thở ra từ phổi tác động lên các nếp thanh âm.

+ Sự căng và vị trí của nếp thanh âm ảnh hưởng đến tần số âm thanh.

+ Âm thanh thay đổi là do sự cộng hưởng của các xoang mũi, hốc mũi, miệng, hầu và sự trợ giúp của môi, lưỡi, cơ màn hầu.

2.2.2. Thổi: nhờ có sự cử động của lồng ngực, tạo nên một luồng không khí đi từ phổi, khí phế quản lên, tạo ra luồng không khí có áp lực và trong khoảng thời gian nhất định.

2.2.3. Rung.

- + Hai dây thanh được khép lại.
- + Niêm mạc dây thanh rung động nhờ luồng khí thổi tạo áp lực dưới thanh môn đã gây nên độ căng dây thanh.
- + Độ căng dây thanh do các cơ căng dây thanh mà chủ yếu là cơ giáp-phễu.
- + Các âm thanh trầm hoặc bổng phụ thuộc độ căng nhiều hay ít của dây thanh.

2.2.4. Cộng hưởng: nhờ vào các hốc trên thanh môn (thanh quản, họng, miệng, mũi).

9. LIÊN QUAN TAI MŨI HỌNG VỚI CÁC CHUYÊN KHOA KHÁC

I- ĐẠI CƯƠNG:

Tai mũi họng thuộc ngũ quan. Chuyên khoa TMH nghiên cứu và điều trị bệnh của những cơ quan giúp con người tiếp xúc và trao đổi với thế giới bên ngoài. Tai là cửa ngõ của hệ thống nghe và thăng bằng. Mũi là nối ra vào của đường hô hấp. Họng là cửa ngõ của đường ăn. Thương tổn ở tai có thể ảnh hưởng đến thần kinh trung ương, thương tổn ở mũi có thể hại đến hô hấp, thương tổn ở họng có thể ảnh hưởng đến tiêu hoá. Ngược lại, những bệnh lý ở thần kinh trung ương, ở đường hô hấp, ở đường tiêu hoá đều có thể gây ra đến tai, đến mũi, đến họng.

Sau đây chúng tôi sẽ đi vào cụ thể của từng chuyên khoa một.

II- QUAN HỆ VỚI NỘI KHOA:

TMH có rất nhiều quan hệ qua lại mật thiết với nội khoa. Sau đây là những vấn đề thường hay gặp.

1. Chảy máu mũi – ói ra máu:

* Chảy máu mũi (chảy máu cam) là một triệu chứng thường hay gặp ở trong những bệnh nhân nội khoa như: cao huyết áp, bệnh lơcô (leucose hay leucomie), bệnh sốt rét, bệnh vàng da chảy máu (leptospirose), bệnh chậm đông máu (hémophilie).

Bác sĩ TMH được mời đến cầm máu.

* Nôn ra máu do vỡ tĩnh mạch thực quản thường gặp ở hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (1) cũng được gọi đến TMH.

2. Ho, khạc ra máu:

Bệnh Tai Mũi Họng cũng có thể làm cho bệnh nhân khạc ra máu. Thí dụ: Chảy máu mũi sau, dẫn tĩnh mạch đáy lưỡi, viêm xoang... bệnh Rendu – Osler (angiomatose hémecragique familiale) với những u mạch máu ở niêm mạc mũi và họng cũng hay làm cho bệnh nhân khạc ra máu.

3. Viêm phế quản mạn và abcès phổi:

Di vật (hạt hồng xiêm) nằm lâu ngày trong phế quản gây ra viêm phế quản mạn hoặc abscess phổi.

4. Lò viêm (infection focale):

Lò viêm là những ổ viêm mạn tính (chứa vi khuẩn) như viêm Amidan khe, viêm xoang, sâu răng... Từ những ổ viêm này và thông qua cơ chế miễn dịch dị ứng, bệnh sẽ tác hại vào khớp, vào tim, vào thận gây ra thấp khớp cấp, viêm nội tâm mạc, viêm cầu thận cấp... Nội khoa, sau khi điều trị thấp khớp cấp, viêm nội tâm mạc, viêm cầu thận cấp thường hay gửi bệnh nhân đến TMH để cắt Amidan hoặc mổ xoang, đề phòng tái phát.

5. Viêm họng, loét họng:

Những bệnh máu như tăng bạch cầu (leucémie), mất bạch cầu hạt (agranulocytose), tăng bạch cầu monocyt nhiễm khuẩn (mononucléose infectieuse) đều có viêm họng hoặc loét họng.

Thiếu vitamin C cũng gây ra chảy máu lợi (nướu).

6. Loạn cảm họng (Dysphagie):

Bệnh nhân có cảm giác nuốt cộm, nuốt vướng, nuốt rát, nuốt đau ở họng miệng, ở họng thanh quản. Bệnh nhân tự cho mình bị mắc xương, bị viêm họng hạt....

Loạn cảm họng có nhiều nhân thuộc TMH như viêm họng mạn quá phát hoặc teo, dài mỏm trâm... hoặc không thuộc TMH như: tăng axit dạ dày, trào dịch vị, mãn kinh, thể địa co thắt, viêm loét hoặc thiếu năng tuyến giáp...

7. Dị ứng:

Dị ứng thường khu trú ở mũi và xoang gây ra viêm mũi, viêm xoang dị ứng.

Một bệnh tích cục bộ của mũi có thể tạo điều kiện thuận lợi cho dị ứng xuất hiện ở cơ thể có bệnh dị ứng tiềm tàng. Thí dụ gai vách ngăn có thể làm cho viêm mũi dị ứng, cho hen xuất hiện về mặt lâm sàng. Mổ vách ngăn sẽ làm cho những biểu hiện lâm sàng của dị ứng giảm hoặc mất đi.

8. Nhức đầu:

Nhức đầu là một triệu chứng rất phổ biến và có liên quan đến nhiều chuyên khoa: nội, ngoại, mắt, răng hàm mặt, thần kinh, nhiễm.... Nhưng nguyên nhân thường hay gặp nhất nằm trong lĩnh vực TMH: viêm xoang. Bệnh viêm xoang dễ hay bị bỏ sót vì có những thể lâm sàng không điển hình: bệnh nhân đến với một triệu chứng nhức đầu phải hỏi thêm kỹ họ mới nhớ lại rằng trước họ có đàm vướng họng hay khạc.

9. Chóng mặt:

Khi nói đến chóng mặt, người ta thường hay nghĩ đến nguyên nhân tai. Cái đó đúng nhưng ngoài ra cũng phải nghĩ đến nhiều nguyên nhân khác thuộc hệ nội như hạ đường huyết, hạ huyết áp, rối loạn tiêu hoá (gan, dạ dày) bệnh lý thần kinh trung ương (tiểu não, hành não).

10. Sốt rét:

Có một bệnh Tai Mũi Họng rất dễ bị lầm với sốt rét, đó là viêm xoang tĩnh mạch bên, một biến chứng của viêm tai xương chũm hồi viêm, gây ra nhiễm trùng huyết. Bệnh nhân có những cơn sốt cao, dao động kèm theo rét run, toát mồ hôi. Nếu không được điều trị đúng bằng kháng

sinh thích hoặc xương chũm kịp thời hợp bệnh nhân sẽ tử vong (3).

11. Thể địa (tạng địa):

Các thể địa như béo phì, đái tháo đường, gút sỏi thận, tạng bạch huyết (lymphatisme)... thường có kèm theo một số bệnh TMH như viêm họng quá sản, viêm mũi xoang mãn tính... người thầy thuốc TMH cần nhớ điểm này và thấy rõ vai trò của nội khoa trong những bệnh trên, tránh can thiệp phẫu thuật không đúng chỗ.

III- QUAN HỆ VỚI NGOẠI KHOA:

Chuyên khoa TMH giải quyết những bệnh ngoại khoa ở vùng cổ mặt như là ung thư thanh quản, ung thư hạ họng, ung thư sàng hàm, dò giáp lưỡi, dò khe mang, u thành bên họng, u cổ, bướu tuyến giáp, chấn thương cổ mặt...

Chuyên khoa TMH giúp phẫu thuật lồng ngực trong việc chẩn đoán bệnh ở phế quản và soi hút đờm nhớt trong phế quản.

Chuyên khoa TMH cũng cần thiết cho cấp cứu ngoại khoa, ví dụ như trong chấn thương nặng ở vùng đầu cổ có khó thở của thời bình cũng như trong chiến tranh.

Ngược lại, những chuyên khoa TMH cũng cần đến ngoại khoa trong những trường hợp sau đây: mổ thực quản ngực, mổ dạ dày, mổ phổi lấy dị vật không gắp ra bằng đường tự nhiên được.

Trong một số abscess não do tai, khoa TMH cũng nhờ ngoại thần kinh can thiệp cũng như đối với u dây thần kinh số VIII.

IV- QUAN HỆ VỚI NHI KHOA:

Quan hệ của chuyên khoa TMH với nhi khoa nhiều và chặt chẽ đến nỗi ở một số nước, người ta đã thành lập chuyên khoa TMH nhi:

1. Amidan và sùi vòm: (VA: Végétation adénoïdes)

Amidan và V.A đóng vai trò quan trọng trong các bệnh viêm nhiễm của trẻ em, hầu hết các bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm họng, viêm tai, viêm phế quản, viêm ruột đều có liên quan đến amidan VA.

Giải quyết viêm amidan- VA tức là tạo điều kiện tốt cho trẻ em tránh được một số bệnh nhiễm trùng thường gặp ở tuổi trẻ.

2. Khó thở:

Khó thở được thấy ở trẻ em nhiều hơn và nặng hơn ở người lớn: khó thở dễ đưa đến tử vong nếu không được giải quyết kịp thời.

Nguyên nhân chính của khó thở trẻ em ở Việt Nam là dị vật thanh - khí- phế quản, viêm thanh quản (bạch hầu thanh quản, viêm thanh quản sỏi) phù nề thanh quản, viêm khí quản tồ huyết (trachéo- bronchite sérofibrineuse), u mạch máu dưới thanh môn, abscess thành sau họng... Sự có mặt của bác sĩ TMH sẽ giúp nhiều cho bác sĩ nhi khoa.

3. Viêm tai xương chũm cấp (oto- antrite aiguë) ở hài nhi:

Điểm nổi bật ở đây là thương tổn ở tai nhưng triệu chứng lại ở đường tiêu hoá. Em bé nôn trớ (ói mửa....) tiêu chảy, sốt, mất nước... và hay lấy tay cào vào tai. Nếu chúng ta soi tai có thể thấy màng nhĩ đỏ, phồng hoặc thủng nhưng cũng có khi không thấy gì lạ.

4. Điếc câm:

Hầu hết trẻ em nhỏ bị câm là do điếc: Vì không nghe tiếng nói nên trẻ không bắt chước nói. Điếc ở trẻ em có nhiều nguyên nhân, trong số đó có nguyên nhân do thầy thuốc gây ra mà người nhà không nghĩ đến: Điếc do Streptomycin. Khi phát hiện điếc câm thì phải gửi bé đến trường dạy trẻ điếc câm, gửi càng sớm càng tốt. Ở đây, em bé sẽ học nói, học viết và học nghề. Có nhiều phương pháp dạy trẻ em hiểu lời nói và nói nhưng không có thuốc làm cho bệnh nhân tự nhiên nói được.

5. Các hội chứng phối hợp:

Một số bệnh mũi có thể phối hợp với nhiều lý do khác tạo ra những hội chứng như là hội chứng Mounier- Kuhn (viêm mũi xoang mạn có polyp cộng với dẫn phế quản), hội chứng Kartagener (viêm mũi xoang mạn có polyp + dẫn phế quản và đảo lộn phổi tạng, dạ dày bên phải gan bên trái, tim bên phải...).

Một số bệnh nhân nội khoa có thể tạo ra những hội chứng có liên quan đến TMH như bệnh tiết nhầy đặc Mucoviscidose ở đường hô hấp làm cho em bé khó thở, hoặc hội chứng Cogan (bệnh nhân bị điếc chóng mặt, đồng thời có viêm mạc kết, có tổn thương ở tim).

V- QUAN HỆ VỚI KHOA SẢN:

1. Mặc phải:

+ Forcep: Liệt mặt do cánh forcep ép vào dây VII vành mang tai

+ Viêm mũi hầu mũi do sặc ối, đặt sonde thở.

Trẻ sơ sinh có thể có những dị dạng về TMH.

2. Bẩm sinh:

a) Dị dạng không nguy hiểm đến tính mạng:

* Tắc cửa mũi trước hoặc cửa mũi sau. Dị dạng này làm cho em phải thở bằng miệng. Lối thở này không phù hợp với hầu mũi, nó làm cho em bé bú khó khăn.

* Sứt môi- hở hàm ếch: Sứt môi đơn thuần chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Sứt môi cộng với hở hàm ếch làm cho hầu mũi bú khó khăn: Phải vắt sữa đổ vào miệng bé mới nuốt được.

* Hội chứng Franchesti: Dị dạng tai ngoài, teo hàm dưới, mắt xếch, lưỡi to, răng mọc lộn xộn, thiếu năng trí tuệ. Những trẻ này có thể sống được đến lớn.

b) Dị dạng có nguy hiểm đến tính mạng:

Dò khí thực quản: Có lỗ thông giữa đường ăn với đường thở, mỗi lần trẻ sơ sinh bú thì sữa vào phế quản làm cho nó bị sặc sữa, nghẹt thở, tím tái. Bệnh nhi mất nước và viêm phế quản phổi. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh nhi sẽ tử vong.

VI- QUAN HỆ VỚI KHOA RĂNG- HÀM- MẶT:

Răng hàm và mặt là láng giềng của Tai, Mũi Họng nên chúng có liên quan mật thiết với nhau:

* Sâu răng: Có thể gây ra viêm xoang hàm. Ngược lại viêm xoang cũng có thể làm cho bệnh nhân nhức răng, tuy rằng răng không bị sâu.

* U nang chân răng và u nang răng sinh (Kyste dentifere): Ở xương hàm trên có thể xâm nhập vào xoang hàm, cho bệnh cảnh viêm xoang.

* Đau dây thần kinh tam thoa do viêm xoang có thể làm cho người ta nghĩ rằng đau do răng và đòi nhổ răng.

* Răng mọc lệch chỗ ở mũi, ở xoang có thể gây trở ngại cho một vài thủ thuật TMH như chọc xoang hàm, mổ vách ngăn....

* Hội chứng Coster (bệnh lý khớp thái dương hàm) của RHM gây ra triệu chứng TMH: Nhức đầu, ù tai, nghe kém, chóng mặt.

* Lệch khớp răng cắn cũng làm cho bệnh nhân nhức đầu, ù tai.

* Bác sĩ TMH mổ ung thư xương hàm trên thường nhờ bác sĩ RHM làm hàm giả cho bệnh nhân nhai.

* Trong chấn thương nặng ở mặt, bác sĩ TMH giải quyết các xoang đồng thời bác sĩ RHM cố định xương bị gãy như xương hàm trên, xương gò má, xương hàm dưới.

VII- QUAN HỆ VỚI KHOA MẮT:

Mắt bị các xoang mặt bao vây ba phía: Phía dưới, phía trong và phía trên, do đó mắt rất dễ bị ảnh hưởng bởi bệnh của các xoang.

* Viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu: Viêm xoang thường hay làm giảm thị lực (mờ mắt). Nếu không điều trị kịp thời mắt có thể bị mù nhưng soi đáy mắt không cho thấy gì lạ. Thương tổn chính là ở dây thần kinh số II đoạn sau nhãn cầu.

* U nhầy xoang trán và xoang sàng: U này thường xuất hiện ở góc trong và trên ổ mắt và đẩy lùi nhãn cầu ra phía trước, ngoài và dưới làm cho người ta tưởng là bệnh lý của mắt.

* Viêm ổ mắt và bộ phận phụ: Viêm xoang có thể gây ra viêm tấy ổ mắt và dẫn đến viêm tắc tĩnh mạch xoang hang (sưng mí mắt phù nề kết mạc, dẫn tĩnh mạch trán kiểu vôi bạch tuộc, mất thị lực, lồi nhãn cầu, mất vận động nhãn cầu), viêm màng não và tử vong.

Viêm xoang sàng có thể xuất ngoại ở góc trong của mắt làm cho ta nhầm với viêm mũi túi lệ.

Ở trẻ em nhỏ viêm xoang sàng luôn luôn gây ra phù nề mí mắt làm cho 2 mí sưng húp.

Cũng ở trẻ em, viêm xương chũm thái dương thường hay làm phù mọng mí mắt trên.

VIII- QUAN HỆ VỚI KHOA LÂY:

Khoa lây và khoa TMH thường nhờ lẫn nhau trong những trường hợp gặp bệnh nhân nặng:

* Viêm màng não: Viêm xoang cấp cũng như viêm tai xương chũm hồi viêm đều có thể gây ra viêm màng não nặng và cần phải có sự hợp tác giữa khoa TMH và khoa Lây mới cứu được bệnh nhân.

* Mở khí quản: Những bệnh nhân uốn ván, viêm não, liệt hô hấp, thường gây ra khó thở nặng, cần phải mở khí quản.

Ở trẻ em bị sởi, cúm, bạch cầu, tinh hồng nhiệt (Scarlatine) thường hay bị khó thở nặng và bác sĩ TMH phải mở khí quản cho những bệnh nhi này.

Mặt khác những bệnh sởi, cúm, tinh hồng nhiệt cũng có thể gây ra viêm tai giữa và bác sĩ TMH cũng phải điều trị những bệnh nhân này.

IX- QUAN HỆ VỚI KHOA THẦN KINH (nội thần kinh và ngoại thần kinh):

Khoa TMH có nhiều quan hệ với khoa thần kinh:

1. Hội chứng tiền đình (chóng mặt) của TMH thường được nói đến trong "dây thần kinh VIII", trong bệnh xơ cứng rải rác từng mảng (Sclérose en plaques), trong bệnh suy động mạch cột sống thân nền (Insuffisance vertébro- basilaire), bệnh rối loạn nhịp tim, bệnh to béo....

2. Suy nhược thần kinh:

Một số bệnh nhân được liệt vào nhóm suy nhược thần kinh (nhức đầu, mất ngủ, ăn kém, giảm trí nhớ, không tập trung tư tưởng được, không lao động được) thường là bị viêm xoang sau (xoang sàng sau và xoang bướm). Nếu chúng ta điều trị xoang thì các triệu chứng trên sẽ hết.

3. Abscess não (đại não và tiểu não):

Nói chung, bác sĩ TMH chẩn đoán và mỗi Abscess não do tai, do xoang, nhưng trong những trường hợp có bệnh nhân thần kinh trung ương khác kèm theo thì phải nhờ đến chuyên khoa ngoại thần kinh.

4. Đau nhức màng não sau viêm tai (Algie méningée post- otitique):

Đây là bệnh tích tụ ở màng nhện (Arachnoïde), sau mổ viêm tai xương chũm hoặc khoét ổ đá chũm, bệnh làm cho bệnh nhân nhức đầu nhiều, không lao động được tuy rằng tai khô, hết viêm.

5. Bệnh Horton: Viêm động mạch thái dương nông (Périartérite à cellules géantes).

Bệnh nhân đau ở vùng thái dương, da đỏ, bóng, nóng, có mề hôi. Dùng ngón tay đè lên đến động mạch thái dương nông, bệnh nhân kêu đau. Bệnh biến đổi từng đợt, có lúc bớt, lúc tăng và có thể đưa đến mù mắt.

6. Đau dây thần kinh tam thoa (V):

Bệnh nhân bị đau đống từng cơn rất ngắn, giống như điện giật ở trán, ở thái dương, ở má, ở lưỡi... nhất là khi nói hoặc ăn (lưỡi cử động chạm vào vùng "cò súng"). Bệnh có thể nguyên phát hoặc thứ phát. Nếu là nguyên phát thì bác sĩ thần kinh điều trị, nếu là thứ phát do xoang thì do bác sĩ TMH điều trị.

7. Tai biến mạch máu não và bệnh lý mạch máu não:

Tai biến mạch máu não có thể gây ra những triệu chứng liên quan đến TMH:

- * Liệt dây thần kinh IX, X, XI và có khi cả XII: làm cho bệnh nhân nuốt khó, nuốt sặc, chảy nước miếng, nói giọng lơ lớ, khó hiểu.

- * Mất ngôn ngữ (Aphasie): Bệnh nhân câm hoặc nói được nhưng hoàn toàn là những từ hoặc câu không có nghĩa.

- * Các bệnh liệt thành não thật có thương tổn các nhân xám, liệt hành não giả do nhãn cao (ở người già) có rối loạn tâm thần- thần kinh luôn có những triệu chứng như khó nuốt, nuốt sặc, liệt màng hầu, liệt họng, liệt thanh quản.

X- QUAN HỆ VỚI KHOA TÂM THẦN:

Một số bệnh tâm thần cho những triệu chứng TMH:

- * Trong bệnh hoang tưởng, bệnh nhân cho rằng mình bị ung huyệt, nhất là khi thấy bạn bè hoặc người thân chết vì ung thư. Họ liên tục đến nhiều bác sĩ nhờ khám bệnh và tự đi tìm nhiều xét nghiệm không cần thiết.

* Tăng trương lực sau một ngày lao động cật lực hoặc trầm cảm sau thất bại trong làm ăn hoặc trong tình cảm có thể dẫn đến nhức đầu giống như viêm xoang.

* Những xúc động mạnh, đột ngột hoặc bệnh Histêri (Hystérie) có thể làm cho bệnh nhân mất tiếng (tiếng nói phều phào) hoặc câm (không nói ra tiếng).

XI- QUAN HỆ VỚI KHOA DA LIỄU:

Một số bệnh da liễu có thể tấn công vào tai, mũi, họng và thanh quản:

1. Bệnh phong:

Vành tai và thóp mũi thường bị vi trùng phong Hasen tấn công trong bệnh phong. Người ta tìm vi trùng Hansen bằng cách quệt lấy chất nhầy ở mũi, phết lên phiến kính rồi nhuộm màu và soi bằng kính hiển vi.

2. Giang mai:

Giang mai thường hay tấn công vào tai nhất là tai trong (viêm thần kinh mê nhĩ Syphilis neurolabyrinthique hoặc viêm màng não dây thần kinh Méningonévrite syphilitique) dẫn đến điếc tai trong. Giang mai bẩm sinh là một nguyên nhân thường gặp của điếc trẻ em.

3. Viêm mũi lậu:

Viêm mũi lậu ở trẻ sơ sinh hay đi đôi với viêm mắt lậu. Nguyên nhân do vi trùng lậu Gonocoque ở âm đạo của mẹ xâm nhập vào mũi và mắt khi sinh. Bệnh này hiện nay giảm.

4. Chàm (Eczéma):

Ở trẻ em nhỏ, viêm tai giữa chảy mủ thường hay gây ra chàm ở mặt. Chàm chỉ có thể khỏi sau khi điều trị hết mủ ở tai.

5. Các bệnh ngoài da khác:

Hiếm thấy như bệnh Pemphigus (nổi bong bóng nước ở da, ở niêm mạc mắt, miệng, họng, thực quản...) bệnh Duhring- Brocq (viêm da nổi bong bóng nước nhỏ, đa dạng giống Herpes, khá đau và diễn biến từng đợt) cũng có thể làm đau và loét ở họng và miệng.

XII- QUAN HỆ VỚI CHUYÊN KHOA LAO- BỆNH PHỔI:

Chuyên khoa TMH là một cộng tác viên đắc lực của chuyên khoa lao 1. Lao thanh quản: phản ánh khá trung thực sự diễn biến của lao phổi: Một bệnh nhân đang bị lao phổi phải đến khám bệnh vì khàn tiếng. Soi thanh quản thấy dây thanh trái có hình ảnh loét lao, chúng ta có thể khẳng định rằng bệnh lao đã nan sang phổi trái, phim Xquang xác minh việc này.

2. Giãn phế quản:

Trong bệnh giãn phế quản kinh điển các triệu chứng lâm sàng và Xquang giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh dễ dàng. Nhưng ở thể khô bệnh nhân không khạc ra đờm mà chỉ khạc ra máu thì chẩn đoán sẽ khó khăn. Soi phế quản và chụp phế quản có bơm thuốc cảm quang Lipiodol sẽ giúp bác sĩ tìm ra căn bệnh. Soi phế quản còn giúp bác sĩ hút mủ, dẫn lưu áp xe phổi.

3. Lao phổi giả:

Viêm xoang mãn tính có thể cho những triệu chứng lâm sàng giống như lao phổi: Ho khạc ra máu, sốt nhẹ về chiều, ăn kém, gầy, xanh... nhưng các xét nghiệm cận lâm sàng đều bình thường: BK âm tính, Cuti- R âm tính, tốc độ máu lắng bình thường, tim phổi bình thường.

Nhưng nếu chụp phim Blondeau và Hirtz chúng ta sẽ thấy xoang bị mờ, thường là xoang sàng.

4. Lao phế quản:

Trong lao phế quản bệnh nhân ho và khạc ra vi trùng lao Koch nhưng trên phim phổi, nhu mô phổi sáng bình thường không thấy hình ảnh lạ. Nếu chúng ta soi phế quản thì sẽ thấy những vết loét đặc hiệu ở niêm mạc phế quản và sinh thiết sẽ xác định là tổn thương lao.

Hiện nay khoa phổi học đã soi và chụp phế quản thay cho chuyên khoa TMH.

XIII- QUAN HỆ VỚI KHOA VỆ SINH CÔNG NGHIỆP:

Chuyên khoa TMH kết hợp với bộ môn và phòng vệ sinh công nghiệp nghiên cứu các vấn đề y tế công nghiệp sau đây:

1. Chống tiếng ồn to:

Những máy nổ, máy dệt, máy nghiền đá, máy tán rivê.... phát ra những tiếng ồn rất to (trên 100 dB) có thể gây điếc nghề nghiệp cho công nhân, thêm vào đó sự rung động của máy cũng có thể tác hại đến tai.

2. Chống bụi:

Ở nhà máy xi măng, ở lò vôi, ở mỏ than, mỏ Crôm, ở nhà máy supe phốt phát, nhà máy lông vũ... công nhân làm việc trong môi trường nhiều bụi. Những bụi này chứa chất hoá học độc hại hoặc vi khuẩn tác hại vào mũi, vào họng và vào phổi.

3. Chống hơi độc:

Các nhà máy hoá chất thường tiết ra hơi độc, nhất là các nhà máy cũ, hệ thống an toàn không tốt. Nồng độ khí độc vượt quá mức quy định và gây ra thương tổn ở mũi họng hoặc sâu hơn ở phổi, gan, thận... Hơi độc thường là: CO, HCl, SO₂, NO₂...

4. Những chất thải công nghiệp:

Như khói, bụi, nước thải tuy không tác hại trực tiếp đến công nhân trong nhà máy, nhưng có ảnh hưởng lớn đến môi trường xung quanh. Một khu công nghiệp hiện đại, xả khói bụi độc hại vào không khí hoặc xả nước ô nhiễm ra sông rạch.

5. Những thay đổi lớn và đột ngột của áp lực nước đối với thợ lặn hoặc của áp lực không khí đối với phi công:

Tác hại đến sức khoẻ và có khi nguy hiểm đến tính mạng của họ. Đối với những nhà thám hiểm đại dương hoặc du hành vũ trụ, kỹ thuật hiện đại đã giải quyết được vấn đề này. Nhưng trong hoạt động sản xuất thủ công, người thợ lặn chưa có phương tiện bảo vệ hiện đại hoặc chưa áp dụng những quy tắc giảm áp nên tai nạn vẫn còn.

Trên đây chúng tôi nêu một cách sơ lược những quan hệ của chuyên khoa TMH với 12 chuyên khoa lâm sàng. Chúng tôi không đề cập đến các khoa cận lâm sàng như Xquang, vi trùng học, sinh hoá, huyết học, giải phẫu bệnh... Vì chúng tôi cho rằng sự quan hệ với các chuyên khoa đó là dĩ nhiên.

KẾT LUẬN:

Chuyên khoa TMH có liên quan chặt chẽ với các chuyên khoa lâm sàng. Nhiều khi thương tổn không ở tai, mũi, họng. Nhưng lại biểu hiện triệu chứng ở tai, mũi họng. Ngược lại cũng không hiếm những trường hợp thương tổn ở tai mũi họng nhưng triệu chứng lại ở cơ quan khác. Người bác sĩ bất kể ở chuyên khoa nào, kể cả TMH đều cần phải biết rõ những đặc điểm nói trên để tránh cho bệnh nhân đỡ đi lòng vòng từ chuyên khoa này đến chuyên khoa khác. Cần phải tìm ra căn bệnh và điều trị tận gốc, điều trị nhanh và ít tổn kém. Đó là "lượng y như từ mẫu".

CHƯƠNG 2. CẤP CỨU TAI MŨI HỌNG

10. CẤP CỨU CHẢY MÁU MŨI

1. Đại cương.

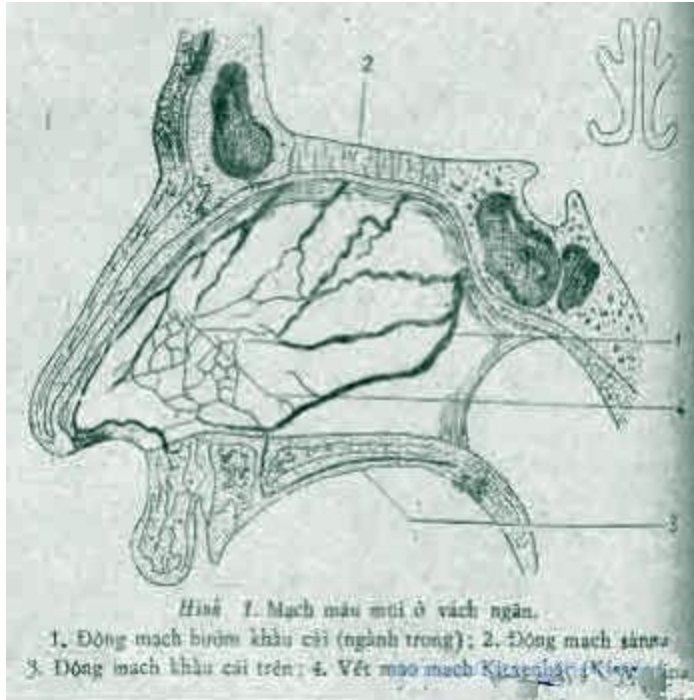
1.1. Giải phẫu.

Đặc điểm niêm mạc mũi:

- Niêm mạc đường hô hấp có chức năng là làm ẩm và làm ấm không khí nhờ có một mạng lưới mao mạch dày đặc và các mao mạch này đi rất nông do đó chỉ cần một chấn thương nhẹ cũng gây ra chảy máu.
- Các mao mạch đi rất nông do đó rất dễ bị tổn thương khi ngoáy mũi, chấn thương ...

Giải phẫu mạch máu ở mũi.

- Động mạch cảnh ngoài bao gồm: động mạch bướm khẩu cái, động mạch khẩu cái lên.
- Động mạch cảnh trong bao gồm: động mạch sàng trước, động mạch sàng sau.
- Các nhánh động mạch này quy tụ tại một điểm ở phía trước và dưới vách ngăn, cách cửa mũi trước khoảng 1,5cm, người ta gọi là điểm mạch kisselbach.



H1. Các nguồn mạch máu tới mũi.

1.2. Nguyên nhân.

- **Nguyên nhân ngoại khoa:** Chấn thương trong thời chiến và thời bình (vết dao đâm, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, do đạn bắn...).
- **Nguyên nhân nội khoa:** Bệnh cao huyết áp, các bệnh về máu (bạch cầu tuỷ cấp, suy tuỷ, bệnh ưa chảy máu), các bệnh sốt xuất huyết, suy gan, thận mãn tính.

1.3. Phân loại.

- Chảy máu điểm mạch Kisselbach.
- Chảy máu do tổn thương động mạch.
- Chảy máu toả lan do mao mạch: máu rỉ khắp niêm mạc mũi, không có điểm nhất định thường xuất hiện trong bệnh bạch cầu tuỷ cấp, bệnh ưa chảy máu, thương hàn, sốt xuất huyết.

2. Lâm sàng.

2.1. Chảy máu mũi nhẹ.

- Nguyên nhân: chấn thương nhẹ do ngoáy mũi hoặc những bệnh như cúm, thương hàn, đôi khi người khoẻ mạnh bình thường cũng có thể đột nhiên chảy máu.
- Soi mũi: thấy máu chảy ra từ điểm mạch hoặc động mạch. Máu chảy ra không nhiều, chảy từng giọt và có xu hướng tự cầm. Bệnh hay tái diễn nhiều lần. Loại chảy máu cam này thường thấy ở những trẻ con và tia lượng nhẹ.

2.2. Chảy máu mũi nặng.

- Nguyên nhân: tổn thương động mạch mũi trong các bệnh cao huyết áp, xơ vữa động mạch, xơ gan... thường thấy ở những bệnh nhân lớn tuổi có bệnh mãn tính. Trong chấn thương

thường tổn thương động mạch sàng và gây ra chảy máu khó cầm.

- Soi mũi: khó thấy điểm chảy vì điểm chảy thường ở trên cao và ở phía sau.

3. Điều trị.

Trước một bệnh nhân đang chảy máu mũi, việc đầu tiên là phải cầm máu ngay, sau đó mới đi tìm nguyên nhân.

3.1. Chảy máu mũi nhẹ.

- Chảy máu ra từ điểm mạch hoặc động mạch bướm khẩu cái.
- Dùng hai ngón tay bóp hai cánh mũi lại là cho điểm kisselbach được đè ép.
- Dùng bấc thấm thuốc co mạch như : Êphêdrin 1% hoặc Antipyrin 20% nhét chặt vào hốc mũi và tiền đình mũi.
- Đốt bằng nitrat bạc hoặc còtê điện.

3.2. Chảy máu mũi nặng: phải dùng những biện pháp tích cực.

Phương pháp đặt mèche mũi trước:

- Dụng cụ: đèn clar, mở mũi, nĩa khuỷu, đèn lưối, mèche rộng 1,5cm dài 40cm, ngón tay gang, hiện nay hay dùng Merocel (Xomed - USA).
- Thuốc: thuốc co mạch, thuốc tê Lidocain 6%, dầu Paraphin.
- Cách đặt mèche mũi trước: trước tiên bảo bệnh nhân xì hết máu và đặt vào mũi một đoạn mèche thấm Lidocain 6% và thuốc co mạch dài 10cm có tác dụng giảm đau và co mạch khi tiến hành thủ thuật. Sau 3 phút rút mèche ra, dùng mở mũi banh rộng lỗ mũi ra qua sát bên trong hốc mũi xem bệnh nhân có mào vách ngăn hoặc vẹo vách ngăn hay không mục đích để khi tiến hành thủ thuật không chọc vào làm chảy máu thêm. Bơm mỡ kháng sinh hoặc dầu paraphin vào hốc mũi sau đó luồn bao cao su bọc lấy mở mũi, rồi đặt bao cao su vào hốc mũi. Dùng nĩa khuỷu nhét mèche vào trong hốc mũi qua mở mũi sâu 6-8cm, tiếp tục nhét mèche vào hốc mũi, bắt đầu ở phía trên dưới sau (nhét sâu sát cửa mũi sau) rồi trong trước, ngoài sau ra tới tận cửa mũi. Mèche được xếp theo hình chữ chi theo kiểu đàn phong cầm). Trong khi nhét mèche mũi nên nhét chặt không để khoảng chết. Kiểm tra thành sau họng không thấy máu chảy xuống họng là được.



H2. Phương pháp đặt mèche mũi trước

Rút mèche: không nên để mèche quá 48 h, thường rút ra nếu có sốt. Trong khi rút mèche phải rút thật chậm, tư thế nằm nghiêng, thầy thuốc kéo mèche ra từ từ, từng đoạn một, mỗi đoạn không quá 5 cm, cứ sau mỗi đoạn dừng 5 phút, vừa rút vừa nhỏ oxy già vào mũi. Rút mèche kéo dài chừng 20 tới 30 phút.

Phương pháp đặt mèche mũi sau:

Nếu chảy máu mũi do thương tổn phía sau và trên của hốc mũi hoặc đã đặt mèche mũi trước rồi mà không có hiệu quả thì phải áp dụng thủ thuật đặt mèche mũi sau.

- Dụng cụ: Ngoài các dụng cụ như dùng cho đặt mèche mũi trước cần thêm một ống Nelaton nhỏ bằng cao su, 2 pince Koche (có máu và không máu), một cục gạc hình trụ đường kính chiều cao 3cm buộc vào hai sợi chỉ chắc dài 25cm, một cục gạc thứ hai cũng hình trụ nhưng nhỏ hơn đường kính 1cm.

- Cách đặt mèche mũi sau:

Đặt ống Nelaton vào lỗ mũi bên chảy máu đẩy ống xuống họng. Bảo bệnh nhân há miệng, dùng Pince không máu cặp đầu Nelaton kéo ra khỏi miệng. Buộc chỉ của cục gạc to vào đầu ống Nelaton. Kéo ngược ống Nelaton từ họng lên cửa mũi sau. Cục gạc bị sợi chỉ lôi ngược từ họng lên vòm mũi họng nút vào cửa mũi sau. Khi cục gạc đi qua eo màn hầu nó thường bị vướng lại, thầy thuốc nên dùng ngón tay trở tay phải đẩy cục gạc lên phía trên và phía sau giúp nó vượt qua eo hẹp. Tay trái cầm ống Nelaton và sợi chỉ kéo về phía trước. Xong rồi tháo sợi chỉ khỏi ống Nelaton và buộc nó vào cục gạc thứ hai, cục này che kín lỗ mũi trước.



H3. Phương pháp đặt mèche mũi sau

Sau khi đặt mèche mũi sau có thể đặt tăng cường thêm mèche mũi trước như trên đã mô tả.

Phương pháp thắt động mạch.

Nếu đặt mèche mũi sau và mèche mũi trước rồi mà vẫn còn chảy máu ta phải thắt động mạch hàm trong ở hố chân bướm hàm hoặc động mạch cảnh ngoài, thắt động mạch sàng trước và sàng sau ở bờ trong của hốc mắt.

Phương pháp nút mạch.

Hiện nay bằng phương pháp can thiệp mạch, người ta đã chụp mạch phát hiện điểm chảy máu và nguồn chảy máu, sau đó tiến hành nút mạch tạm thời hoặc nút mạch vĩnh viễn giúp cho việc cầm máu được chính xác và giảm đau đớn và thương tổn cho bệnh nhân.

Điều trị bằng thuốc.

Truyền dịch, truyền máu (chú ý truyền máu tươi khi cần thiết).

Thuốc cầm máu: Vitamin C, Vitamin K, Transamin, Hemocaprol, CaCl_2 ...

Thuốc trợ tim mạch: Spartein, Uabain....

Thuốc kháng sinh mạnh phổ rộng: Cephalosporin thế hệ III

Thuốc giảm đau: Profenid, Alaxan, Efferalgan-codein..

Thuốc an thần: Rotunda, Gardenal, Seduxen, Stilnox...

11. KHÓ THỞ TRONG CẤP CỨU TẠI MŨI HONG

CÁCH KHÁM KHÓ THỞ

Khó thở là cảm giác chủ quan khó chịu của người bệnh do nhu cầu trao đổi khí của cơ thể không được đáp ứng đầy đủ. Khó thở là triệu chứng thường gặp, tiến triển cấp hoặc mạn tính mà bệnh nhân có thể cảm thấy và biểu thị một cách chủ quan hoặc không

Hỏi bệnh

Tiền sử bản thân, gia đình, nghề nghiệp.

- Khó thở xuất hiện đột ngột hay từ từ?
- Đặc điểm tiến triển: Liên tục, ngắt quãng hay từng cơn, liên quan đến nhịp ngày đêm hay theo mùa?
- Hoàn cảnh xuất hiện: Lúc nghỉ ngơi hay khi gắng sức, mức độ gắng sức làm xuất hiện khó thở?
- Diễn biến: Cấp, mạn hay tái phát nhiều lần?
- Tư thế: Khó thở khi nằm, khi thay đổi từ nằm sang ngồi hoặc đứng?
- Các yếu tố môi trường: nơi ở, nơi làm việc?
- Khó thở thì hít vào, thở ra hay khó thở liên tục?
- Các dấu hiệu cơ năng: đau ngực, ho, khạc đờm, đánh trống ngực, tiếng rít, tiếng ngáy lúc ngủ?

Khám hô hấp (Nhìn)

Biến dạng lồng ngực:

- Lồng ngực hình thùng
- Nửa lồng ngực bị lép lại, KLS hẹp lại.
- Nửa lồng ngực bị phình ra, xương sườn nằm ngang, khoang liên sườn giãn rộng.
- Biến dạng lồng ngực: Gù vẹo cột sống, lồng ngực hình phễu...

Tần số thở:

- Bình thường tần số thở 12 – 16 lần/ phút
- Tần số tăng: Khó thở nhanh
- Hoặc giảm: Khó thở chậm

Co kéo cơ hô hấp:

- Co kéo hố thượng đòn
- Hố trên mỏm xương ức, khoang liên sườn

Rối loạn nhịp thở:

- Khó thở kiểu Kuss maul – Bốn thì: Hít vào – Nghỉ – Thở ra – nghỉ
- Khó thở kiểu Cheynes-stokes: thở nhanh, cường độ thở tăng dần, sau đó cường độ thở giảm dần rồi nghỉ

Các dấu hiệu nặng

- Sử dụng cơ hô hấp phụ: Co kéo hõm ức, hố thượng đòn, khe liên sườn
- Cánh mũi phập phồng, tím
- Các dấu hiệu suy tuần hoàn
- Các rối loạn ý thức tâm thần
- Phát hiện các hội chứng , các triệu chứng bất thường ở phổi
- Tim mạch: Các tiếng bệnh lý, mạch, huyết áp, suy tim phải
- Cơ địa: Dị ứng, bệnh toàn thân (ĐTĐ, suy thận...)

Cận lâm sàng

- Chẩn đoán hình ảnh:
- X quang phổi thẳng nghiêng.
- Chụp CT scan ngực.
- Chụp động mạch phổi.

- Soi tai mũi họng, phế quản.
- Thăm dò chức năng hô hấp.
- Một số thăm dò khác: ĐTĐ, siêu âm tim.

Phân loại mức độ khó thở theo Hội tim mạch New york (1997)

- Độ 1: Không hạn chế chút nào hoạt động thể lực.
- Độ 2: khó thở khi làm việc gắng sức nặng ở cuộc sống hàng ngày.
- Độ 3: Khó thở khi gắng sức hơi nhẹ, hạn chế nhiều hoạt động thể lực.
- Độ 4: Khó thở khi gắng sức nhẹ và/hoặc khó thở khi nghỉ.

Giá trị TC và hướng chẩn đoán

Khó thở vào:

- Các dấu hiệu đi kèm: Nhịp thở bình thường hoặc chậm, co kéo trên hõm ức, tiếng thở rít khí quản, thở khò khè, tiếng nói thay đổi.
- Căn nguyên: Phù Quincke, dị vật, viêm sụn nắp thanh quản, u thanh quản, chèn ép khí quản.

Khó thở ra: Hen phế quản.

Khó thở hai thì, khó thở nhanh

- Phù phổi cấp: Đờm có bọt hồng.
- Viêm phổi: Hội chứng nhiễm khuẩn.

Khó thở liên tục

- Suy hô hấp do bất kỳ nguyên nhân gì.
- Suy tim.
- Nhồi máu phổi.
- Thiếu máu.

Nguyên nhân

Đường hô hấp trên

- Họng: viêm họng do bạch hầu, sưng amydan, khối u ở họng.
- Thanh quản: viêm thanh quản do bạch hầu, u thanh quản.
- Khí quản: U khí quản, do chèn ép từ ngoài vào, do hẹp, nhuyễn sụn

Đường hô hấp dưới:

- Viêm phế quản cấp, mạn.
- Hen phế quản.
- Dị vật.
- Giãn phế nang.
- Giãn phế quản.
- Viêm tiểu phế quản.
- Bệnh lý nhu mô phổi

Các tổn thương mạch máu phổi:

- Tắc động mạch phổi.
- Nhồi máu phổi tái diễn.

Bệnh lý màng phổi:

- Tràn khí màng phổi.
- Tràn dịch màng phổi.
- Dày dính màng phổi.

Lồng ngực

- Chấn thương, di chứng phẫu thuật, dị dạng cột sống bẩm sinh hoặc mắc phải.

Các nguyên nhân tim mạch – tuần hoàn

- Suy tim.
- Viêm màng ngoài tim.
- Thiếu máu cấp hoặc mãn.

Các nguyên nhân thần kinh, tâm thần:

- Liệt cấp tính các cơ hô hấp: bại liệt, ngộ độc.
- Các bệnh thoái hoá thần kinh cơ.
- Tổn thương các trung tâm hô hấp.
- Khó thở do nguyên nhân tâm thần: Sau khi loại trừ các nguyên

Các nguyên nhân khác

- Suy thận ure máu cao.
- Nhiễm acid máu (ĐTĐ).

KHÓ THỞ VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Ngoài các nguyên nhân như vận động quá mức, quá căng thẳng, ở trên độ cao, môi trường quá lạnh hoặc quá nóng..., người ta còn thấy khó thở do bất thường ở một số cơ quan trong cơ thể. Khi thấy khó thở ngay cả khi nằm nghỉ, hoặc khi có biểu hiện bệnh lý như đau ngực, ho ra máu..., cần khám chữa ngay.

Khi nào khó thở là một triệu chứng của bệnh?

Nếu khó thở kéo dài và dai dẳng thì hầu như chắc chắn là một triệu chứng liên quan đến bệnh lý nào đó. Nếu khó thở chỉ diễn ra trong thời gian ngắn và đột ngột với mức độ nặng, thì phải làm các xét nghiệm kiểm tra.

Dưới đây là một số dấu hiệu khó thở có liên quan đến bệnh tật:

- Khó thở khi nghỉ.
- Khó thở khi gắng sức.
- Khó thở khi nằm.
- Khó thở đi kèm với các triệu chứng như: đau ngực hay đau ngực lan lên tay hoặc lên cổ, lên hàm. Kèm theo là những biểu hiện: sưng tấy cẳng chân hoặc bàn chân. Tăng cân hoặc mất cân một cách khó hiểu đi kèm với sự kém ăn. Mệt mỏi từng lúc. Toát mồ hôi. Ho ra đờm có màu vàng, xanh, gỉ sắt hoặc thấy có máu trong đờm. Sốt. Thở khò khè. Ho kéo dài dai dẳng. Đầu móng tay hoặc môi có màu xanh tím. Mệt mỏi, choáng váng. Móng tay khum...

Một số cơ quan bất thường có thể gây khó thở

- Phổi.
- Những nhiễm trùng mới mắc như viêm phế quản, viêm phổi hoặc những nhiễm trùng kéo dài như lao phổi hoặc viêm phế quản mạn. Khó thở trong trường hợp này thường đi kèm với thay đổi màu sắc của đờm hoặc sốt.
- Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giãn phế nang. Khó thở thường thấy kèm theo thở khò khè. Với hen phế quản, ta hay thấy đi kèm có tiền sử dị ứng. Trường hợp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoặc giãn phế nang, người bệnh thường có bệnh sử hút thuốc lá.
- Ung thư phổi hoặc khối u tại phổi. Khó thở thường kèm theo ăn kém, gầy sút nhiều. Bệnh sử bệnh nhân thường có nghiện thuốc lá nặng.
- Tổn thương phổi diện lớn ví như áp-xe phổi, hoặc bệnh bụi phổi.
- Tắc mạch phổi. Khó thở thường xảy ra đột ngột và thường phối hợp với khó thở nhanh nông và đi kèm với đau ngực.
- Bệnh cơ hoành và thành ngực. Liệt cơ hoành sau phẫu thuật ngực hoặc béo phì đều có thể gây khó thở.
- Tim mạch.
- Suy tim. Khó thở trong suy tim là do giảm khả năng giãn nở của cơ tim làm cho tăng áp lực máu quanh phổi. Triệu chứng thường gặp trong suy tim là khó thở khi nằm hay dậy buổi tối do khó thở, ho về đêm hoặc khi nằm, khó thở khi gắng sức, phù ở cẳng chân. Các nguyên nhân thường gặp trong suy tim là nhồi máu cơ tim, bệnh van tim, viêm cơ tim do virus, suy tim do rượu, suy tim do cocain...
- Bệnh toàn thân.
- Thiếu máu. Do hồng cầu mang oxy khi lượng hồng cầu giảm sẽ làm oxy không đủ cung cấp cho nhu cầu của cơ thể gây ra khó thở.
- Tình trạng tăng chuyển hóa như bệnh Basedow, sốc, nhiễm trùng máu.
- Bệnh thận và gan mạn tính. Do tăng lượng dịch đến phổi làm giảm trao đổi oxy tại phổi gây khó thở.
- Viêm đa khớp.
- Do hệ thống thần kinh.
- Tăng áp lực sọ não do chấn thương sọ não, khối u não, tai biến mạch não, chảy máu não. Khó thở thường xảy ra khi não bị chèn ép ở vùng điều hòa hô hấp. Triệu chứng hô thấp thường xảy ra sau các triệu chứng thần kinh.
- Rối loạn thần kinh cơ có thể ảnh hưởng đến giãn nở lồng ngực và có thể ảnh hưởng đến di động của cơ hoành làm cho bệnh nhân khó thở.
- Lo lắng thái quá: Lo lắng có thể làm khó thở do tăng không khí. Khó thở sẽ hết khi không còn lo lắng.

Khi bệnh nhân thấy khó thở, sẽ được bác sĩ khám lâm sàng và chụp phim tim phổi. Nếu có nghi ngờ bệnh tim, bác sĩ sẽ phải cho làm điện tâm đồ và siêu âm tim, nghiệm pháp gắng sức để tìm xem có bệnh mạch vành không. Nếu có nghi ngờ bệnh phổi, phải làm chức năng phổi. Một số trường hợp có thể phải làm thêm chụp cắt lớp vi tính.

Điều trị

Tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Nếu được chẩn đoán bệnh tim, sẽ được điều trị bằng thuốc chữa suy tim như lợi tiểu, ức chế men chuyển, digoxin và chẹn beta.

Nếu khó thở do hen tim và bệnh phổi mạn tính, có thể phải điều trị bằng các thuốc giãn co thắt phế quản và thuốc chống viêm hoặc thở oxy. Trong trường hợp nhiễm trùng, có thể phải dùng thuốc kháng sinh.

Tránh khó thở

- Bỏ thuốc lá có thể làm giảm các triệu chứng khó thở cũng như giảm được nguy cơ ung thư phổi.
- Tránh các chất có thể gây dị ứng, bụi bẩn, các độc chất. Nếu có cơ địa dị ứng, cần tránh tiếp xúc với các chất có thể gây dị ứng.
- Tránh tăng cân và tập thể dục đều đặn.
- Nếu suy tim, dùng thuốc thường xuyên, ăn giảm muối và theo dõi cân nặng thường xuyên.
- Biết được tình trạng bệnh lý của mình. Phải hỏi bác sĩ về cách làm thế nào để tránh khó thở.

12. CẤP CỨU KHÓ THỞ THANH QUẢN

Khó thở thanh quản là một hội chứng rất hay gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên đặc biệt ở trẻ em có nguy cơ gây tử vong vì thanh quản là nơi hẹp nhất đường hô hấp. Vì vậy đòi hỏi người thầy thuốc phải chẩn đoán nhanh và chính xác và kịp thời xử trí.

1. Đặc điểm của khó thở thanh quản.

- Khó thở vào.
- Khó thở nhịp chậm.
- Có tiếng rit, có co kéo (co rút) ở hõm trên và dưới xương ức, khoang gian sườn.

2. Nguyên nhân của khó thở thanh quản.

2.1. Khó thở thanh quản do viêm nhiễm.

Viêm thanh quản do bạch hầu: thường xuất hiện sau bạch hầu họng. Nguyên nhân do vi khuẩn bạch hầu. Đặc điểm của khó thở bạch hầu là khó thở từ từ và tăng dần.

Lâm sàng:

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt vừa, số lượng bạch cầu đa nhân tăng cao.
- Hội chứng nhiễm độc: da xanh tái, có hạch ở cổ và vùng góc hàm.
- Khám họng : có giả mạc trắng ở họng, giả mạc trắng xám, khó bóc dễ chảy máu, không tan trong nước. Tốt nhất là tìm vi khuẩn bạch cầu. Để muộn khi giả mạc lan xuống thanh quản.
- Dấu hiệu khó thở thanh quản diễn biến từ từ.
- Nói, khóc giọng khàn.
- Xuất hiện ho, có khi ho ông ổng.

Điều trị:

- Nếu khó thở phải mở khí quản cấp cứu.
- Điều trị bằng penicillin liều cao.
- Huyết thanh chống bạch hầu.
- Trợ tim.
- Cần theo dõi sát và điều trị tại khoa truyền nhiễm.

Viêm thanh quản do lao: bệnh tích chủ yếu ở liên phếu thường gặp ở người lớn, thứ phát sau lao phổi. Toàn thân yếu, khó thở xuất hiện từ từ.

Viêm thanh quản do virus (cúm hoắc sởi).

Đặc điểm: Viêm thanh, khí phế quản.

Lâm sàng:

- Thường xuất hiện sốt 39 - 40⁰ c.
- Khó thở thường xuất hiện nhanh, trong trạng thái nguy ngập: mặt xám, xanh tái, thở nông, cháu mệt mỏi.
- Bệnh này có tỷ lệ tử vong cao.
- Tất cả các dấu hiệu là viêm long đường hô hấp trên. Khi bị nặng sức đề kháng yếu sẽ dẫn tới bội nhiễm sẽ dẫn tới tình trạng khó thở thanh quản cần can thiệp.

Do cúm:

- Đặc điểm: viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn tiến triển rất nhanh. Thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, bắt đầu là viêm mũi họng (giống như cúm). Rồi xuất hiện khó thở thanh quản, khó thở ngày càng tăng, khó thở có tiếng rít, rồi có ho, giọng khàn.
- Xử trí: cần tiêm ngay Depersolon 2mg/1kg tiêm TM, đồng thời giải quyết nguyên nhân viêm nhiễm là tiêm kháng sinh nếu tiến triển xấu phải mở khí quản hoặc đặt nội khí quản.

Do sởi: Sau khi sởi bay một tuần, có khi xuất hiện cùng với sởi. Chủ yếu là khàn tiếng, tiếng ho ông ổng như chó sủa đột nhiên gây khó thở cấp tính.

Viêm thanh quản do viêm V.A (Viêm thanh quản rít).

Hay xảy ra ở trẻ 3-6 tuổi xuất hiện ban đêm. Em bé đột nhiên thức dậy, với hiện tượng khó thở kịch phát, thanh môn như bị co thắt, cơn khó thở xuất hiện trong vài phút, rồi cơn khó thở qua đi, em bé ngủ trở lại. Hôm sau trong trạng thái bình thường. Cơn khó thở có thể xuất hiện trở lại vào những đêm sau, nguyên nhân có thể là do viêm V.A, các cháu này nên nạo V.A.

2.2. Khó thở thanh quản do dị vật thanh quản.

Đặc điểm:

- Có hội chứng xâm nhập, đột nhiên ho dữ dội.
- Do các dị vật bằng kim loại như đinh gim, kim băng, nắp bút...
- Do hít phải thức ăn khi ăn: như cơm, bột...
- Do các dị vật sống khi đi rừng hít phải các loại côn trùng sống ở tuổi như: tắcte, vắt rừng.

Đề phòng: Bằng cách chú ý trông nom các cháu nhỏ chu đáo.

2.3. Khó thở thanh quản do các khối u thanh quản.

Có thể khối lành tính hoặc ác tính xuất phát từ lòng thanh quản như: papilome, polyp, hoặc bên ngoài thanh quản như: ung thư hạ họng, áp xe thành bên họng ở sâu.

2.4. Khó thở thanh quản do chấn thương thanh quản và sẹo hẹp thanh quản.

- Chấn thương do đụng dập hoặc phù nề thanh quản như: mảnh bom, đạn, tai nạn giao thông, tai nạn lao động...
- Sẹo hẹp thanh quản: sau chấn thương, sau mở khí quản, sau phẫu thuật ở thanh quản.

2.5. Khó thở thanh quản do dị tật bẩm sinh ở thanh quản: mền sụn thanh quản.

2.6. Khó thở thanh quản do nguyên nhân thần kinh.

- Liệt các cơ mở thanh quản: cơ nhẫn-phễu sau do liệt dây hồi qui.
- Liệt cơ khép: cơ giáp-phễu, cơ liên phễu, cơ nhẫn-phễu bên.

3. Mức độ khó thở.

Triệu chứng	Khó thở cấp I	Khó thở cấp II	Khó thở cấp III
Toàn thân	Bình thường Khó thở khi gắng sức	Tình trạng kích thích vật vã, lo âu	Tình trạng ức chế, lơ mơ, khó thở nhanh nông BN nằm yên tím tái dần đi vào hôn mê, chân tay quờ quạng bất chuồn chuồn
Cơ năng	Không khàn tiếng	Khó thở thanh quản điển hình (khó thở chậm thì thở vào co lõm các cơ hô hấp có tiếng rít) Ho, khàn tiếng Rối loạn nhịp thở	

Xử trí	Chống viêm Chống phù nề An thần Theo dõi, thở oxy	Mở khí quản cấp cứu. Hồi sức tích cực	Mở khí quản tối cấp. Hô hấp hỗ trợ
---------------	---	--	---------------------------------------

4. Thái độ xử trí.

4.1. Viêm thanh quản rít: xảy ra ban đêm, chỉ cần chăm sóc tại nhà.

4.2. Viêm thanh quản cấp tính: chỉ khàn tiếng không có khó thở xảy ra trong viêm mũi họng, chỉ chăm sóc tại nhà và điều trị viêm mũi họng.

4.3. Có viêm phổi, viêm phế quản: thở nhanh, khó thở hai thì và nhịp thở > 50 lần/1 phút, co rút lõm xương ức và cơ liên sườn nhất thiết phải gửi đi bệnh viện cấp cứu. Trước khi gửi đi nên tiêm kháng sinh.

13. CHẤN THƯƠNG TAI-XƯƠNG ĐÁ

Bao gồm:

- *Chấn thương do hỏa khí, do vật cứng đập dập (tai nạn giao thông, tai nạn lao động) do áp lực, do sức nén, do tăng áp hoặc giảm áp đột ngột.*

- *Chấn thương âm thanh kéo dài (chỉ gây những tổn thương vi thể ở ốc tai).*

1. Vỡ xương đá

1.1. Đặc điểm.

- Xương đá nằm sâu trong hộp sọ nên thường là chấn thương kín, nhưng có thể thông với bên ngoài qua hòm nhĩ.

- Chấn thương vỡ xương đá nguy hiểm vì các biến chứng của tai và có thể gây ra như: viêm màng não sau nhiều năm vì đường vỡ xương chỉ có tổ chức xơ hàn gắn lại chứ không phải là can xương vì xương đá không có tạo cốt bào.

- Trước một chấn thương vỡ xương đá, trước tiên cần khám thần kinh sọ não để phát hiện ổ máu tụ ngoài màng cứng. Các di chứng vỡ xương đá và chấn thương sọ não đối với tai khá phức tạp, không chỉ chức năng thính giác, thăng bằng mà cả về tâm lý, thần kinh giao cảm.

1.2. Nguyên nhân.

- Do bị ngã, tai nạn xe, tai nạn lao động, bị giập đầu vào tường, máy...
- Do bị đánh bằng vật cứng vào vùng chẩm, thái dương, có khi kèm theo vỡ hộp sọ.

1.3. Triệu chứng:

- Chảy máu tai: máu rỉ hoặc đọng ở ống tai ngoài, máu màu đỏ, đông thành cục gập trong vỡ dục.
- Chảy dịch não tủy: dịch trong chảy nhiều, rỉ hay rỏ giọt từ trong sâu ống tai, trong hòm nhĩ, có thể kéo dài 5-7 ngày, không tự cầm. Có thể chảy dịch não tủy lẫn máu, dịch màu hồng sau nhạt màu dần. Gặp trong vỡ ngang và vỡ chéo. Nếu nghi ngờ đem dịch thử, nếu có glucose là dịch não tủy.
- Nghe kém thể tiếp âm do tổn thương ốc tai, nếu nghe kém hỗn hợp giảm dần là do chấn động mê nhĩ: kèm theo nghe kém có ù tai.
- Chóng mặt: có thể dữ dội, kèm theo mất thăng bằng có rung giật nhãn cầu.
- Khám tai và vùng chũm có thể thấy: vết bầm tím vùng chũm, xuất hiện vài ngày sau chấn thương phải nghĩ tới có vỡ đường chéo. Ống tai bị rách da, chảy máu, màng nhĩ phồng, có màu tím xanh do máu chảy đọng trong thủng tai, nghĩ tới có vỡ dục. Ống tai bị rách da, chảy máu gập trong vỡ chéo và vỡ dục.
- Liệt mặt ngoại biên rõ rệt gặp trong vỡ ngang hoặc bán liệt gặp trong vỡ chéo.

1.4. Chẩn đoán.

- Tìm hiểu cơ chế chấn thương.

Hoàn cảnh bị chấn thương như do ngã, bị đánh...

Nơi bị chấn thương, trên hộp sọ vùng thái dương, chẩm, chũm...

- Các triệu chứng lâm sàng tùy thuộc đường vỡ xương đá.
- Khi nghi ngờ có vỡ ngang hoặc vỡ chéo cần:

Chọc dò dịch não tủy: nước não tủy màu hồng, soi có nhiều hồng cầu là do rách màng não.

Chụp X-quang theo tư thế Stenver hay Chaussé III (ngày nay có C.T.Scan) có thể thấy đường vỡ rạn ở xương đá.

Lưu ý: Sau chấn thương xuất hiện các triệu chứng như: nghe kém thể hỗn hợp, chóng mặt mức độ vừa, nhẹ rồi giảm dần, không có tổn thương thực thể ở tai, xương chũm, không chảy máu hoặc chảy dịch não tủy, nghĩ tới chấn động mê nhĩ.

1.5. Tiến triển và biến chứng.

- Chấn động mê nhĩ: có thể khỏi sau khi nghỉ ngơi, chống viêm nhiễm.
- Vỡ xương đá không chảy dịch não tủy: có thể tự khỏi. Nếu có rách, tổn thương màng nhĩ dễ bị viêm tai giữa, viêm xương chũm.
- Vỡ xương đá có chảy dịch não tủy: dễ đưa đến viêm màng não mủ toả lan. Với đường vỡ ngang qua ống tai trong, mê nhĩ gây nghe kém tiếp nhận và liệt mặt thường không hồi phục.

1.6. Điều trị.

- Chảy máu ra tai: lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh.
- Chảy dịch não tủy ra tai (có khi ra mũi họng): lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh, băng kín vô khuẩn. Tránh gây nhiễm khuẩn từ ngoài vào.
- Dùng kháng sinh chống viêm màng não, theo dõi dịch não tủy.
- Nếu có viêm xương chũm cần mổ xương chũm.
- Nếu có viêm mê nhĩ cần khoan và dẫn lưu mê nhĩ.

2. Chấn thương tai do sức ép.

2.1. Nguyên nhân.

- Do sóng nổ (bom, lựu đạn, pháo ...).
- Tổn thương tai giữa: rách màng nhĩ, trật khớp búa đe.
- Tổn thương tai trong như chảy máu, tổn thương các tế bào của cơ quan Corti.

2.2. Triệu chứng.

- Đau nhói trong tai, thường kéo dài một vài ngày, có thể thành từng cơn đau sâu trong tai.
- Nghe kém: ngay sau khi chấn thương, bệnh nhân nghe kém nhẹ, vừa, nặng tùy theo chấn thương. Thường giảm dần nhưng có thể không hồi phục.
- Ò tai: tiếng ù thường xuyên có trong tai mất dần sau một vài ngày.

- Chóng mặt xuất hiện ngay sau chấn thương cùng với nghe kém. Sau đó ù tai có thể kéo dài liên tục.

- Khám tai: màng nhĩ có thể bị rách, chảy máu và hơi nề.

2.3. Chẩn đoán.

- Có tiền sử bị chấn thương do sức ép.

- Sau chấn thương xuất hiện các triệu chứng.

- Đo thính lực: nghe kém thể truyền âm, nếu có trật khớp xương con có thể mất tới 60dB. Nếu có tổn thương tai trong có điếc tiếp nhận.

2.4. Tiến triển: Khi có rách màng nhĩ, rất dễ viêm tai giữa và viêm xương chũm.

2.5. Điều trị.

- Khi có rách màng nhĩ: lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh.

- Theo dõi viêm tai giữa và viêm xương chũm.

- Vitamin nhóm A, B và nghỉ ngơi.

3. Vết thương tai.

3.1. Đường đi: của đạn gây vết thương rất phức tạp vì bản thân tai cũng có giải phẫu phức tạp do đó phải khám tỉ mỉ.

3.2. Cách xử trí:

- Trong giờ phút đầu tại chỗ: cố gắng lau vùng tai, xung quanh tai thật sạch sẽ, rửa vành tai ống tai bằng nước vô trùng, sau đó rắc bột kháng sinh.

- Nếu bị sốc phải chống sốc trước.

3.3. Mục đích mổ:

- Lấy dị vật.

- Giải toả các nguyên nhân gây chèn ép như: máu cục, dị vật, xương dập nát.

- Đề phòng và điều trị nhiễm khuẩn.

3.4. Phương pháp mổ.

- Nếu mảnh đạn ở trong ống tai thì rạch đường sau tai, đi từ sau ra trước để kiểm tra.
- Vết thương tai giữa: phẫu thuật vùng tai xương chũm dẫn lưu.
- Vết thương xương đá: mở rộng lấy hết dị vật để phòng biến chứng mê đạo.
- Ở xương chũm: mổ xương chũm.

Lưu ý: có trường hợp vết thương gây chảy máu do thương tổn thành động mạch lớn. Hoặc mảnh đạn cắm vào xoang tĩnh mạch bên, khi xử trí lấy mảnh đạn sẽ chảy máu ồ ạt.

3.5. Biến chứng.

- Ảnh hưởng tới chức năng nghe: điếc dẫn truyền hoặc điếc tiếp nhận không hồi phục.
- Biến dạng vành tai, ống tai.
- Khớp thái dương hàm dính lại.
- Liệt dây thần kinh.

14. DỊ VẬT THỰC QUẢN

1. Đại cương:

Dị vật đường ăn nhất là dị vật thực quản là một cấp cứu có tính phổ biến, là một tai nạn, thực sự nguy hiểm tới tính mạng người bệnh và có tỷ lệ tử vong cao. Thường nhất là xương động vật (cá, gia cầm, lợn...). Xương động vật ngày thứ hai trở đi đã có thể gây áp xe trung thất, xương nhọn có thể xuyên thủng động mạch lớn, đều là biến chứng nguy hiểm.

Sau khi bị hóc xương người bệnh thấy nuốt đau và khó, không ăn uống được. Tại viện T.M.H TW trong số 186 cas dị vật đường ăn có 17 cas áp xe trung thất có tỷ lệ tử vong là 50%. Dị vật đường ăn gây ra áp xe cạnh cổ, áp xe trung thất do thủng thực quản thậm chí gây ra thủng động mạch chủ gây ra tử vong. Dị vật thực quản hay gặp nhất trong các dịp tết hội hè, người lớn bị nhiều hơn trẻ em nguyên nhân do bất cẩn trong ăn uống.

Điều trị: Soi thực quản gấp dị vật. Nếu có áp xe thực quản: mổ cạnh cổ dẫn lưu, có áp xe trung thất mổ trung thất dẫn lưu.

2. Giải phẫu thực quản.

Thực quản (oesophagus) là một ống cơ niêm mạc, tiếp theo hầu ở cổ xuống đoạn ngực, chui qua lỗ thực quản của cơ hoành và nối với dạ dày ở tâm vị.

Những đoạn hẹp tự nhiên của thực quản.

Trên thực tế nếu nuốt phải các vật lạ thì thường mắc lại ở các đoạn hẹp.

Có 5 đoạn hẹp:

- Miệng thực quản: cách cung răng trên (15-16 cm).
- Quai động mạch chủ: cách cung răng trên (23-24 cm).
- Phế quản gốc trái : cách cung răng trên (26-27 cm).
- Cơ hoành: cách cung răng trên (35-36 cm).
- Tâm vị: cách cung răng trên (40 cm).

Dị vật thường mắc lại nhiều nhất ở vùng cổ là: 74%. Đoạn ngực là: 22% còn đoạn dưới ngực là: 4%.

3. Nguyên nhân.

- Do tập quán ăn uống: ăn các món ăn đều được chặt thành miếng thịt lẫn xương sẽ gây hóc khi ăn vội vàng, ăn không nhai kỹ, vừa ăn vừa nói chuyện đặc biệt chú ý với người già.
- Do thực quản co bóp bất thường: có những khối u bất thường trong hoặc ngoài thực quản làm thực quản hẹp lại, thức ăn sẽ mắc lại ở đoạn hẹp. Ví dụ như: u trung thất đè vào thực quản, ung thư hoặc co thắt thực quản.
- Do các đoạn hẹp tự nhiên của thực quản: thực quản có 5 đoạn hẹp tự nhiên, và đây chính là chỗ thức ăn hay mắc lại. Dị vật thường mắc lại nhiều nhất ở vùng cổ 74%, đoạn ngực là: 22% còn đoạn dưới ngực là: 4%.

4. Triệu chứng lâm sàng.

3.1. Giai đoạn đầu: Sau khi mắc dị vật, bệnh nhân hay có cảm giác vướng do dị vật, nuốt thức ăn hoặc nuốt nước bọt rất đau, thường không ăn được nữa mà phải bỏ dở bữa ăn và đau ngày càng tăng.

Nếu dị vật ở đoạn ngực, bệnh nhân sẽ đau sau xương ức, đau xiên ra sau lưng, lan lên bả vai.

3.2. Giai đoạn viêm nhiễm.

Dị vật gây ra xây xát niêm mạc thực quản hoặc thủng thành thực quản. Nếu dị vật là xương lẫn thịt thì nhiễm khuẩn càng nhanh. Sau 1-2 ngày, các triệu chứng nuốt đau, đau cổ, đau ngực tăng dần đến nỗi nước bệnh nhân cũng không nuốt được, ứ đọng nước bọt, đờm dãi, hơi thở hôi.

Khám: mất tiếng lọc cọc thanh quản, cột sống. Nếu có áp xe dưới niêm mạc, mủ sẽ tự vỡ, trôi xuống thực quản và dạ dày rồi giảm dần. Nhưng thường gây ra viêm thành thực quản, triệu chứng nặng dần và gây ra biến chứng nặng.

3.3. Giai đoạn biến chứng: Dị vật là chất hữu cơ do đó gây bội nhiễm do vi khuẩn.

Viêm tấy quanh thực quản cổ.

- Dị vật chọc thủng thành thực quản cổ gây viêm nhiễm thành thực quản gây viêm nhiễm thành thực quản lan toả, viêm mô liên kết lỏng lẻo xung quanh thực quản cổ.

- Bệnh nhân sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rõ rệt, toàn thân suy sụp, đau cổ, không ăn uống được, chảy nhiều nước dãi, hơi thở hôi, quay cổ khó khăn, một bên cổ sưng lên, máng cảnh đầy, ấn bệnh nhân rất đau có thể tràn khí dưới da.
- X- quang tư thế cổ nghiêng: thấy cột sống cổ mất chiều cong sinh lý bình thường, chiều dày của thực quản dày lên rõ rệt, có hình túi mủ, có hình mức nước, mức hơi.

Nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời viêm nhiễm và ổ mủ sẽ lan xuống trung thất, phổi làm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và chết trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

Bệnh không tự khỏi được.

Viêm trung thất.

- Do áp xe viêm tấy từ cổ xuống.
- Do dị vật chọc thủng thành thực quản ngực gây viêm trung thất.
- Có thể viêm trung thất lan toả toàn bộ trung thất hay viêm khu trú một phần trung thất (trung thất trước hoặc trung thất sau).

Bệnh cảnh chung trong tình cảnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc. Bệnh nhân sốt cao hoặc nhiệt độ lại tụt xuống thấp hơn bình thường, có kèm theo đau ngực, khó thở, mạch nhanh và yếu, huyết áp hạ, tràn khí dưới da vùng cổ và ngực, gõ ngực có tiếng có tiếng trong. Nước tiểu ít và màu đỏ, trong nước tiểu có albumin, công thức máu: bạch cầu cao. Chụp phim thấy trung thất giãn rộng, có hơi ở trung thất. Thường là bệnh nhân ở trong tình trạng rất nặng.

Biến chứng phổi.

- Dị vật có thể đâm xuyên qua thành thực quản, thủng màng phổi gây viêm phế mạc mủ. Bệnh nhân có sốt, đau ngực, khó thở và có đủ các triệu chứng của tràn dịch màng phổi.
- Chụp phim thấy có nước trong phế mạc, chọc dò thì có mủ. Một vài dị vật đặc biệt chọc qua thực quản vào khí quản hoặc phế quản gây rò thực quản-khí quản hoặc phế quản. Bệnh nhân mỗi lần nuốt nước hoặc thức ăn thì lại ho ra. Chụp thực quản có uống thuốc cản quang, chúng ta thấy thuốc cản quang đi sang cả khí-phế quản.

Thủng các mạch máu lớn.

Dị vật nhọn, sắc đâm thủng thành thực quản hoặc chọc trực tiếp vào các mạch máu lớn hoặc quá trình viêm hoại tử dẫn đến làm vỡ các mạch máu lớn như: động mạch cảnh trong, thân động mạch cánh tay đầu, quai động mạch chủ. Tai biến này thường xuất hiện sau khi hóc 4-5 ngày hoặc lâu hơn, hoặc xuất hiện ngay sau khi hóc. Dấu hiệu báo trước là khạc hoặc nôn ra ít máu đỏ tươi hoặc đột nhiên có chảy máu khúng khiếp: bệnh nhân ộc máu ra, nuốt không kịp, phun ra máu đỏ tươi đặng mồm, sặc vào khí phế quản. Nếu dự đoán trước, cấp cứu kịp thời, hồi sức tốt thì may ra có thể cứu được. Nếu đột ngột mà không dự đoán thì bệnh nhân sẽ tử vong rất nhanh, rất may là biến chứng này ít gặp.

4. Chẩn đoán.

4.1. Chẩn đoán xác định.

- Dựa vào tiền sử có hóc, các triệu chứng cơ năng và thực thể.
- Chụp Xquang: tư thế cổ nghiêng có thể thấy dị vật, thấy thực quản bị viêm dày hoặc có ổ

áp xe.

- Nội soi là phương pháp điều trị và để chẩn đoán xác định.

4.2. Chẩn đoán phân biệt.

- Loạn cảm họng (hay gọi là hóc xương giả): bệnh nhân có cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, có khi bệnh nhân khai với thầy thuốc bệnh cảnh của hóc xương thực sự, nhưng vẫn ăn uống được, không có tình trạng viêm nhiễm.
- Viêm Amidan mạn tính, viêm xoang sau hoặc là bệnh nhân bị tâm thần.
- Cũng có thể gặp triệu chứng này trong ung thư hạ họng-thanh quản, ung thư thực quản giai đoạn sớm.

Khám, chụp X-quang, nội soi không thấy dị vật.

5. Điều trị.

5.1. Chẩn đoán sớm: nếu dị vật chưa chọc thực quản thì soi gấp dị vật là biện pháp tốt nhất.

Trước khi soi cần khám kỹ toàn thân bệnh nhân, hỏi sức tốt, tiền mê và giảm đau chu đáo.

5.2. Nếu viêm tấy quanh thực quản, có áp xe thì phải mở cạnh cổ, dẫn lưu mủ ra ngoài, nếu dị vật lấy dễ thì lấy ngay. Nếu chưa thấy ở hố mổ, ta phải soi trực tiếp bằng đường tự nhiên để lấy dị vật sau.

5.3. Áp xe trung thất: mở trung thất dẫn lưu mủ. Cho ăn qua sonde

5.4. Viêm phế mạc mủ: chọc phế mạc hút mủ, bơm dung dịch kháng sinh.

6. Phòng bệnh.

- Cần giáo dục trong cộng đồng cho mọi người biết là dị vật thực quản thực sự là một cấp cứu ngoại khoa, thực sự nguy hiểm tới tính mạng người bệnh và có tỷ lệ tử vong cao cần được khám và điều trị kịp thời.
- Cần cải tiến tập quán ăn uống.

15. DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN

Mở đầu

- Dị vật đường ăn là những vật mắc lại trên đường ăn từ họng xuống đến tâm vị.
- Là cấp cứu thường gặp trong TMH Việt Nam.

1. Đặc điểm dịch tễ học.

- Là cấp cứu thường gặp trong TMH.

- Tỷ lệ tử vong gấp hàng thứ 2 sau biến chứng nội sọ do tai.
- Tuổi: chủ yếu gặp ở người lớn, cứ 2 người lớn 1 trẻ em.
- Giới: Nam gặp 57,5%, nhiều hơn nữ 42,5%.
- Tỷ lệ đến muộn: sau 7 ngày 27%(Võ Thanh Quang - Luận văn nội trú 1987).
- Bản chất dị vật:
 - Hữu cơ
 - Vô cơ.
 - Nguyên nhân

2. Giải phẫu bệnh học:

- Năm chỗ hẹp tự nhiên:
- Những biến đổi của thực quản khi có dị vật.

3. Lâm sàng:

3.1. Giai đoạn đầu

- Không sốt
- Cơ năng
- Thực thể

Lọc cọc thanh quản - cột sống có thể giảm hoặc mất.

- X quang:
 - Phim cổ nghiêng.
 - Phim phổi thẳng.

* Hướng xử trí.

- Nội soi thực quản gấp dị vật.

- Chống nhiễm trùng chống viêm.

Phòng biến chứng.

3.2. Giai đoạn biến chứng.

3.2.1. Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản.

- Xuất hiện sau 24 - 48h.

* Toàn thân.

* Cơ năng.

* Thực thể. Mất lọc cọc thanh quản - cột sống.

* X quang: Phim cổ nghiêng.

* Hướng xử trí.

- Nội soi thực quản gấp dị vật + Hút mủ.

- Đặt sonde thực quản: chống viêm + nuôi dưỡng

- Chống nhiễm trùng + chống viêm.

3.2.2. Viêm tấy hoặc áp xe quanh thực quản.

* Toàn thân

* Thực thể:

* X quang: Phim phổi thẳng: trung thất giãn rộng hình ống khói.

* Hướng xử trí: Xquang Phim phổi thẳng

- Áp xe thực quản cổ: Mở cạnh cổ.
- Áp xe trung thất.

Hồi sức tốt. Mở dẫn lưu áp xe, lấy dị vật bằng nội soi hoặc mở lồng ngực.

Chống Shock, chống viêm, chống nhiễm trùng, nâng cao thể trạng tích cực.

3.3. Các thể lâm sàng.

- Dị vật xuyên ra ngoài thực quản.

- Dị vật trên bệnh nhân hẹp thực quản.

4. Biến chứng

- Viêm tấy mô liên kết lỏng lẻo ở cổ.
- Viêm trung thất.
- Viêm phế mạc mũ.
- Thủng động mạch cảnh

5. Phòng bệnh

5.1. Tuyên truyền cộng đồng.

5.2. Y tế cơ sở.

5.3. Y tế tuyến chuyên khoa.

16. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. Đại cương.

Mọi lứa tuổi có thể bị dị vật đường thở, hay gặp nhất là trẻ dưới 4 tuổi. Dị vật đường thở là những chất vô cơ hay hữu cơ mắc vào thanh quản, khí quản hoặc phế quản. Hay gặp nhiều nhất là hạt lạc, rồi đến hạt ngô, hạt dưa, hạt na, hạt hồng bì... mẩu xương, vỏ tôm, cua, đốt xương cá, mảnh đồ nhựa, kim, cặp tóc...

Dị vật đường thở là những tai nạn có thể nguy hiểm ngay đến tính mạng và phải được xử trí cấp cứu. Thường gặp ở trẻ em nhiều hơn ở người lớn, gặp nhiều nhất ở trẻ nhỏ tuổi. Trên 25% gặp ở trẻ dưới 2 tuổi (Lemariey), 95% gặp ở trẻ dưới 4 tuổi (khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Bạch Mai - 1965)

2. Nguyên nhân.

- Trẻ em thường có thói quen đưa các vật cầm ở tay vào mồm. Người lớn trong khi làm việc cũng có những người quen ngậm một số những dụng cụ nhỏ vào mồm, đó là điều kiện dễ đưa tới dị vật rơi vào đường thở hay vào thực quản.

- Dị vật bị rơi vào đường thở khi hít vào mạnh hoặc sau một trận cười, khóc, ngạt nhiên, sợ hãi ...
- Dị vật bị rơi vào đường thở do bị liệt họng, thức ăn rơi vào đường thở.
- Do tai biến phẫu thuật: khi gây mê, răng giả rơi vào đường thở, mảnh V.A khi nạo, khi lấy dị vật ở mũi bị rơi vào họng và rơi vào đường thở.

Vị trí của dị vật mắc ở đường thở: thanh quản, khí quản hoặc phế quản.

3.Triệu chứng.

Trẻ em ngạt hoặc đang ăn (có khi cũng là lúc trẻ đang nhiễm khuẩn đường hô hấp) đột nhiên ho sặc sụa, tím tái, ngạt thở trong chốc lát. Đó là hội chứng xâm nhập xảy ra khi dị vật qua thanh quản, niêm mạc bị kích thích, chức năng phản xạ bảo vệ đường thở của thanh quản được huy động để tống dị vật ra ngoài.

Hội chứng xâm nhập:

- Đó là cơn ho kịch liệt như để tống dị vật ra ngoài, bệnh nhân khó thở dữ dội có tiếng thở rít, co kéo, tím tái, vã mồ hôi có khi ỉa đái cả ra quần.
- Căn nguyên do hai phản xạ của thanh quản: phản xạ co thắt thanh quản và phản xạ ho để tống dị vật ra ngoài.
- Tùy theo vị trí mắc kẹt của dị vật, tính chất của dị vật và thời gian bệnh nhân đến khám, sẽ có các triệu chứng khác nhau.

Dị vật ở thanh quản.

- Dị vật dài, to hoặc sù sì không đều, có thể cắm hoặc mắc vào giữa hai dây thanh âm, băng thanh thất, thanh thất Morgagni, hạ thanh môn.
- Dị vật tròn như viên thuốc (đường kính khoảng từ 5 - 8mm) ném vào mắc kẹt ở buồng Morgagni của thanh quản, trẻ bị ngạt thở và chết nếu không được xử lý ngay lập tức.
- Dị vật xù xì như đốt sống cá: trẻ em khàn tiếng và khó thở, mức độ khó thở còn tùy thuộc phần thanh môn bị che lấp.
- Dị vật mỏng như mang cá rô don nằm dọc đứng theo hướng trước sau của thanh môn: trẻ khàn tiếng nhẹ, búт rút nhưng không hẳn là khó thở.

Dị vật ở khí quản.

Thường là dị vật tương đối lớn, lọt qua thanh quản không lọt qua phế quản được. Có thể cắm vào thành khí quản, không di động, nhưng thường di động từ dưới lên trên, hoặc từ trên xuống dưới, từ cửa phân chia phế quản gốc đến hạ thanh môn.

Dị vật ở phế quản.

Thường ở phế quản bên phải nhiều hơn vì phế quản này có khẩu độ to hơn và chếch hơn phế quản bên trái. Ít khi gặp dị vật phế quản di động, thường dị vật phế quản cố định khá trắc vào lòng phế quản do bản thân dị vật hút nước chương to ra, niêm mạc phế quản phản ứng phù nề giữ chặt lấy dị vật. Dị vật vào phế quản phải nhiều hơn phế quản trái.

Sau hội chứng xâm nhập ban đầu có một thời gian im lặng khoảng vài ba ngày, trẻ chỉ húng

hắng ho, không sốt nhưng chỉ hăm hấp, nghe phổi không có mấy dấu hiệu, thậm chí chụp X-quang phổi, 70 - 80% trường hợp gần như bình thường. Đó là lúc dễ chẩn đoán nhầm, về sau là các triệu chứng vay mượn: xẹp phổi, khí phế thũng, viêm phế quản - phổi, áp xe phổi...

3. Chẩn đoán.

3.1. Lịch sử bệnh:

Hỏi kỹ các dấu hiệu của hội chứng xâm nhập nhưng cần chú ý có khi có hội chứng xâm nhập nhưng dị vật lại được tống ra ngoài rồi hoặc ngược lại có dị vật nhưng không khai thác được hội chứng xâm nhập (trẻ không ai trông nom cẩn thận hoặc khi xảy ra hóc không ai biết).

3.2. Triệu chứng lâm sàng.

- Khó thở thanh quản kéo dài, nếu dị vật ở thanh quản. Thỉnh thoảng lại xuất hiện những cơn ho sặc sụa, khó thở và nghe thấy tiếng cò bay: nghĩ tới dị vật ở khí quản.
- Xẹp phổi viêm phế quản - phổi: nghĩ tới dị vật phế quản.

3.3. X- quang.

Nếu là dị vật cản quang, chiếu hoặc chụp điện quang sẽ cho biết vị trí, hình dáng của dị vật. Nếu có xẹp phổi, sẽ thấy các dấu hiệu điển hình của xẹp phổi. Có khi chụp phế quản bằng cản quang có thể cho thấy được hình dạng và vị trí của dị vật mà bản thân không cản quang. X- quang rất quan trọng, không thể thiếu được nếu có điều kiện.

3.4. Nội soi khi-phế quản: vừa để xác định chẩn đoán vừa để điều trị.

5. Tiên lượng.

Nói chung là nguy hiểm, ở trẻ càng nhỏ càng nguy hiểm.

Tiên lượng tùy thuộc:

- Bản chất của dị vật: dị vật là chất hữu cơ, hạt thực vật, ngấm nước trương to ra, gây nhiễm trùng và ứ đọng xuất tiết, nguy hiểm hơn dị vật kim khí nhẵn, sạch.
- Tuổi của bệnh nhân trẻ càng nhỏ càng nguy hiểm. Có khi dị vật được lấy ra khá nhanh chóng vẫn không cứu được bệnh nhi vì bị viêm phế quản-phổi cấp rất nặng.
- Được khám và can thiệp sớm hay muộn, sớm thì dễ lấy dị vật, muộn có phản ứng phù nề niêm mạc, biến chứng nặng, khó lấy dị vật, sức chịu đựng của cơ thể giảm sút.
- Trang bị dụng cụ nội soi và bàn tay thành thạo của kíp soi và hồi sức. Tỷ lệ biến chứng khoảng 20 - 30%, tỷ lệ tử vong khoảng 5%.

6. Điều trị.

Soi nội quản để gắp dị vật là biện pháp tích cực nhất để điều trị dị vật đường thở. Trường hợp đặc biệt khó, dị vật sù sì và sắc nhọn không thể lấy ra được theo đường thở tự nhiên bằng soi nội quản (rất hiếm gặp), có khi phải mở lồng ngực, mở phế quản để lấy dị vật. Rất cần chú ý nếu có khó thở nặng thì phải mở khí quản trước khi soi. Nếu bệnh nhân mệt nhiều, cần được hồi sức, không nên quá vội vàng soi ngay. Trường hợp bệnh nhân lúc đến khám không có khó thở lắm, nhưng có những cơn khó thở xảy ra bất thường và vì điều kiện nào đó chưa lấy được dị vật

hoặc phải chuyển đi, mở khí quản có thể tránh được những cơn khó thở đột ngột bất thường.

- Dị vật ở thanh quản: soi thanh quản để gắp dị vật.
- Dị vật ở khí quản: soi khí quản để gắp dị vật.
- Dị vật ở phế quản: soi phế quản để gắp dị vật.

Sau khi soi và gắp dị vật qua đường tự nhiên, tuy dị vật đã lấy ra, có thể gây phù nề thanh quản, cần theo dõi khó thở.

Đồng thời phối hợp các loại kháng sinh, chống phù nề, giảm xuất tiết, nâng cao thể trạng và trợ tim mạch.

7. Phòng bệnh.

- Tuyên truyền để nhiều người được biết rõ những nguy hiểm của dị vật đường thở.
 - Không nên để cho trẻ em đưa các vật và đồ chơi vấp mồm ngậm và mút.
 - Không nên để cho trẻ ăn thức ăn dễ hóc như: hạt na, lạc, quýt, hồng bì, hạt bí, hạt dưa...
 - Nếu thấy trẻ đang ngậm hoặc ăn những thứ dễ gây nên hóc, không nên hoảng hốt, la hét, mắng trẻ vì làm như vậy trẻ sợ hãi dễ bị hóc.
 - Người lớn cần tránh thói quen ngậm dụng cụ vào miệng khi làm việc.
- Nếu bị hóc hoặc nghi bị hóc vào đường thở, cần đưa đi bệnh viện ngay.

17. MÙ, GIẢM THỊ LỰC SAU CHẤN THƯƠNG ĐẦU MẮT

Đa chấn thương đầu mặt là chấn thương nặng gây ảnh hưởng đến não, hệ thần kinh trung ương và thường để lại hậu quả nặng nề tâm thần, liệt, mù mắt. Có khoảng 3 - 5% trường hợp sau chấn thương đầu mặt bị mù do tổn thương thần kinh thị giác bởi: đứt, dập, phù nề, tắc mạch máu nuôi.

Ở nước ta, số lượng xe gắn máy nhiều, đường xá chưa tốt, người tham gia giao thông chưa chấp hành luật an toàn giao thông nên các trường hợp mù do tai nạn giao thông chiếm 98% trường hợp. Ngoài ra một số ít trường hợp bị mù, giảm thị lực do tai biến phẫu thuật nội soi mũi xoang.

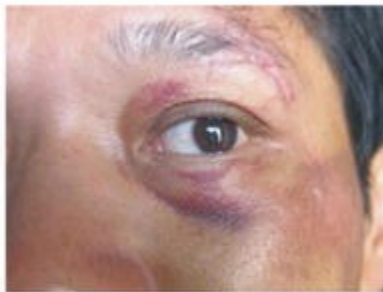
Sơ lược giải phẫu vùng hốc mắt – thần kinh thị



Sơ lược giải phẫu vùng hốc mũi - thần kinh thị

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- *Chấn thương đầu mặt*: người bệnh bị mù sau chấn thương đầu mặt nếu nhẹ chỉ trầy xước da vùng gò má, nặng hơn có thể biến dạng gò má, tụ máu hốc mắt, xuất huyết kết mạc, phù nề giác mạc và tổn thương não.



Trầy xước gò má



Biến dạng gò má

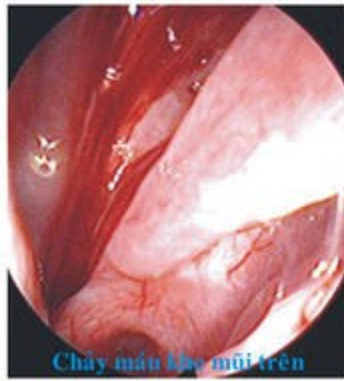
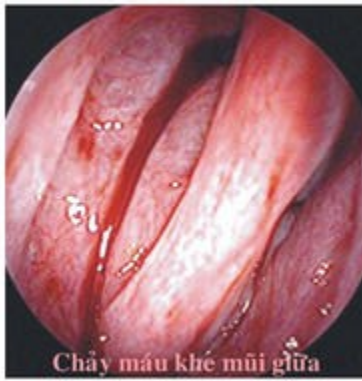


Vỡ mũi má, di lệch sọ mặt

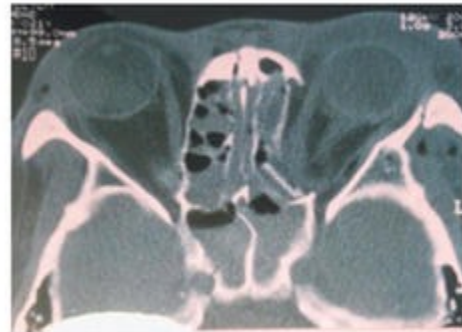
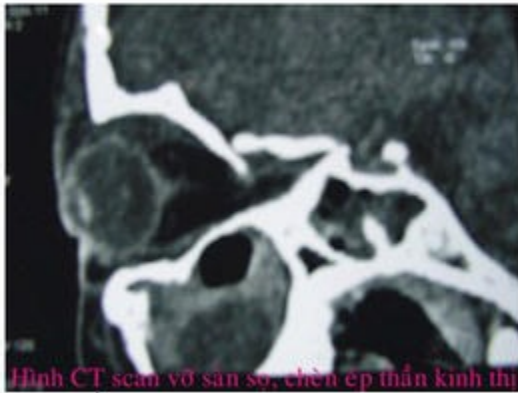
- Mất thị lực: sau chấn thương, người bệnh giảm thị lực hay mất thị lực hoàn toàn, không còn nhận biết ánh sáng {ST (-)}
- Mất hay thị trường thu hẹp <100: thường mất thị trường oàn toàn, một số trường hợp thị trường còn một phần.
- Giãn đồng tử: đồng tử giãn lớn, không còn đáp ứng với phản xạ ánh sáng.



- *Hình ảnh nội soi*: Chảy máu khe mũi giữa, chảy máu khe mũi trên hay chảy máu cả khe mũi giữa và khe mũi trên bên bệnh.



- *Hình ảnh CT*: phim chụp cắt lớp điện toán có thể thấy hình ảnh vỡ xương gò má hốc mắt, tụ máu vùng đỉnh hốc mắt, vỡ xoang bướm, vỡ thành hốc mắt, tụ máu trong xoang hàm, xoang sàng, xoang bướm. Khi lát cắt trùng với trục ống thị có thể thấy hình ảnh vỡ ống thị.



Hình ảnh vỡ thành hốc mắt, vỡ xương giấy, vỡ ống thị, tụ máu xoang sàng, xoang bướm 2 bên

CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương đầu mặt.
- Mất hay giảm thị lực sau chấn thương.

- Đồng tử giãn.
- Chảy máu mũi.
- Hình ảnh CT scan có vỡ xương tụ máu vùng đỉnh hốc mắt, xoang bướm, xoang sàng.

ĐIỀU TRỊ

- *Điều trị nội khoa*: bệnh nhân được điều trị Methylprednisolone liều cao: lần đầu 30mg/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch chậm trong 30 phút. Sau đó 10mg/kg cân nặng, mỗi 6 giờ; trong vòng 48 giờ. Thuốc băng dạ dày, chống phù não, giảm đau. Theo dõi thị lực mỗi 6 giờ.
- *Phẫu thuật giải áp thần kinh thị* : Việc xử trí mù sau chấn thương còn gặp nhiều khó khăn, do thần kinh thị nằm sâu sát sàn sọ, liên quan đến não, động mạch cảnh trong, tuyến yên. Phẫu thuật giải áp thần kinh thị giác nhằm loại bỏ nguyên nhân gây chèn ép thần kinh thị
- Phẫu thuật được thực hiện dưới nội soi và phẫu thuật viên là người có kinh nghiệm mổ nội soi mũi xoang.



PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ MÙ SAU CHẤN THƯƠNG

Bệnh nhân được bị mù sau chấn thương đầu mặt là một cấp cứu, cần xử trí kịp thời. Nhiều tác giả trên thế giới cho rằng điều trị sớm trong vòng 8 giờ sau chấn thương khả năng hồi phục thị lực cao hơn.

A.Nếu thị lực ST(+):

1. Tiêm tĩnh mạch 30mg/kg cân nặng Methylprednisolone (trong vòng 8 giờ sau chấn thương)
2. Tiêm 10mg/kg cân nặng Methylprednisolone, mỗi 6 giờ; trong 48 giờ tiếp theo.
3. Nếu thị lực cải thiện, tiếp tục điều trị nội khoa.

4. Nếu thị lực không cải thiện hay cải thiện rồi dừng lại cần phẫu thuật giải áp thần kinh thị giác.

B. Nếu mất thị lực, hay phim CT có hình ảnh chèn ép:

Phẫu thuật giải áp thần kinh thị giác, phối hợp với Methylprednisolone theo phác đồ.



Biến chứng:

Mất mùi sau mổ có thể do đứt thần kinh khứu giác, biến dạng gò má.



KẾT LUẬN

Phẫu thuật giải áp thần kinh thị giác là một cấp cứu ngoại khoa, cần được phát hiện, chẩn đoán sớm, mổ giải áp kịp thời có thể cứu được mắt cho người bệnh không bị mù.

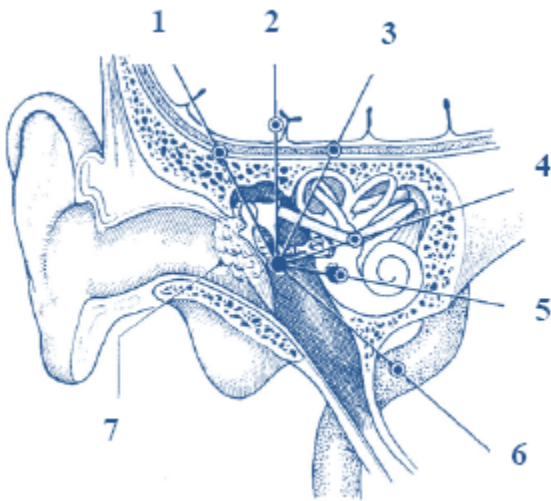
Tiến sĩ Bác sĩ Hoàng Lương là chuyên gia hàng đầu về mổ giải áp điều trị mù sau chấn thương đầu mặt ở Việt Nam, là giảng viên đại học Y Dược, khi phát hiện trường hợp bệnh, có thể liên hệ 0903921614.

18. BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI

1. Đại cương

- *Biến chứng nội sọ do tai (BCNSDT)* là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam. Gặp ở mọi lứa tuổi, cả trẻ em và người lớn.

- *BCNSDT* là một cấp cứu, thường gặp, tỷ lệ tử vong còn cao. Do vậy cần gửi đến chuyên khoa điều trị kịp thời.



Các biến chứng nội sọ do tai

1. áp xe ngoài màng cứng; 2. áp xe não và tiểu não; 3. viêm màng não; 4. liệt dây thần kinh VII; 5. viêm mê nhĩ; 6. viêm tắc tĩnh mạch bên; 7. cholesteatome.

- *Các biến chứng chính gồm:*

+ Biến chứng nội sọ như viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên, viêm não, áp xe đại và tiểu não

+ Biến chứng thần kinh: viêm mê nhĩ, liệt mặt ngoại biên (tổn thương dây VII)

Trong đó các biến chứng hay gặp là viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên, áp xe đại và tiểu não. Ở Việt Nam, hơn 1/2 bệnh nhân thường có biến chứng phối hợp.

- Bệnh hay gặp ở thôn quê, nơi mức sống còn thấp, ý thức y tế kém, việc chăm sóc sức khỏe ban đầu chưa tốt.

- *Thời gian hay gặp trong năm* là lúc nóng bức, sức đề kháng của cơ thể kém.

- Ở các nước phát triển và có trình độ y tế cao, biến chứng này rất hiếm, trên sách báo đôi lúc có nói qua còn trong lâm sàng thường không gặp.

2. Sơ lược giải phẫu và sinh lý tai

Xem bài viêm tai giữa cấp tính

3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

3.1. Nguyên nhân

Biến chứng nội sọ do tai có thể gặp do viêm tai giữa cấp, viêm tai xương chũm cấp hoặc viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, đặc biệt là viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm có cholesteatome.

Vi khuẩn gây bệnh thường cùng loại với vi khuẩn gây chảy tai. nhưng cũng có khi có nhiều vi khuẩn bội nhiễm thêm vào. Vi khuẩn thường gặp là *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Protéus*...

3.2. Cơ chế bệnh sinh

Viêm nhiễm có thể xâm nhập vào nội sọ bằng nhiều cách:

- Qua ổ viêm xương ở trần thượng nhĩ bằng cách ăn mòn xương (đặc biệt trường hợp có cholesteatome)
- Qua ổ viêm mê nhĩ
- Qua ổ viêm ở tĩnh mạch bên
- Qua ổ viêm ở não
- Do chấn thương phẫu thuật

4. Viêm màng não do tai (VMNDT)

Viêm màng não do tai là biến chứng thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ khoảng 40% các biến chứng nội sọ. Viêm màng não do tai có nhiều thể lâm sàng rất đa dạng, làm cho chẩn đoán gặp khó khăn và diễn biến phức tạp. Về giải phẫu bệnh lý: Khi viêm màng não khu trú thì từng lớp màng não bị viêm, khi viêm màng não toả lan thì toàn bộ khoảng dưới màng nhện bị viêm nhiễm xâm nhập gây sung huyết – phù nề hoặc thành mủ.

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

4.1.1.1. Toàn thân

Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng tương đối rõ: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co, giật, rối loạn tiêu hóa.

4.1.1.2. Cơ năng

- *Nghe kém* tăng lên rõ rệt 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*

4.1.1.3. Thực thể

- *Chảy mủ tai*: thường xuyên hơn, thối hơn, có thể lẫn máu hoặc cholesteatome. Có khi chảy mủ ít, nhưng đau tai lại tăng lên và mùi thối bao giờ cũng tăng lên rõ rệt.
- *Vùng chũm sau tai* thường nề, đỏ, ấn có phản ứng đau rõ rệt
- *Khám tai*: Lỗ thủng sát khung xương, bờ nhám nhở, có dấu sập góc sau trên rõ.

4.1.2. Có hội chứng viêm màng não

4.1.2.1. Cơ năng

Tam chứng màng não

- *Nhức đầu*: Có thể nhức khu trú vùng thái dương hoặc nửa đầu bên bệnh, cũng có thể nhức đầu dữ dội, liên tục và toả lan.
- *Nôn mửa*: Có thể chỉ nôn khan hoặc nôn ra cả thức ăn, nôn nhiều lần, nôn khi thay đổi tư thế
- *Táo bón hoặc ở trẻ nhỏ là rối loạn tiêu hóa*

4.1.2.2. Thực thể

- *Cổ cứng*: Không cúi được đầu xuống thấp
- *Kernig(+)*: BN nằm ngửa không đưa được hai chân lên thẳng góc với mặt giường
- *Vạch màng não(+)*: Khi vạch nhẹ trên da bụng để lại các vết đỏ, tồn tại lâu
- *Chọc dò nước não tủy (NNT)*: áp lực tăng, chảy nhanh và thành tia, khi xét nghiệm thấy có thay đổi về sinh hóa và tế bào. Khi soi và nuôi cấy, có thể thấy có vi khuẩn hoặc không có.

- *Khám về thần kinh*: Rối loạn cảm giác, rối loạn phản xạ, rối loạn tinh thần.

4.2. Cần chú ý khi chẩn đoán

- Bệnh nhân thường đến với chúng ta vì hội chứng viêm màng não, nhưng cần phải khai thác và khám cẩn thận để chẩn đoán viêm màng não do tai.

- Cần khai thác: Có tiền sử chảy mủ tai không và xem có dấu hiệu hồi viêm không (dấu hiệu có giá trị là ấn vùng chũm đau và sập góc sau trên)

- Cần chẩn đoán phân biệt với viêm màng não do lao, VMN do não mô cầu.

4.3. Đặc điểm của viêm màng não do tai

- Có nguyên nhân ở tai

- Thường viêm theo đường tiếp cận nên có thể khu trú hay tỏa lan (nếu khu trú thì triệu chứng ở tai che lấp triệu chứng viêm màng não, nếu tỏa lan thì triệu chứng viêm màng não che lấp triệu chứng ở tai)

- Khi viêm màng não có triệu chứng rõ ràng và rầm rộ trên lâm sàng thì thường không phải là viêm màng não đơn thuần mà có thể che lấp một áp xe não ở đằng sau (Định luật Bories: Lâm sàng thì xấu đi mà nước não tủy lại tốt lên)

- Viêm màng não do tai thường có nhiều thể : hữu trùng, vô trùng, sũng nước,...

- Là loại viêm màng não duy nhất phải điều trị ngoại khoa.

5. Viêm tĩnh mạch bên do tai

Viêm tĩnh mạch bên do tai cũng là một biến chứng hay gặp trong các biến chứng nội sọ do tai, với tỷ lệ khoảng 35%. Viêm tĩnh mạch bên thường phối hợp với viêm màng não và dễ đưa đến áp xe tiểu não, áp xe phổi.

Về giải phẫu bệnh lý, Trong viêm tĩnh mạch bên do tai có thể gặp: viêm quanh tĩnh mạch, viêm thành tĩnh mạch, viêm trong tĩnh mạch hoặc viêm tắc tĩnh mạch.

5.1. Triệu chứng lâm sàng

5.1.1. Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

5.1.2. Có hội chứng nhiễm trùng huyết

- Sốt cao, rét run: số lần không cố định, đôi khi chỉ ớn lạnh và rùng mình.

- Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc: vẻ mặt bơ phờ, môi khô, lưỡi bẩn, nhịp thở nhanh và nông, mạch thường nhẹ và không đều.
- Thường kèm theo các triệu chứng của viêm màng não hoặc áp xe não.

5.2. Cần chú ý khi chẩn đoán

- Bệnh nhân thường nhập viện với tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt cao, rét run, suy kiệt cơ thể.
- Xét nghiệm máu : Bạch cầu tăng cao, đa nhân trung tính cao
- Cần khai thác tiền sử chảy mủ tai.
- Xem có triệu chứng hồi viêm không (chú ý phản ứng vùng chũm và tiếng kêu Lawrance: ấn vào bờ sau xương chũm, tương ứng với bờ trước tĩnh mạch bên: khi ấn bệnh nhân van đau)
- Khi viêm tắc TM bên cần làm nghiệm pháp Queckenstedt Stookey để chẩn đoán
- Ở Việt Nam, cần chẩn đoán phân biệt với sốt rét (không có triệu chứng hồi viêm ở tai, xét nghiệm máu bạch cầu không tăng cao)
- Cần cảnh giác với các biến chứng phối hợp như viêm màng não, áp xe tiểu não.

6. Áp xe não do tai

Áp xe não do tai chiếm gần 25% các biến chứng nội sọ do tai và chiếm tỷ lệ cao trong các áp xe não nói chung (>50%). Đây là một biến chứng nặng, dễ đưa đến tử vong, có thể gặp ở cả người lớn và trẻ em với tỷ lệ áp xe tiểu não gần bằng với áp xe đại não.

Quá trình hình thành áp xe thường gồm 3 giai đoạn: giai đoạn viêm não, giai đoạn hình thành áp xe và giai đoạn nang hoá quanh đám mủ hình thành vỏ bọc của áp xe.

6.1. Triệu chứng lâm sàng

6.1.1. Có triệu chứng của viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

6.1.2. Có tam chứng Bergmann, biểu hiện bằng 3 hội chứng

6.1.2.1. Hội chứng nhiễm trùng

Sốt vừa hoặc cao, gầy sút

Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng và Neutrophile chiếm đa số.

6.1.2.2. Hội chứng tăng áp lực nội sọ

Tinh thần trì trệ, nhút nhát, nôn mửa, mạch chậm

Soi đáy mắt thấy có phù gai thị, chọc dò nước não tủy thấy áp lực tăng.

6.1.2.3. Hội chứng thần kinh khu trú

- *Với áp xe đại não*: Liệt mặt, xuất hiện đối bên, sau đó là liệt nửa người đối bên. Đây là liệt kiểu trung ương hay bó tháp: có tăng phản xạ gân xương, Babinski (+). Mất ngôn ngữ kiểu Vernicke (aphasie de Vernicke): (bệnh nhân nói được nhưng quên tên của những vật dụng quen thuộc, mặc dù vẫn biết rõ vật đó dùng để làm gì và biết cách sử dụng). Cơ động kinh Bravais-Jackson (động kinh cơn nhỏ). Bán manh cùng bên do phù nề thùy chẩm (hemianopsie homonyme)

- *Với áp xe tiểu não*: Chóng mặt (vertige), động mắt tự phát (nystagmus spontané). giảm trương lực (hypotonie), quá tầm (hypermétrie), mất liên động (adiadococinésie), mất đồng vận (asynergie). Hiện tượng giữ nguyên tư thế (catalepsie cérébelleuse).

6.2. Chẩn đoán

6.2.1. Tiền sử chảy mủ tai kéo dài, có triệu chứng hồi viêm, phim Schuller

6.2.2. Tam chứng Bergmann: đối với thể điển hình

6.2.3. Cần chú ý

- >50% các loại áp xe não là do tai. Vì vậy trước một bệnh nhân nghi ngờ áp xe não phải hỏi tiền sử chảy mủ tai và khám TMH.

- Các triệu chứng của áp xe não do tai thường không điển hình hoặc không rõ rệt hoặc thoáng qua. Vì vậy cần phải theo dõi lâm sàng cẩn thận và chu đáo, phải khám đi khám lại nhiều lần mới bắt gặp được các triệu chứng.

6.2.4. Các xét nghiệm cận lâm sàng giúp cho chẩn đoán

- Chụp động mạch não (AG: arteriographie)
- Điện não đồ (EEG:électroencéphalographie)
- Siêu âm não (Echo-encéphalographie)
- Chụp não thất có cản quang
- Chụp động mạch đốt sống thân nền (arterioventriculographie)
- CT Scanner (tomodensitométrie assistée par ordinateur, computerised tomography)

- Hình ảnh trở kháng từ (IRM: image résonance magnétique)

6.2.5. Cần chẩn đoán phân biệt: viêm màng não lao (củ lao), viêm não-màng não, u não...

6.3. Đặc điểm của áp xe não do tai

- Có bệnh tích ở tai
- Tuân theo định luật Korner: bệnh tích đi theo đường tiếp cận, thường có một ổ áp xe và thường ở nông.
- Triệu chứng thường bị che lấp vì kèm theo viêm màng não.
- Điều trị chủ yếu là dẫn lưu, hay để lại di chứng xơ

7. Tiến triển và biến chứng

Các biến chứng nội sọ do tai nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị tốt, bệnh sẽ tiến triển đến giai đoạn cuối cùng và gây tử vong vì nhiễm độc, nhiễm trùng, suy kiệt, hôn mê rồi chết vì tụt kẹt hạnh nhân tiểu não, vỡ áp xe vào não thất, vì các biến chứng ở xa như áp xe phổi, áp xe dưới cơ hoành...

8. Hướng điều trị

- Phẫu thuật tiết căn, bộc lộ rộng vùng có bệnh tích đến chỗ lành, giải quyết các bệnh tích cụ thể cho triệt để, dẫn lưu áp xe.
- Chống viêm nhiễm bằng kháng sinh liều cao và phối hợp, tiêm và truyền tĩnh mạch. Trong quá trình điều trị, tùy diễn tiến bệnh để dùng kháng sinh đủ mạnh và đủ liều.
- Chống phù não: tiêm tĩnh mạch các loại chống phù não và truyền tĩnh mạch các dung dịch ưu trương như glucose và manitol.
- Nâng cao thể trạng qua sonde dạ dày và đường tĩnh mạch.

9. Phòng bệnh

- Không nên nhét gì vào tai làm tắc dẫn lưu (viên thuốc nén, sáp, phèn chua,...)
- Khi chảy tai kéo dài và hôi, có cholesteatom nên đi mổ sớm.
- Khi có các triệu chứng nguy hiểm: chảy tai, hôi, sốt, nôn mửa, cứng gáy, mệt mỏi bơ phờ, suy kiệt, co giật,...nên đến ngay cơ sở chuyên khoa khám để được điều trị sớm.
- Điều trị đúng và kịp thời viêm tai giữa là biện pháp phòng bệnh tốt nhất.

- Giải thích, tuyên truyền vấn đề phòng bệnh trong cộng đồng. Phát hiện bệnh sớm, khuyên bệnh nhân điều trị đúng chuyên khoa, quản lý và theo dõi tốt.

10. Kết luận

Ở các nước phát triển đây là loại bệnh lý hiếm gặp, trái lại ở nước ta biến chứng nội sọ do tai còn phổ biến. Mặc dù trong những năm gần đây, dân trí và mức sống đã tăng lên nhiều nhưng biến chứng nội sọ do tai vẫn còn nhiều.

Đây là một biến chứng nặng, hay gặp ở tuổi trẻ, dù có nhiều tiến bộ về kỹ thuật chẩn đoán và thuốc kháng sinh mới, mạnh... vẫn còn rất khó khăn, tỷ lệ tử vong còn cao. Đây là điều còn đặt ra cho thầy thuốc và ngành TMH nhiều suy nghĩ, nhất là trong vấn đề phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu.

19. CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG TAI MŨI HỌNG

1. Đặc điểm chung của chấn thương Tai Mũi Họng.

1.1. Đặc điểm về giải phẫu.

- Thành của cơ quan Tai Mũi Họng dễ vỡ, rạn, thủng hay xẹp, bật từng mảnh như: mảnh xương xoang, mảnh sụn, cơ do vết thương rất phức tạp.
- Niêm mạc: biểu mô trụ đơn có lông chuyển. Rất dễ bị bóc tách, viêm, hoại tử vì vậy khi niêm mạc không sống được nên bóc bỏ đi.
- Da: dễ bị dập nát, bóc từng mảng và da vùng Tai Mũi Họng dễ bị co lại.
- Các hốc Tai Mũi Họng thông với nhau nên khi bị thương dễ nhiễm khuẩn lan từ hốc này sang hốc khác thí dụ như : xoang trán dễ bị viêm khi bị viêm mũi. Mặt khác vết thương xoang trán là vết thương kín và dễ chứa dị vật như đạn, đá, đất...
- Vị trí Tai Mũi Họng gần các cơ quan quan trọng: màng não, não, mê đạo, các dây thần kinh, mạch máu lớn.

1.2. Đặc điểm về sinh lý:

- Dễ choáng vì gần sọ não.
- Phải cấp cứu khẩn trương do ngạt thở, chảy máu.
- Các cơ quan Tai Mũi Họng có chức năng sinh lý tế nhị: nghe, ngửi, nói, vì vậy khi xử trí sơ cứu hoặc phẫu thuật phải hết sức chú ý tới chức năng, cố phục hồi một cách tối đa.
- Vấn đề thẩm mỹ được hết sức chú trọng vì ảnh hưởng không nhỏ tới tâm tư tình cảm của bệnh nhân sau này.

1.3. Hướng xử trí chấn thương Tai Mũi Họng:

Phải giải quyết 3 mặt sau:

- Tính mạng.
- Chức năng.
- Thẩm mỹ.

2. Hướng xử trí chấn thương tai:

Bao gồm:

- Chấn thương do hỏa khí, do vật cứng đập dập (tai nạn giao thông, tai nạn lao động) do áp lực, do sức nén, do tăng áp hoặc giảm áp đột ngột.
- Chấn thương âm thanh kéo dài (chỉ gây những tổn thương vi thể ở loa đạo).

2.1. Vỡ xương đá.

Đặc điểm.

- Xương đá nằm sâu trong hộp sọ nên thường là chấn thương kín, nhưng có thể thông với bên ngoài qua hòm nhĩ.
- Chấn thương vỡ xương đá nguy hiểm vì các biến chứng của tai và có thể gây ra như: viêm màng não sau nhiều năm vì đường vỡ xương chỉ có tổ chức xơ hàn gắn lại chứ không phải là can xương vì xương đá không có tạo cốt bào.
- Trước một chấn thương vỡ xương đá, trước tiên cần khám thần kinh sọ não để phát hiện ổ máu tụ ngoài màng cứng. Các di chứng vỡ xương đá và chấn thương sọ não đối với tai khá phức tạp, không chỉ chức năng thính giác, thăng bằng mà cả về tâm lý, thần kinh giao cảm.

Nguyên nhân.

- Do bị ngã, tai nạn xe, tai nạn lao động, bị giập đầu vào tường, máy...
- Do bị đánh bằng vật cứng vào vùng chẩm, thái dương, có khi kèm theo vỡ hộp sọ.

Triệu chứng:

- Chảy máu tai: Máu rỉ hoặc đọng ở ống tai ngoài, máu màu đỏ, đông thành cục gập trong vỡ dục.
- Chảy dịch não tủy: Dịch trong chảy nhiều, rỉ hay rò giọt từ trong sâu ống tai, trong hòm tai, có thể kéo dài 5-7 ngày, không tự cầm. Có thể chảy dịch não tủy lẫn máu, dịch màu hồng sau nhát

màu dần. Gặp trong võ ngang và võ chéo. Nếu nghi ngờ đem dịch thử, nếu có glucose là dịch não tủy.

- Nghe kém thể tiếp âm do tổn thương loa đạo, nếu nghe kém hỗn hợp giảm dần là do chấn động mê nhĩ: kèm theo nghe kém có ù tai.

- Chóng mặt: có thể dữ dội, kèm theo mất thăng bằng có rung giật nhãn cầu.

- Khám tai và vùng chũm có thể thấy: vết bầm tím vùng chũm, xuất hiện vài ngày sau chấn thương phải nghĩ tới có vỡ đường chéo. Ống tai bị rách da, chảy máu, màng nhĩ phồng, có màu tím xanh do máu chảy đọng trong thủng tai, nghĩ tới có vỡ dọc. Ống tai bị rách da, chảy máu gặp trong võ chéo và võ dọc.

- Liệt mặt ngoại biên rõ rệt gặp trong võ ngang hoặc bán liệt gặp trong võ chéo.

Chẩn đoán.

- Tìm hiểu cơ chế chấn thương.

Hoàn cảnh bị chấn thương như do ngã, bị đánh...

Nơi bị chấn thương, trên hộp sọ vùng thái dương, chẩm, chũm...

- Các triệu chứng lâm sàng tùy thuộc đường vỡ xương đá.

- Khi nghi ngờ có vỡ ngang hoặc vỡ chéo cần:

Chọc dò dịch não tủy: nước não tủy màu hồng, soi có nhiều hồng cầu là do rách màng não.

Chụp X-Q theo tư thế Stenver hay Chaussé III (ngày nay có C.T.Scan) có thể thấy đường vỡ rạn ở xương đá.

Lưu ý: Sau chấn thương xuất hiện các triệu chứng như: nghe kém thể hỗn hợp, chóng mặt mức độ vừa, nhẹ rồi giảm dần, không có tổn thương thực thể ở tai, xương chũm, không chảy máu hoặc chảy dịch não tủy, nghĩ tới chấn động mê nhĩ.

Tiến triển và biến chứng.

- Chấn động mê nhĩ: có thể khỏi sau khi nghỉ ngơi, chống viêm nhiễm.

- Vỡ xương đá không chảy dịch não tủy: có thể tự khỏi. Nếu có rách, tổn thương màng nhĩ dễ bị viêm tai giữa, viêm xương chũm.

- Vỡ xương đá có chảy dịch não tủy: dễ đưa đến viêm màng não mủ toả lan. Với đường vỡ ngang qua ống tai trong, mê nhĩ gây nghe kém tiếp âm và liệt mặt thường không hồi phục.

Điều trị.

- Chảy máu ra tai: lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh.

- Chảy nước não tủy ra tai (có khi ra mũi họng): lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh, băng kín vô khuẩn. Tránh gây nhiễm khuẩn từ ngoài vào.

- Dùng kháng sinh chống viêm màng não, theo dõi dịch não tủy.

- Nếu có viêm xương chũm cần mổ xương chũm.

- Nếu có viêm mê nhĩ cần khoan và dẫn lưu mê nhĩ.

2.2. Chấn thương do sức ép.

Nguyên nhân.

- Do sóng nổ (bom, lựu đạn, pháo ...).
- Tổn thương tai giữa: rách màng nhĩ, lệch khớp búa đe.
- Tổn thương tai trong như chảy máu, tổn thương các tế bào của cơ quan Corti.

Triệu chứng.

- Đau nhói trong tai, thường kéo dài một vài ngày, có thể thành từng cơn đau sâu trong tai.
- Nghe kém: ngay sau khi chấn thương, bệnh nhân nghe kém nhẹ, vừa, nặng tùy theo chấn thương. Thường giảm dần nhưng có thể không hồi phục.
- ù tai: tiếng ù thường xuyên có trong tai mất dần sau một vài ngày.
- Chóng mặt xuất hiện ngay sau chấn thương cùng với nghe kém. Sau đó ù tai có thể kéo dài liên tục.
- Khám tai: màng nhĩ có thể bị rách, chảy máu và hơi nề.

Chẩn đoán.

- Có tiền sử bị chấn thương do sức ép.
- Sau chấn thương xuất hiện các triệu chứng.
- Đo thính lực: Nghe kém thể truyền âm, nếu có lệch khớp xương con có thể mất tới 60db. Nếu có tổn thương tai trong có điếc tiếp âm.

Tiến triển: Khi có rách màng tai, rất dễ viêm tai giữa và viêm xương chũm.

Điều trị.

- Khi có rách màng tai: lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh.
- Theo dõi viêm tai giữa và viêm xương chũm.
- Vitamin nhóm A, B và nghỉ ngơi.

2.3. Vết thương tai.

2.3.1. Đường đi của đạn gây vết thương rất phức tạp vì bản thân tai cũng có giải phẫu phức tạp do đó phải khám tỉ mỉ.

2.3.2. Cách xử trí:

- Trong giờ phút đầu tại chỗ: cố gắng lau vùng tai, xung quanh tai thật sạch sẽ, rửa vành tai ống tai bằng nước vô trùng, sau đó rắc bột kháng sinh.
- Nếu bị shock phải chống shock trước.
- Nghiên cứu kỹ đường đi của mảnh đạn, đánh giá vết thương, đánh giá mức phá huỷ.

Mục đích mổ:

- Lấy dị vật.
- Giải toả các nguyên nhân gây chèn ép như: máu cục, dị vật, xương dập nát.
- Đề phòng và điều trị nhiễm khuẩn.

Phương pháp mổ.

- Nếu mảnh đạn ở trong ống tai ® rạch đường sau tai, đi sau ra trước.
- Vết thương tai giữa: Phẫu thuật vùng tai xương chũm dẫn lưu.
- Vết thương xương đá: Mở rộng lấy hết dị vật đề phòng biến chứng mê đạo.

- Ở xương chũm: Mổ xương chũm.

Chú ý: Có trường hợp vết thương gây chảy máu do thương tổn thành động mạch lớn. Hoặc mảnh đạn cắm vào xoang tĩnh mạch bên, khi xử trí lấy mảnh đạn sẽ chảy máu ồ ạt.

2.3.3. Biến chứng.

- Ảnh hưởng tới chức năng nghe: điếc dẫn truyền hoặc điếc tiếp nhận không hồi phục.
- Biến dạng vành tai, ống tai.
- Khớp thái dương hàm dính lại.
- Liệt dây thần kinh.

3. Chấn thương mũi.

3.1. Nguyên nhân.

- Tai nạn: thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao.
- Bị đánh: với vật cứng như gậy, gạch, bị đâm vào mũi.
- Do hỏa khí: mảnh bom, mảnh đạn bắn vào.

3.2. Triệu chứng.

Cơ năng: Chảy máu mũi bao giờ cũng gặp nặng hoặc nhẹ tùy theo tính chất của tổn thương (chảy máu ra mũi trước, chảy máu ra mũi sau xuống họng).

Khám:

- Biến dạng mũi: thường gặp ở sống mũi hay gốc mũi, có thể tháp mũi bị sập, bị vẹo sang một bên, gãy kín hoặc gãy hở.
- Lúc mới chấn thương, do phù nề bầm tím có khi không tìm thấy di lệch, vài ngày phải kiểm tra lại.
- Ở trẻ em chấn thương làm vỡ mũi, hay bị coi thường sẽ để lại những di chứng xấu về thẩm mỹ và chức năng.
- Lực chạm thương từ phía bên có thể làm vẹo mũi. Lực chạm thương hướng trước-sau làm vỡ xương chính mũi và vách ngăn, làm tẹt và lệch mũi.
- Sờ nắn vùng chấn thương tìm điểm đau nhói, di lệch bất thường của xương chính của mũi.
- Soi mũi trước quan sát tìm điểm chảy máu hay di lệch của vách ngăn, tổn thương của các xương xoăn.

Chú ý: sau khi bị chấn thương vài giờ, vết thương vùng mặt thường bầm tím phù nề nên khó đánh giá được tổn thương.

X-quang: Sọ nghiêng và Blondeau: sẽ nhìn thấy tổn thương xương chính mũi.

3.3. Chẩn đoán: Dựa vào thăm khám và X-Q.

3.4. Hướng xử trí:

- Chảy máu mũi: cầm máu bằng đặt bấc mũi trước hoặc đặt bấc mũi sau. Nếu vẫn chảy máu phải thắt động mạch cảnh ngoài.
- Gãy xương chính của mũi: nắn chỉnh về đúng vị trí cũ rồi đặt bấc cố định (phải nắn chỉnh sớm vì xương mũi dễ can hoá).

- Vết thương hở: phải rửa sạch, cắt lọc, khâu đúng lớp giải phẫu, đặt bấc cố định.

4. Chấn thương xoang.

4.1. Đặc điểm:

- Các xoang mặt có liên quan nhiều đến sọ não, răng hàm mặt, mắt, vết thương nham nhở, rộng, máu cục nhiều, mặt sưng to khó chẩn đoán thương tổn giải phẫu.
- Thường gặp là chấn thương xoang hàm và xoang trán vì các xoang này nằm ngay phía trước, dưới da mặt và có thành xương mỏng.

4.2. Nguyên nhân.

- Đạn, vật cứng nhọn chọc thủng hay xuyên qua thành xoang.
- Đụng dập, ngã do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, đánh nhau làm dập vỡ thành xoang hay vỡ khối xương mặt.

4.3. Chấn thương xoang trán (tùy theo tổn thương): Xoang trán dễ bị chấn thương, bản ngoài bị vỡ thường là tự liền nhưng có khi do máu đông trong xoang nhiễm khuẩn sinh ra nhiều biến chứng. Bản trong bị vỡ thì màng não dễ bị rách do đó có thể chảy máu, sinh túi hơi, chảy nước não tuỷ ra mũi và viêm màng não mủ...

Chấn thương xoang trán kín: thành xoang bị rạn, lún, da vùng trán không rách, không bộc lộ xoang.

- Da vùng xoang trán sưng nề, bầm tím, có thể có tụ máu.
- Sờ có thể có tràn khí dưới da.
- Ấn vùng góc trên trong hốc mắt đau rõ.
- Thường có chảy máu mũi.

Chấn thương xoang trán hở.

- Thành xoang bị vỡ, da vùng trán bị rách, thủng tới tận xoang.
- Da bị rách, sưng nề, bầm tím, tụ máu, chảy máu.
- Thường có tràn khí dưới da.
- Qua vết rách có thể thấy thành xoang bị vỡ, có mảnh xương rời, trong xoang hay có máu tụ.
- Mắt: phù nề mi trên, tụ máu, xuất huyết màng tiếp hợp, nhìn đôi.
- Có thể thấy chảy nước não tuỷ lẫn máu.
- X-Q: Sọ nghiêng và Blondeau: xoang bị mờ đục có tụ máu hoặc có mảnh xương trong xoang, thành trong thường bị tổn thương.

Xử trí:

- Chống choáng, cầm máu.
- Chấn động não, theo dõi xem có rách màng não không? (trong nước não tuỷ có máu, chảy dịch não tuỷ ra ngoài).
- Phẫu thuật xoang trán: lấy bỏ mảnh vỡ, niêm mạc tổn thương, dẫn lưu mũi trán.

4.4. Chấn thương xoang hàm, xoang sàng: có thể bị vỡ trong các chấn thương vỡ ngang xương hàm trên (các kiểu Le Fort).

Đây là chấn thương hàm mặt rất nặng nằm trong bối cảnh của một đa chấn thương, nhiều khi

phải giải quyết ở trung tâm lớn cần có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa: Ngoại khoa chấn thương, phẫu thuật thần kinh, mắt, TMH, RHM...trong đó các vấn đề tính mạng nổi lên hàng đầu như sốc, ngạt thở, chảy máu...rồi mới đến vấn đề TMH.

Chấn thương hở: chấn thương gây thủng thành xoang, rách da, lộ xoang kèm theo có tràn khí dưới da. Ấn vùng xoang hàm đau, bệnh nhân có thể xì ra máu.

Chấn thương kín: vật cứng đập mạnh vào thành xoang hay ngã... có thể gây dập vỡ thành xoang hàm.

- Nửa mặt bên chấn thương sưng nề, da bầm tím, đau và ấn đau.
- Có lún hay gồ xương, tràn khí dưới da, nề tím môi trên, mí mắt, xuất huyết màng tiếp hợp.
- Chảy máu ở vết thương, từ trong xoang ra qua mũi, khám: có máu đọng ở khe giữa.
- X-quang: Sọ nghiêng và Blondeau: xoang bị mờ đục có vết rạn có thể do tụ máu hoặc có dị vật trong xoang cần chụp thêm tư thế C.T.Scan tư thế coronal để thấy đầy đủ hơn.

Xử trí:

- Nếu thủng nhỏ, chỉ rạn xương: lau rửa vết thương, cầm máu, rửa mũi thông thoáng, cho kháng sinh theo dõi, vết thương có thể tự liền.
- Nếu thủng rộng, vỡ xương cần phẫu thuật: lấy bỏ dị vật, mảnh xương vỡ, làm lỗ dẫn lưu mũi xoang, cố định thành mũi xoang.

4.5. Chấn thương phối hợp.

Đặc điểm: khi có chấn thương vỡ khối xương mặt, đường vỡ được phân theo 3 tầng:

- Tầng trên chủ yếu liên quan tới mắt.
- Tầng giữa.
- Tầng dưới chủ yếu liên quan tới răng hàm mặt.

Triệu chứng:

- Choáng, tụt lưỡi, khó thở, sặc máu...
- Sưng nề, bầm tím có thể rách da...
- Biến dạng vùng mặt.
- Các triệu chứng ở mắt: nhìn đôi, phù nề, bầm tím ở mắt, màng tiếp hợp, chảy máu ở mắt...
- Các triệu chứng ở răng miệng: không cử động được hàm trên, đau khi há mồm gây đau, thường có kèm theo có chấn thương sọ não.

Xử trí: Chống choáng, kéo cố định lưỡi, cầm máu mũi, mở khí quản khi có nguy cơ khó thở. Xử trí chấn thương sọ não, xử trí vết thương xoang.

5. Chấn thương vùng họng, thanh quản.

5.1. Triệu chứng.

- Rối loạn về phát âm: khàn, phều phào không nói được hoặc nói khó khăn.
- Rối loạn về hô hấp: ho và khó thở có khi thở phì phò hoặc ngạt thở, thở ra có bọt máu.
- Vết thương thực quản: nuốt khó và đau dễ bị sặc, có khi nước bọt hoặc sữa chảy ra ở vết thương khi uống sữa.
- Tràn khí dưới da vùng cổ ngực có thể lan rộng suốt mạng sườn, vào trung thất.

5.2. Xử trí:

Cấp cứu:

- Khó thở nhất là khó thở vào, đe dọa suy hô hấp, phải mở khí quản trước khi các phẫu thuật khác, chú ý mở thấp xa vết thương, hút dịch, cho thở oxy.
- Điều trị tốt choáng và chảy máu không để máu chảy vào phổi.

Sau cấp cứu:

- Cho kháng sinh và SAT.
 - Phẫu thuật: không khâu kín vết thương, dẫn lưu bằng lam cao su, sau 48 giờ thì rút.
 - Nếu vết thương thực quản: đặt ống sonde thực quản (cho ăn qua sonde 10 - 12 ngày), dẫn lưu vết thương ra cạnh cổ để tránh nhiễm khuẩn như: áp xe vùng thành thực quản, vùng cổ...
 - Cho thuốc giảm đau, an thần.
- Hút đờm dãi.

CHƯƠNG 3. BỆNH HỌC TAI MŨI HỌNG

20. CÁC HỘI CHỨNG LỚN VỀ TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng ĐHYD TpHCM



Các triệu chứng chức năng chính cho phép chúng ta xếp những bệnh của tai thành những hội chứng lớn. Các hội chứng này hướng chúng ta đến căn bệnh tùy theo những triệu chứng riêng biệt của từng trường hợp một:

HỘI CHỨNG ĐAU TAI

Bệnh nhân đến khám bệnh vì đau tai. Tùy theo vị trí của đau, tùy theo các triệu chứng phụ chúng ta sẽ nghĩ đến nhiều bệnh khác nhau.

1. Có kèm theo bệnh tích vành tai, nên nghĩ đến :

- Viêm màng sụn ở vành tai và ống tai.
- Eczêma cấp tính vành tai và ống tai.
- U máu ở vành tai.

2. Có kèm theo bệnh tích ở ống tai :

- Nhọt ống tai ngoài.
- Zôna tai.
- Viêm ống tai ngoài.

3. Có kèm theo thay đổi màu sắc màng nhĩ :

- Viêm tai long tiết.
- Viêm tai mũ cấp chưa vỡ.

4. Có kèm theo chảy tai :

- Viêm tai ngoài.
- Eczêma cấp.
- Viêm tai mũ cấp tính đã vỡ hoặc viêm tai xương chũm.
- Ung thư tai.

5. Có kèm theo đau vùng xương chũm .

- Nhọt hoặc êm ống tai ngoài kèm theo viêm hạch sau tai.
- Phản ứng xương chũm trong viêm tai cấp.
- Viêm xương chũm cấp hoặc mạn tính.

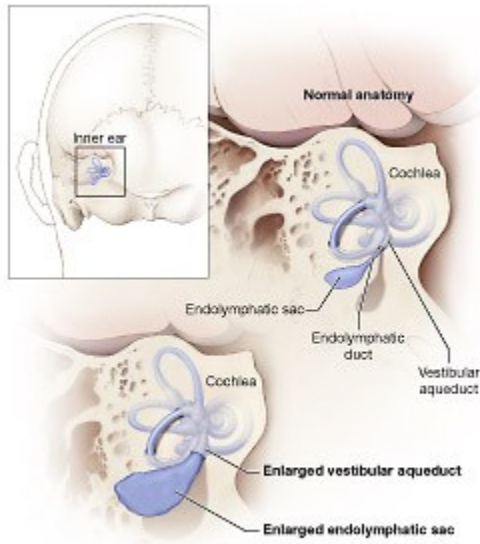
6. Không có bệnh tích ở tai (đau phản xạ) :

- Viêm họng cấp, apxe amydan.

- Mọc răng khôn.
- Sâu răng hàm số

7. Ung thư hạ họng

- Thanh quản.
- Lao thanh quản.
- Đau dây thần kinh thanh quản trên.



HỘI CHỨNG CHẢY TAI

Tai có thể chảy ra máu, hoặc mủ hoặc thanh dịch.

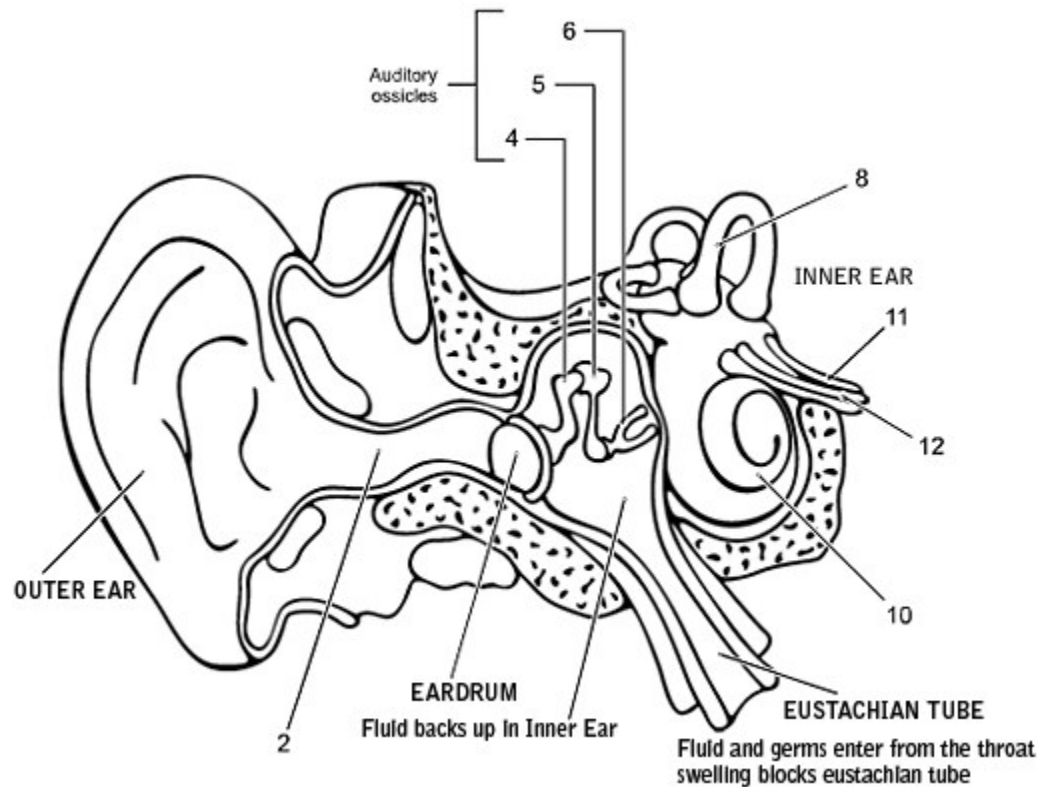
1. Nếu tai chảy máu thì nên nghĩ đến.

- Chấn thương. Tai.
- Vỡ xương đá.
- Polyp ống tai hoặc hòm nhĩ.
- Viêm tai cúm.
- Ung thư tai.

2. Nếu tai chảy mủ hoặc thanh dịch thì nên nghĩ đến Eczêma cấp.

- Viêm tai ngoài.

- Viêm tai giữa mũ cấp hoặc mạn.
- Viêm tai xương chũm.
- Lao tai.
- Giang mai tai .



HỘI CHỨNG ĐIẾC

Bệnh nhân đến khám bệnh vì điếc. Tùy theo những triệu chứng phối hợp chúng ta nghĩ đến những bệnh khác nhau.

1. Có kèm theo bệnh tích ống tai ngoài :

- Ráy tay.
- Dị vật ở tai.
- Hẹp tắc ống tai ngoài bẩm sinh hoặc thứ phát.
- Nhọt ống tai ngoài, viêm ống tai ngoài.

2. Có kèm theo bệnh tích ở tai giữa :

- Viêm tai xuất tiết.
- Tắc vòi ơxtasi.
- Viêm lai giữa cấp.
- Viêm tai giữa mạn tính.
- Viêm tai xương chũm.
- Keo tai (glue ear).

3. Có kèm theo viêm tai khô. Nghĩ đến các nguyên nhân sau đây :

- Do vòm mới họng : u làm tắc vòi ơxtasi, tắc mũi.
- Do thể địa : tạng khớp, tạng gút...
- Do xơ nhĩ (Tympanosélcrose).

4. Nếu là điếc tai giữa màng nhĩ bình thường : Nghĩ đến xốp xơ tai (otospongiose).

5. Nếu là điếc tai trong, màng nhĩ bình thường nên nghĩ đến :

Điếc do rối loạn mạch máu (loạn vận mạch, chảy máu m nhĩ), dị ứng, xơ cứng động rối mạch...

- Viêm mê nhĩ đặc hiệu : giang mai, quai bị, sốt rét, viêm màng não - não tủy
- Nhiễm độc mê nhĩ : nguyên nhân ngoại lai (quinin streptomycine, salixylat natri) hoặc nguyên nhân nội sinh (urê máu glucza máu, axit uric - máu...)

6. Có kèm theo triệu chứng thần kinh :

- U dây thần kinh số VIII.
- Viêm màng não bọc dây thần kinh số VIII ở ống tai trong do giang mai.

HỘI CHỨNG Ò TAI

Có nhiều nguyên nhân gây ra ò tai. Bệnh tích ở tai ngoài, tai giữa, tai trong...đều có thể gây ra ò tai.

1. Có kèm theo bệnh tích ở ống tai ngoài :

- Ráy tai.
- Viêm ống tai ngoài.

2. Có kèm theo viêm màng nhĩ :

- Viêm tai xuất tiết.
- Viêm tai cấp.

3. Có kèm theo xơ màng nhĩ :

- Viêm tai khô do mũi họng.
- Viêm tai, khô do thể địa.
- Xơ nhĩ.
- Tắc vòi ơxtasi.

4. Không có bệnh tích màng nhĩ :

- Xốp xơ tai (otospongiose).
- Rối loạn vận mạch ở mê nhĩ.
- Tắc động mạch tai trong.
- Viêm mê nhĩ hoặc nhiễm độc mê nhĩ.
- U đầy thần kinh số VIII.

5. Do các bệnh nội khoa. Một số bệnh nội khoa cũng gây ra ù tai :

- Cao huyết áp.
- Hư đốt sống cổ.
- Rối loạn tiêu hóa.
- Rối loạn tuyến giáp trạng.
- Mẫn kính.

6. Do bệnh ngoại khoa :

- Phình động mạch cảnh.
- U tiểu thể cảnh.
- U cuộn cảnh.

- Vỡ xương đá.

HỘI CHỨNG CHÓNG MẶT

Chóng mặt là do thương tổn mê nhĩ hoặc rối loạn chức năng tiền đình. Sự rối loạn này có nhiều nguyên nhân : Nguyên nhân cục bộ, nguyên nhân thần kinh, nguyên nhân toàn thân.

1. Có kèm theo bệnh tích ống tai ngoài : Ráy tai.

2. Có kèm theo viêm mủ tai giữa

- Viêm mê nhĩ thanh dịch.
- Viêm mê nhĩ mủ.

3. Có kèm theo điếc và xơ màng nhĩ :

- Viêm tai khô do mũi họng.
- Viêm tai khô do thể địa.

4. Không có bệnh tích màng nhĩ nhưng có điếc :

- Hội chứng Mênie (Ménière).
- Hội chứng cổ, suy động mạch cột sống thân nền.
- Viêm mê nhĩ.
- Nhiễm độc mê nhĩ.

5. Có kèm theo triệu chứng thần kinh của dây V và điếc ; ù tai :

- Viêm màng nhện.
- U dây VIII mới bắt đầu.

6. Có kèm theo hội chứng tiền đình trung ương và hội chứng tăng áp lực nội sọ

- U góc cầu tiểu não.
- U hố sau.
- U hoặc áp xe tiểu não.
- U vùng hành não – cầu não.

7. Kèm theo hội chứng tiền trung ương nhưng không tăng áp lực nội sọ :

- Xơ cột bên teo cơ của Sacô (Charcol).
- Rỗng hành não.
- Xơ tầng mỏng (sclerose en plaques).

8. Mê nhĩ bình thường : nghĩ đến nguyên nhân phản xạ hoặc toàn thân :

- Do bệnh ở nhãn cầu : loạn thị.
- Do rối loạn tuần hoàn : cao huyết áp, hở lỗ động mạch chủ, suy tim, mạch chậm Stôc Adam (Stockes Adams).
- Phản xạ của dây V do viêm xương, sẹo dính quanh vòi nhĩ, sâu răng.
- Phản xạ của dây X : rối loạn tiêu hóa, dạ con ngả ra sau - Rối loạn thần kinh thực vật :mãn kinh

21. BỆNH LÝ TAI MŨI HỌNG THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

PGS-TS Nhan Trường Sơn

I. Nhập đề:

Cơ thể trẻ em không phải là cơ thể người lớn thu nhỏ lại, có những bộ phận trong tai mũi họng ở người lớn mà trẻ em không có. Thí dụ như trẻ dưới 5 tuổi, xoang trán chưa phát triển, không thể nào có viêm xoang trán ở lứa tuổi này.

Người lớn không có bệnh lý tịt cửa mũi sau, các cháu mới sinh không có cửa mũi sau 2 bên bị chết ngộp ngay nếu không được can thiệp đúng lúc. Trẻ em có nhiều bệnh lý dồn dập từ mới sinh đến 5 tuổi như viêm VA, viêm amydale, viêm tai giữa cấp mạn... Bệnh ung thư ở trẻ em khá hiếm so với người lớn. Bệnh ở trẻ em tùy theo tuổi. Chúng tôi xin phân tuổi trẻ em ra 3 lứa: từ mới sinh đến 5 tuổi, từ 5 tuổi đến 10 tuổi và từ 10 tuổi đến 15 tuổi. Mỗi lứa tuổi đều có 1 số bệnh đặc hiệu riêng.

Chúng tôi xin đưa ra đây một số bệnh đặc trưng tai mũi họng trẻ em, nhấn mạnh các bệnh lý thường gặp và nguy hiểm

II. Bệnh Tai mũi họng thường gặp ở trẻ em

A. Bệnh thường gặp từ lúc mới sinh đến 5 tuổi

1. Tịt cửa mũi sau

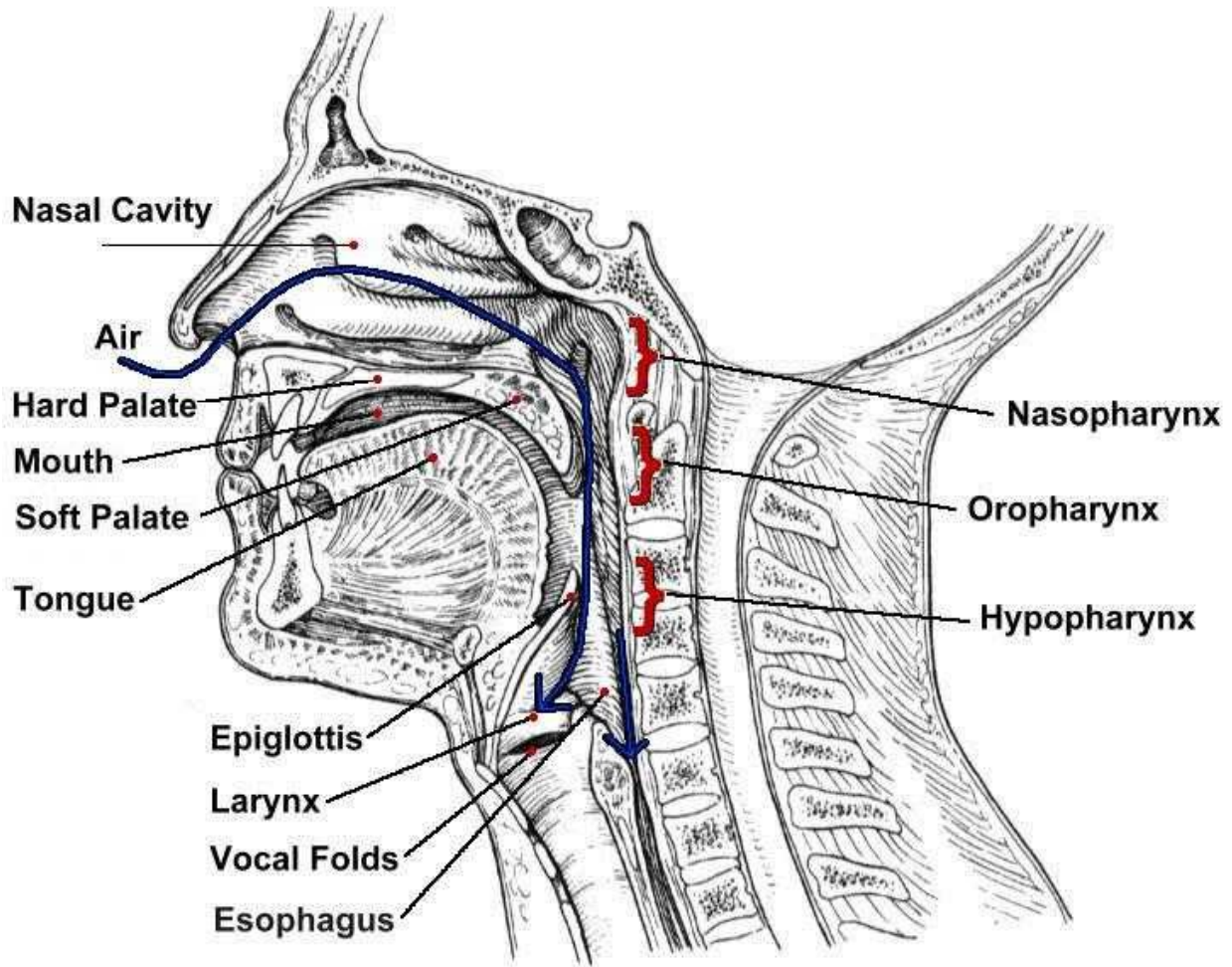
a. Tổng quát: khi ta thở bằng mũi, không khí vào cửa trước, qua hốc mũi, cửa mũi sau, vào họng, khí quản và đến phổi. Ở người lớn, nếu nghẹt mũi hoàn toàn, người ta có thể thở bù trừ bằng miệng. Em bé mới sinh mà không có cửa mũi sau 2 bên, trẻ sẽ bị chết ngộp vì trẻ không có phản xạ thở miệng như trẻ lớn và ở người lớn. Phải thông đường thở ngay để cứu em bé bằng cách đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu. Sau đó mới khám định bệnh và có hướng xử trí

b. Định bệnh: Ta phải lấy ống Nélaton cho vào mũi, ống bị chặn lại 2 bên. Ta có thể cho chụp X-quang tư thế Blondeau và tư thế Hirtz có nhỏ thuốc cản quang Lipiodol vào 2 hốc mũi. Nếu tịt cửa mũi sau 2 bên, chất cản quang không vào vòm, vào họng được. Trong trường hợp chỉ tịt cửa mũi sau 1 bên, triệu chứng không nguy kịch, trẻ có thể thở được tuy khó khăn nhưng không tử vong. Mãi đến 7-8 tuổi, khi cơ thể trẻ cần nhiều oxy, tịt 1 bên mũi không đủ đưa không khí cung cấp cho trẻ. Trẻ có triệu chứng khó thở. Khám bệnh nếu phát hiện tịt cửa mũi một bên và được điều trị phẫu thuật

c. Điều trị: đây là điều trị cấp cứu. Nếu đã đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu thì có thể chuẩn bị để phẫu thuật ngày hôm sau. Cần CT vùng cửa mũi sau để biết độ dày đã bít cửa mũi sau, từ đó có cách xử trí phẫu thuật thích hợp.

- Nếu chỉ là màng không có xương, ta có thể dùng dụng cụ nhọn để đâm thủng qua đường mũi. Có thể dùng bào (một dụng cụ cao cấp hiện nay) để mở cửa mũi sau.

- Nếu nơi bít là xương, ta phải xử trí bằng khoan. Thường thì khoan từ vòm ra trước. Sau đó ta phải đặt ống nong, để tại chỗ từ 6 đến 9 tháng. Dự hậu sau phẫu thuật phần lớn là tốt



2. Mềm sụn thanh quản

a. Tổng quát: Đây là thanh quản bị mềm và yếu. Mỗi lần thở vào, thanh thiệt bị sụp xuống và đẩy thanh quản (mềm thanh thiệt), hoặc 2 sụn phễu bị đẩy và trong làm hẹp thanh môn (mềm sụn phễu)

b. Định bệnh: bệnh này bắt đầu có từ lúc mới sinh. Em bé khó thở thanh quản, thì thở vào có tiếng rít to. Khó thở thanh quản có 4 mức độ từ nhẹ đến nặng

- Độ 1: em bé có 3 triệu chứng chính

o Khó thở thì thở vào

o Thở vào có tiếng rít

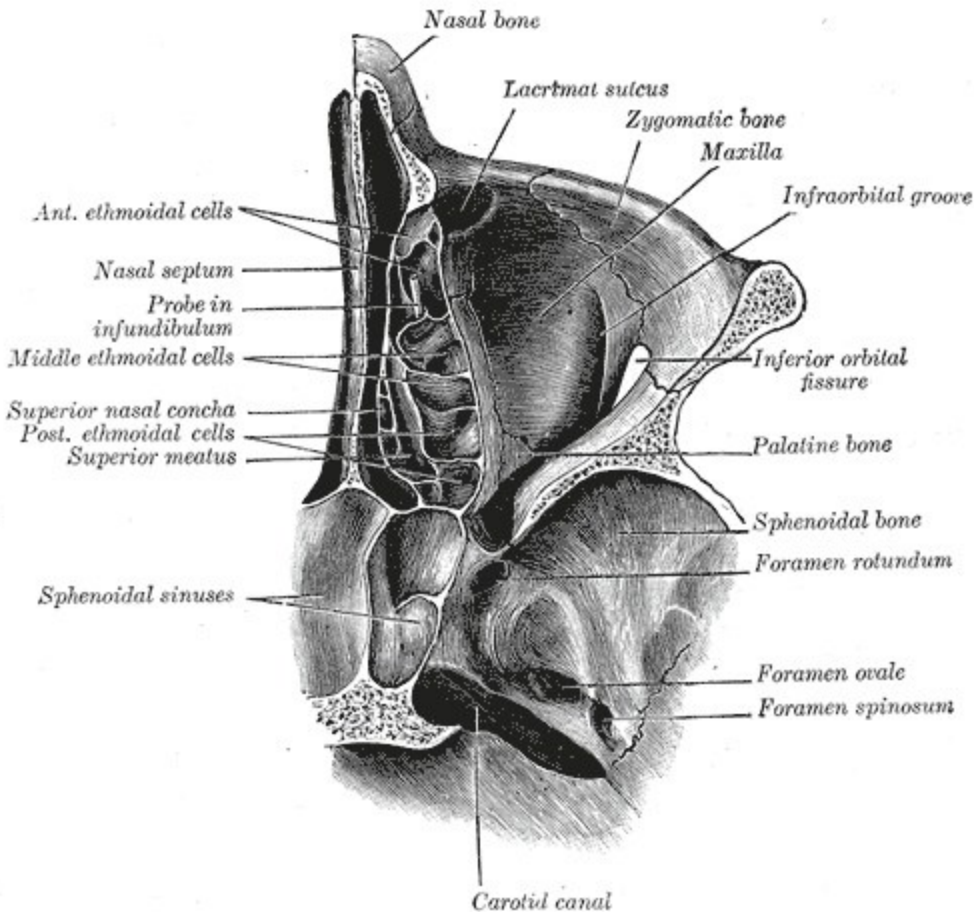
o Có co lõm lồng ngực

Ngủ không có triệu chứng, nhưng khi vận động thì có 3 triệu chứng này

- Độ 2A: khi nằm ngủ cũng như khi vận động, bệnh nhân vẫn có 3 triệu chứng chính như trên
 - Độ 2B: trẻ có các triệu chứng kể trên, ngoài ra trẻ còn vật vã, thay đổi tư thế luôn để tìm một tư thế dễ thở nhất, môi vẫn hồng.
 - Độ 3: trẻ là người, 3 triệu chứng chính không rõ nét, môi tím tái. Sẽ tử vong từ 15 phút đến 1/2 giờ sau. Giọng khóc vẫn bình thường, không có khàn, không có ho. Bệnh cảnh có vẻ trầm trọng vì có tiếng rít to, gây lo lắng cho gia đình. Thường thì các trẻ khó thở độ 1 hoặc 2A. Ít khi có trường hợp khó thở độ 2B và độ 3.
- c. Điều trị: phần lớn các trẻ thuộc về mềm sụn thanh quản nhẹ hoặc trung bình. Không cần xử trí cấp cứu gì. Chỉ theo dõi độ khó thở của trẻ em. Bệnh có thể tự khỏi trong vòng 6 tháng. Trong trường hợp khó thở nặng (độ 2B, độ 3) phải can thiệp phẫu thuật ngay để thông đường thở. Phẫu thuật thường dùng là treo thanh thiệt hoặc cố định sụn phễu để bảo đảm tốt đường thở. Phải theo dõi, trẻ có thể ăn bị sặc. Sau 6 tháng, bệnh có thể tự ổn định

3. Nghe kém

a. Tổng quát: mới sinh ra mà nghe kém là tai có vấn đề, phần lớn là nghe kém nặng. Đây có thể là điếc bẩm sinh, điếc do khiếm khuyết gen, em bé bị điếc đặc cả 2 tai. Thường thì cha hoặc mẹ bị điếc đặc, con 50% bị điếc bẩm sinh. Trong lúc mang thai, mẹ bị bệnh, sử dụng các thuốc độc hại đến thần kinh tai như Quinine, Streptomycine, em bé sinh ra có thể bị điếc nặng. Đây là bệnh điếc mắc phải. Có trường hợp mới sinh ra tai bình thường, nhưng trong quá trình lớn lên trẻ bị nhiễm trùng tai giữa và thủng nhĩ, trẻ bị nghe kém.



b. Định bệnh: mới sinh ra, gia đình thường coi trẻ có dị tật như sứt môi, thiếu vành tai, chân khèo, tay 6 ngón, ít người để ý coi trẻ có điếc hay không. Thử điếc khi mới sinh ra 1 ngày, trẻ còn nằm tại nhà bảo sanh, rất dễ. Có thể dùng dụng cụ phát âm thanh chuyên dùng để đo sức nghe trẻ. Tiện dụng nhất là lấy muỗng gỗ vào ly (lúc nào cũng có sẵn), gây âm thanh cách đầu trẻ khoảng 3 tấc, nếu trẻ giật mình, chớp mắt, hoặc khóc ré, là em nghe được, khả năng không có điếc bẩm sinh. Phương pháp này tuy không chính xác, nhưng rất tiện dụng. Trường hợp trẻ đã về nhà, muốn xét nghiệm cận lâm sàng đặc biệt phải đem trẻ đến cơ sở tai mũi họng có máy cao cấp để thử nghiệm và để biết trẻ khiếm khuyết vào tần số nào.

Trog trường hợp trẻ bị chảy mủ tai, phải đem trẻ đi khám chuyên khoa tai mũi họng để biết tình trạng màng nhĩ thủng và biết tình trạng màng nhĩ thủng và biết độ nghe kém của trẻ. Thường thì trẻ bị điếc dẫn truyền.

c. Điều trị: cho trẻ đeo máy trợ thính và điều chỉnh đúng tần số khiếm khuyết cho trẻ. Phải đeo suốt 24 giờ/ngày. Sau đó tập dần cho trẻ nói từ 12 tháng tuổi trở lên. Trong trường hợp trẻ bị thủng nhĩ do nhiễm trùng tai giữa, điều trị cho tai khô và sẽ vá nhĩ từ 8 tuổi trở lên để đem lại sức nghe cho em bé.

4. VA

a. Tổng quát: VA là mô tân bào nằm ở nóc vòm. Nhiệm vụ của VA là tiếp xúc với vi khuẩn để tạo kháng thể. Chất tiết sẽ diệt vi khuẩn loại đó khi chúng tái xâm nhập. Đây là nhiệm vụ miễn dịch của VA và bảo vệ trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên. Từ mới sinh đến 6 tháng tuổi, trẻ em sử dụng kháng thể của bà mẹ truyền qua nhau thai. Từ 12 tháng tuổi trở đi, trẻ có thể bị viêm VA.

b. Định bệnh: Em bé bị viêm VA trước hết là trẻ nghẹt mũi, nước mũi ban đầu trong, sau trở thành đục. Lượng nước mũi chảy ra ngày càng nhiều. Nếu không điều trị trẻ bị chảy mũi liên tục, có màu vàng, màu xanh. Triệu chứng này ta gọi là “thò lò mũi xanh”. Em bé bị nghẹt mũi từ từ cho đến khi không còn thở mũi được. Lúc này trẻ thở bằng miệng. VA ở nóc vòm bị viêm và to ra, khối VA chèn vào vòm nhĩ gây **viêm tai giữa thanh dịch**. Trẻ bị ù tai, màng nhĩ trở nên đục, mất tam giác sáng. Hòm nhĩ chứa nhiều dịch, có khi thấy mức khí dịch hoặc bong bóng nước. Nếu không điều trị, dịch này cô đọng lại giống như keo. Màng nhĩ bị kéo vào trong và dán vào thành sau hòm nhĩ. Trẻ bị **viêm tai keo**. Lúc này trẻ bị điếc dẫn truyền khá nặng. Vi khuẩn từ VA viêm có thể vào hòm nhĩ qua vòm nhĩ và gây **viêm tai giữa cấp**. Trẻ bị sốt khoảng 38 độ, nghe kém và nhức tai. Lắc vành tai, trẻ khóc ré. Khám tai thấy màng nhĩ phồng đỏ và mất tam giác sáng. Nếu không điều trị, trẻ sẽ bị thủng nhĩ, chảy mủ tai và dần dần chuyển thành viêm tai giữa mạn. Mủ có thể chảy từ VA xuống, gây **viêm Amydale**, viêm thanh quản cấp, phế quản phế viêm, rối loạn tiêu hóa. Ta có thể định bệnh VA quá phát bằng cách cho X quang sàng sọ nghiêng thấy được bóng X quang quá phát. Dùng ống soi mềm hoặc ống soi cứng để định bệnh VA tận nơi, có cả hình ảnh.

c. Điều trị: Nếu trẻ có triệu chứng viêm VA và có một trong các biến chứng kể trên, ta nên nạo VA. Có thể nạo VA dưới gây tê hoặc dưới gây mê. Nạo VA bằng thìa nạo Moure hoặc thìa nạo La Force. Về thuốc nên sử dụng kháng sinh, chống dị ứng và bồi dưỡng

5. Dị vật đơn giản

a. Tổng quát: Từ 1 đến 3 tuổi, em bé bắt đầu đi học, học nói, học ăn...trẻ rất tò mò, gặp gì trẻ cũng sờ mó và sử dụng coi như đồ chơi. Sau khi chơi chán, các em thường hay bỏ các loại này vào tai, vào mũi. Các em coi chuyện này rất bình thường và không bao giờ báo với gia đình. Phần lớn do chính người nhà phát hiện.

b. **Dị vật tai:** Trẻ hay bỏ những loại bị vật nhỏ vào ống tai. Những dị vật đó có thể là mảnh giấy, mảnh cao su, mảnh mica mà chúng tôi gọi là **dị vật giẹp**. Ngoài ra, chúng ta còn có một số dị vật hột như hột quýt, hột đậu xanh, viên bi, hột chuối mà chúng tôi gọi là **dị vật tròn**. Chúng ta còn có một số **dị vật di động** như con kiến...

- Định bệnh: Các loại dị vật giẹp thường vào không sâu, chỉ lấp ló ở cửa ống tai ngoài, vì ngón tay ta lúc nào cũng to hơn cửa ống tai ngoài. Ta có thể định bệnh này dễ dàng, nhìn qua cửa ống tai ngoài thấy ngay dị vật. Ống tai không chảy nước, không chảy mủ, không gây đau nhức.

Dị vật tròn có thể vào sâu hơn vì có thể di chuyển vào theo cử động của trẻ. Tuy nhiên không qua khỏi phần nửa ngoài ống tai ngoài. Nếu không thấy có thể khám phát hiện dị vật bằng đèn soi tai. Bệnh nhi không bị ngứa tai, chảy mủ tai, nhức tai, do đó dị vật có thể ở lâu ngày mà không ai biết.

Nếu dị vật là con kiến, kiến có thể bò vào trong sâu sát màng nhĩ, cản ống tai gây nhức nhối hoặc cựa quậy gây ngứa bưng tai rất khó chịu. Tuy không thấy dị vật, theo lời diễn tả triệu chứng, có thể đoán ra đó là con kiến ống tai ngoài. Đối với dân thường thì tự điều trị ngay, nhưng đối với ngành y, ta phải dùng đèn soi tai có kính lúp để định bệnh cho rõ có phải là con kiến không.

- Điều trị: Kềm trẻ cho chắc, đối với dị vật giẹp, ta dùng kẹp khuỷu hoặc kẹp Hartmann gấp ra. Nếu không có kẹp chuyên dụng, chúng ta có thể gấp bằng kẹp thường. Sau khi gấp ra phải kiểm tra lại, có thể có 2,3 dị vật giẹp.

Trong trường hợp dị vật tròn, chúng ta không thể dùng kẹp gấp ra được, càng gấp dị vật càng bị đẩy vào trong. Phải dùng muống chuyên dùng đưa qua khỏi dị vật và lôi ra theo kiểu móc từ đầu trong để đưa dị vật ra ngoài. Ta có thể dùng móc lách qua khỏi dị vật và lôi dị vật ra từ đầu trong. Sau khi lấy dị vật tròn ra, ta cũng nên kiểm tra lại bằng đèn soi tai. Có thể có 2,3 dị vật tròn. Ống tai ngoài bị trầy xước nhẹ và rịn máu do thủ thuật lấy dị vật. Nên cho thuốc giảm đau và kháng sinh trong vài ngày.

c. **Dị vật mũi:** giống như ở tai, em bé thường bỏ vào mũi, đồ chơi mà trẻ đã chơi chán

- Định bệnh:

Dị vật giẹp: dị vật có thể lấp ló ở tiền đình mũi, để lâu vài ngày bên mũi có dị vật sẽ chảy mủ rất thối. Nâng chóp mũi lên có thể thấy dị vật dễ dàng.

Trong trường hợp dị vật là hột như hột na, hột me, hột đậu phộng, viên bi lớn, hột chuối lớn.... dị vật thường vô sâu qua khỏi tiền đình mũi, nằm ở vùng đầu cuốn mũi giữa. Vài ba ngày sau bên mũi có dị vật chảy nhiều mủ và rất hôi. Khám bệnh này phải dùng banh mũi có đèn Clar hỗ trợ. Hút sạch mủ mũi ta mới có thể thấy được dị vật.

Dị vật sống ở mũi rất hiếm

- Điều trị: cũng như ở tai, chúng ta gấp dị vật giẹp ở mũi bằng kẹp khuỷu hoặc kẹp Hartmann. Sau khi gấp ra phải kiểm tra lại coi còn sót hay không. Đối với dị vật tròn, ta phải lấy ra bằng

muỗng chuyên dùng. Đưa muỗng vào mũi, len lõi dụng cụ ở mặt ngoài của dị vật. Tránh đẩy dị vật vào trong sâu. Sau khi dụng cụ qua khỏi dị vật, ta nạy dị vật theo thể đòn bẩy, và dị vật bị đẩy ra ngoài. Nên có gạc để hứng dị vật, nếu không dị vật có thể rớt vào họng, gây dị vật đường thở, một bệnh phức tạp và nguy hiểm. Sau khi lấy dị vật kịp, dị vật tròn, ta phải cho giảm đau, kháng sinh vì hốc mũi đã bị nhiễm trùng.

6. Dị vật đường thở

a. Tổng quát: chúng tôi xin đề bệnh dị vật đường thở ra phần riêng, vì đây là bệnh có triệu chứng và cách xử trí hoàn toàn khác. Ở tuổi từ 18 tháng đến 3 tuổi, trẻ rất háu ăn. Nếu đồ ăn đang còn trong miệng, trẻ giành ăn la khóc, thực phẩm theo không khí hít vào và rớt xuống khí phế quản. Đây là một bệnh nguy hiểm chết người. Lúc dị vật mới vào, chạm thanh môn, bệnh nhân bị ho sặc sụa, tím tái và khó thở. Đây là **hội chứng xâm nhập**, chứng tỏ dị vật đã chạm thanh quản. Nghe phổi, rì rào phế nang bên phổi có dị vật giảm rõ.

b. Định bệnh: khoảng 99% dị vật đường thở là có hội chứng xâm nhập. Trước khi có hội chứng xâm nhập, em bé thở tốt. Sau hội chứng xâm nhập, em bé khó thở. Em bé bị khó thở độ 1, độ 2A, độ 2B, hoặc độ 3. Dị vật mới vào mà em bé đã khó thở độ 3 chứng tỏ dị vật chẹn tại thanh môn, phải can thiệp cấp cứu để cứu em bé. X quang phổi cho thấy các biến chứng của dị vật như ứ khí phổi, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tràn khí dưới da, áp xe phổi...

c. Điều trị: trường hợp tối cấp, em bé khó thở độ 3 ngay. Đây là dị vật thượng thanh môn, điều trị bệnh này với nghiệm pháp Heimlich. Trong trường hợp khó thở độ 1, 2A, 2B, phải cho bệnh nhân vào viện ngay. Sau khi kiểm tra với X quang phổi, bệnh nhi được đưa vào phòng mổ và được soi gấp dưới gây mê bằng ống nội soi cứng.

7. Viêm tai

a. Viêm tai giữa cấp

- Tổng quát: tai giữa liên hệ với vòm họng qua vòi nhĩ. Vòm họng bị nhiễm trùng, vi khuẩn vào tai giữa qua vòi nhĩ và gây **viêm tai giữa cấp**

- Triệu chứng: bệnh nhi bị sốt 38 độ, nghe kém, nhức tai. Lắc vành tai, trẻ khóc ré. Khám màng nhĩ bằng đèn soi tai. Mới ban đầu màng nhĩ bị phồng, đỏ, mất tam giác sáng. Sau vài ngày nếu không điều trị màng nhĩ trở nên vàng úa và thủng nhĩ ở màng căng. Mủ chảy ra.

- Điều trị: trong thời kỳ màng nhĩ đỏ, căng phồng và đau nhức, nên sử dụng thuốc giảm đau. Nếu khám lúc màng nhĩ đã trở nên vàng úa, tránh thủng nhĩ, nên rạch nhĩ ở vùng sau dưới và để ống thông nhĩ. Điều trị nội khoa bằng kháng sinh phổ rộng, liều cao từ 8 đến 12 ngày. Ngoài ra còn dùng đến thuốc giảm đau và nhỏ tai với thuốc không tác hại dây thần kinh VIII (Quinine, Néomycine, Polymycine...)

b. Viêm tai giữa mạn

- Tổng quát: điều trị viêm tai giữa cấp không đúng cách, dùng kháng sinh không đúng, thiếu liều sử dụng, thiếu thời gian sử dụng, bệnh chuyển thành viêm tai giữa mạn. Màng nhĩ bị thủng, tai chảy mủ từng đợt. Bệnh kéo dài, thỉnh thoảng có cơn bộc phát.

- Định bệnh: tai chảy mủ dai dẳng, khi bớt khi không. Mủ có khi loãng, có khi đặc, màu mủ có thể trắng, có thể vàng. Thường không hôi, tai không nhức. Khám tai với đèn soi tai, ta thấy màng nhĩ thủng ở màng căng. Lỗ thủng còn rìa là bệnh nhẹ. Đây là viêm tai giữa đơn thuần, ít gây biến chứng. Lỗ thủng sát rìa chứng tỏ bệnh có thể gây biến chứng sau này vì có thành lập cholesteatome.

- Điều trị: điều trị viêm tai giữa mạn bằng rửa tai với nước oxy già 10 thể tích và nhỏ tai với thuốc không có chất tác hại thần kinh VIII. Lấy mủ tai tìm vi khuẩn lập kháng sinh đồ. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Bao giờ tai khô có thể vá nhĩ với em bé trên 8 tuổi. Bệnh viêm tai giữa mạn là bệnh dai dẳng và dễ tái phát.

8. Viêm thanh quản cấp hạ thanh môn

a. Tổng quát: thanh môn của bé rất hẹp. Chỉ dày niêm mạc hạ thanh môn 1mm, đường thở của trẻ bị giảm 50%. Sau những đợt cảm cúm do siêu vi, vùng hạ thanh môn dễ bị phù nề và gây **viêm thanh quản cấp**

b. Định bệnh: sau đợt cảm cúm, em bé bị khàn tiếng và khó thở. Đây là khó thở thanh quản: khó thở chậm thì thở vào, thở vào có tiếng rít và có co lõm lồng ngực. Khó thở độ 1, độ 2A bệnh còn nhẹ. Khó thở độ 2B, độ 3 là bệnh nặng, dễ tử vong.

c. Điều trị: trong trường hợp bệnh nhẹ, điều trị với corticoide. Kháng sinh là phụ. Cho xông mũi họng với Adrenaline. Trong trường hợp bệnh nặng phải thông đường thở trước bằng đặt nội khí quản hoặc mở khí quản. Sau đó mới dùng Corticoide và xông với Adrenaline. Bệnh nhẹ có thể khỏi trong vài ngày.

B. Bệnh thường gặp từ 5 đến 10 tuổi

1. Viêm amydale:

a. Tổng quát: amydale là mô tân bào nằm trong vòng Waldeyer có chức năng miễn dịch. Amydale ở vùng họng, 2 bên đáy lưỡi. Không khí thở vào qua đường mũi đi ngang qua amydale. Thức ăn hay không khí thở vào qua đường miệng cũng đi ngang qua amydale. Các vi khuẩn theo không khí và theo thực phẩm sẽ bám vào amydale, bạch cầu trong amydale bắt vi khuẩn đưa vào trung tâm mầm và tạo ra một chất gọi là **kháng thể**. Chất này sẽ diệt vi khuẩn loại đó khi

chúng tái xâm nhập. Đây là nhiệm vụ miễn dịch của amydale. Bệnh nhân có thể bị biến chứng áp xe nhu mô amydale hoặc áp xe quanh amydale.

b. Định bệnh: bệnh nhân bị sốt cao, đau họng, ho, khó nuốt, chảy nước bọt. Khám thấy amydale to, đỏ, có khi có mủ. Đây là viêm **amydale cấp**. Nếu điều trị không đúng cách, viêm amydale cấp chuyển thành viêm amydale mạn. Thể viêm amydale mạn ở trẻ em là thể viêm amydale quá phát. Bệnh nhân bị vướng họng, ho hức hắc. Khám họng thấy 2 amydale to, đỏ ít, có hốc, có khi có bã đậu, thỉnh thoảng lên cơn bộc phát cấp.

c. Điều trị: điều trị viêm amydale cấp với kháng sinh liều cao phổ rộng, kèm theo thuốc giảm ho, giảm đau, bồi dưỡng, vệ sinh tốt. Có thể quẹt amydale tìm vi khuẩn lập kháng sinh đồ. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Xông họng với thuốc có corticoid và kháng sinh (Néomycine hoặc Chloramphenicol) là cần thiết. Sẽ cắt amydale khi có chỉ định (amydale quá phát gây khó thở, khó nuốt, viêm amydale bộc phát cấp từ 5 đến 7 lần trong 1 năm, có hội chứng ngừng thở lúc ngủ)

Phương pháp cắt amydale có thể là: dùng dụng cụ Sludder Ballenger (hiện nay ít sử dụng); phương pháp bóc tách thông họng; cắt amydale bằng dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

2. Viêm xoang:

a. Tổng quát: Em bé từ 2 tuổi đã có xoang sàng. Nếu sức đề kháng kém, em bé có thể bị viêm xoang sàng: biến chứng của viêm xoang sàng là dò ra da dưới ổ mắt. Từ 5 tuổi trở lên trẻ có thể bị viêm xoang hàm.

b. Định bệnh: Trẻ bị nghẹt mũi, chảy mủ đục và nhớt vùng xoang sàng, xoang hàm. X quang cổ điển tư thế Blondeau, Hirtz có thể phát hiện được viêm xoang. Hình ảnh gần niêm mạc xoang, mờ đặc xoang, có mức khí dịch, có hình ảnh tròn như polyp hoặc u nhầy.

c. Điều trị: đối với trẻ em bị viêm xoang, điều trị nội khoa là chính. Sử dụng kháng sinh, giảm đau, chống dị ứng. Có thể xông mũi và súc xoang bằng phương pháp chuyển dịch (kê kê). Trong trường hợp viêm xoang sàng có biến chứng dò ra da, phải phẫu thuật lấy xương chết. Nếu trẻ bị viêm xoang hàm, cần phẫu thuật phải đợi trên 6 tuổi.

3. Dị vật đường ăn:

a. Tổng quát: Các trẻ háu ăn thường ăn vội ăn vàng, không nhai kỹ trước khi nuốt. Xương sẽ vào thực quản và gây **dị vật đường ăn**. Đây là một bệnh nặng, biến chứng nguy hiểm, rất dễ tử vong.

b. Định bệnh: khi ăn cơm có xương, em bé khai đau họng và không ăn được nữa. Đau vùng cạnh hàm hoặc vùng máng cảnh. Dem X quang cổ nghiêng, ta có thể thấy được xương. Nếu không điều trị gấp dị vật sớm, trong vài ngày sẽ hình thành áp xe trong thực quản. Bệnh nhân đau cổ rất dữ, không ăn uống được, vùng máng cảnh rất đau. X quang cổ nghiêng có thể phát hiện được khối áp xe thực quản.

c. Điều trị: khi bị hóc thức ăn, phải đem bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa tai mũi họng để xin gấp ra ngay. Gắp dị vật bằng dụng cụ nội soi cứng dưới gây mê. Trong trường hợp áp xe đã hình thành, phải mở cạnh cổ, tháo mũ ổ áp xe và dẫn lưu. Phải điều trị sau mổ với kháng sinh tiêm phổ rộng liều cao và đúng thời hạn.

4. Bỏng thực quản:

a. Tổng quát: Đây là tai nạn, uống nhầm chất gây bỏng như acid, sút, nước tro tàu. Chất này vào gây bỏng miệng, họng, thực quản và cả niêm mạc dạ dày.

b. Định bệnh: Bệnh bỏng thực quản tiến triển trong 3 giai đoạn rõ rệt.

- Giai đoạn 1: giai đoạn cấp, bệnh nhân bị đau họng, sốt, không ăn uống được. Có nhiều giả mạc bám ở họng, hạ họng.

- Giai đoạn 2: giai đoạn hết bệnh giả, 1 tuần lễ sau, các triệu chứng cấp không còn nữa. Bệnh nhân có cảm giác như khỏi bệnh, không sốt, không đau họng, ăn uống được như thường.

- Giai đoạn 3: giai đoạn hẹp, thực quản tái tạo lại bằng mô xơ và gây hẹp từ từ. X quang thực quản có baryte thấy hình ảnh hẹp hình ống, hình nhẫn, hình củ cà rốt, hình sợi chỉ mỏng...

c. Điều trị: điều trị giai đoạn cấp bằng kháng sinh, giảm đau, bồi dưỡng trong 1 tuần. Giả mạc tróc ra, trôi đi, bệnh nhân ăn được, không đau, đây là giai đoạn hết bệnh giả, bệnh nhân hay xin về hoặc trốn về. Ta phải giải thích cho gia đình để bệnh nhân được điều trị chống sẹo hẹp bằng cách để ống nông tại chỗ. Phải lưu ống nông từ 6 đến 9 tháng. Trong giai đoạn sẹo hẹp, ta phải nông thực quản với ống gôm, công tác điều trị rất vất vả và thành công có giới hạn. Trong trường hợp không thể nông được phải đưa qua ngoại khoa, đem ruột lên thay thế (by pass)

C. Bệnh từ 10 đến 15 tuổi

1. U xơ mũi họng

a. Tổng quát: Đây là khối u chắc, có nhiều hố máu, mọc từ vòm họng. Bệnh này làm cho trẻ nghẹt mũi, chảy mũi, thỉnh thoảng có chảy máu khó cầm. Khối u có thể lan ra phía trước, qua khỏi lỗ mũi sau và chiếm vùng hố chân bướm hàm, xâm lấn xoang hàm, ăn mòn xương bướm vào hộp sọ, gây chèn ép.

b. Định bệnh: Bệnh thường ở bé trai từ 12 tuổi đến tuổi dậy thì. Bệnh làm cho nghẹt mũi, sổ mũi, thỉnh thoảng chảy máu, cầm khó khăn. Bệnh nhân bị thiếu máu kinh niên vì thiếu sắt. Khám mũi bằng banh mũi có thể thấy được khối u, chạm vào dễ chảy máu. Mũi bị nghẹt chứa nhiều nước mũi, nhiều khi đục như mủ.

Khám họng bằng đèn lưỡi, ta có thể thấy khối u khi vén khẩu cái mềm. Khối u có màu hồng, chắc, nhiều thùy, rất dễ chảy máu.

Có thể khám khối u với dụng cụ nội soi qua đường mũi cũng như qua đường miệng.

CT cho thấy được kích thước khối u.

Chụp khối u có tiêm cản quang ta thấy được động mạch nuôi khối u và các động mạch nằm trong khối u.

Nếu bệnh lý quá rõ, sinh thiết không cần thiết vì rất nguy hiểm do máu chảy khó cầm. Khi sinh thiết, ta nên sinh thiết qua đường mũi để có thể nhét bấc cầm máu. Không nên sinh thiết qua đường họng.

c. Điều trị: điều trị phẫu thuật là duy nhất. Trước khi phẫu thuật nên CT hoặc MRI để biết rõ thể tích khối u và những nơi khối u đã xâm lấn, từ đó có kế hoạch dùng dụng cụ thích hợp cũng như tìm đường vào.

Nếu khối u nhỏ, ta có thể vào bằng đường khẩu cái mềm hoặc bằng đường Denker (đường mũi xoang).

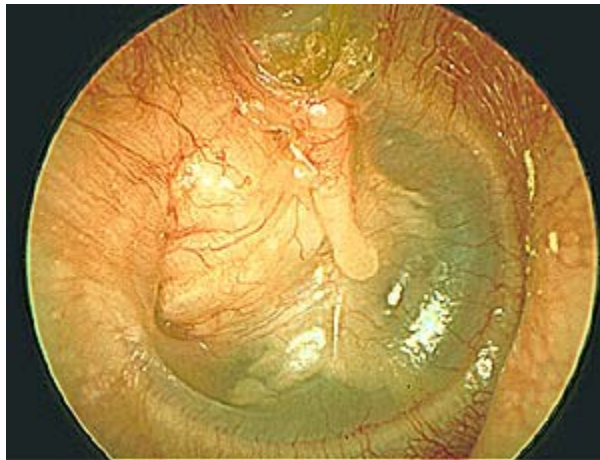
Trong trường hợp khối u to, ta phải vào bằng đường cạnh mũi.

Nếu khối u quá lớn, xâm lấn cả chân bướm hàm, hốc mũi và các xoang, ta phải tiếp cận khối u bằng phương pháp “lột găng”.

Để tránh chảy máu nhiều, ta nên hạ huyết áp chỉ huy với Nitroprussate de sodium. Có thể block động mạch nuôi với acrylic hoặc gelfoam. Bệnh nguy hiểm và dễ tái phát.

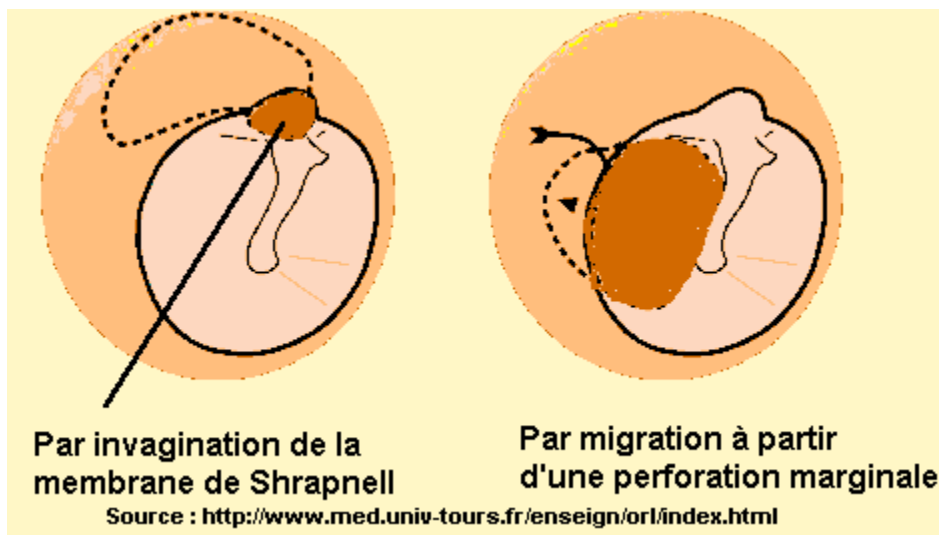
2. Viêm tai xương chũm cholesteatome và biến chứng

a. Tổng quát: Em bé bị viêm tai giữa mạn từ nhỏ, có nhiều khi trước 5 tuổi. Bệnh kéo dài dai dẳng 3-4 năm. Nếu thủng nhĩ sát rìa, có cholesteatome thành lập. Bệnh thường cho biến chứng nguy hiểm.



b. Định bệnh: Tai chảy mủ từng đợt, nước mủ hôi là **viêm tai xương chũm**. Trong trường hợp **mủ thối khắm**, trong tai đã thành lập cholesteatome. Lấy mủ tai cho vào nước, ta sẽ thấy có vầng óng ánh nổi lên, đó là cholesteatome. Khám tai, ta thấy màng nhĩ thủng rộng sát rìa, nhiều mủ hôi thối.

X quang, CT tai ta phát hiện được khối cholesteatome. Nếu không điều trị, bệnh sẽ chuyển sang biến chứng nội sọ: áp xe đại não (động kinh cục bộ hoặc toàn thân), áp xe tiểu não (bệnh nhân loạn choạng như người say rượu), viêm màng não (cổ cứng, cúi đầu cảm không thể chạm ức được), viêm xoang tĩnh mạch bên (sốt cao, rét run nhiều lần trong ngày).



c. Điều trị: Khi phát hiện viêm tai xương chũm có cholesteatome, ta phải phẫu thuật khoét rỗng đá chũm. Chần chừ bệnh sẽ gây biến chứng nội sọ nguy hiểm. Khi đã có biến chứng phải khoét rỗng đá chũm mở rộng tìm ổ viêm và dẫn lưu rộng. Bệnh nguy hiểm, dễ tử vong.

III. Kết luận:

Trên đây là một số bệnh tai mũi họng đặc trưng ở trẻ em, phần lớn là bệnh thường gặp. Ở đây chúng tôi xin trình bày thêm một số bệnh hiếm, đặc trưng của tai mũi họng nhi. Nhiễm trùng chiếm đa số. Ở lứa dưới 5 tuổi, em bé bị bệnh rất nhiều, ngoài nhiễm trùng ta còn có bệnh bẩm sinh, dị vật và viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch

22. BỆNH HỌC TAI GIỮA

1. Viêm tai giữa cấp tính

1.1 Đại cương: Viêm tai giữa cấp tính là bệnh thường gặp, nhiều nhất ở trẻ em trong nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, nhất là khi bị sởi, cúm, bạch hầu, ho gà... diễn biến trong thời gian dưới 3 tuần.

Nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp thì bệnh thường dẫn tới biến chứng nguy hiểm như:

- Viêm tai giữa mạn tính.
- Viêm tai xương chũm.
- Các biến chứng nội sọ như: viêm màng não, áp xe não.
- Các biến chứng mạch máu: viêm tắc tĩnh mạch bên.
- Liệt dây VII ngoại vi.

1.2. Phân loại.

- Viêm tai giữa cấp tính xuất tiết dịch thẫm.
- Viêm tai giữa cấp tính xung huyết.
- Viêm tai giữa cấp tính có mủ.

1.3. Viêm tai giữa cấp tính có mủ.

1.3.1. Nguyên nhân.

*** Viêm nhiễm cấp tính ở mũi họng.**

- Xuất hiện sau các bệnh như: cúm, sởi hoặc sau các bệnh như viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, viêm amidan, u vòm mũi họng.

- Nhét mèche mũi sau để quá lâu.

- Căn nguyên vi khuẩn: thường do *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*,

S. aureus.

*** Sau chấn thương:** gây rách, thủng màng nhĩ như ngoáy tai bằng vật cứng, chấn thương do tiếng nổ, sức ép...

1.3.2. Triệu chứng.

Triệu chứng của viêm tai giữa cấp tính thay đổi nhiều tùy theo nguyên nhân gây bệnh, tình trạng cơ thể. Thể điển hình của viêm tai giữa cấp tính có mủ ở trẻ em, diễn biến qua hai giai đoạn:

* **Giai đoạn khởi phát:** chưa có mủ trong hòm nhĩ.

- Toàn thân: bệnh nhân trước đó mấy ngày đang bị viêm mũi họng: chảy mũi và ngạt mũi. Đột nhiên bị sốt cao 39° - 40° C

- Cơ năng: đau tai, lúc đầu ngứa, tức ở tai, sau đau tai dữ dội, nghe kém.

- Thực thể: khám màng nhĩ bị xung huyết đỏ ở góc sau trên hoặc ở dọc cán xương búa hoặc ở vùng màng chũm (Shrapnell).

* **Giai đoạn toàn phát:**

Thường qua hai thời kỳ: thời kỳ ứ mủ và thời kỳ vỡ mủ.

Thời kỳ ứ mủ (màng nhĩ chưa vỡ):

+ Triệu chứng cơ năng:

- Sốt cao 39° C- 40° C kéo dài, thể trạng mệt mỏi, khó ngủ, sút cân... có thể co giật, mệt lả.

- Rối loạn tiêu hoá là triệu chứng thường gặp, nhất là ở hài nhi: ỉa chảy, sống phân hoặc nôn trớ, đầy bụng, kèm theo có rối loạn tiêu hoá: với tỷ lệ 70-80% trẻ nhỏ đi ngoài sống phân và đi nhiều lần, thuốc chống rối loạn tiêu hoá ít có kết quả chỉ khỏi khi giải quyết nguyên nhân viêm tai giữa.

- Đau tai: đau tai dữ dội ngày càng tăng, đau sâu trong tai, đau theo nhịp đập, đau lan ra vùng thái dương và sau tai làm cho bệnh nhân không ngủ được, em bé quấy khóc, bỏ ăn, bỏ bú, trẻ nhỏ vật vã, co giật quấy khóc, tay ngoáy vào tai đau, hoặc lắc đầu.

+ Triệu chứng thực thể:

- Khám màng nhĩ: toàn bộ màng nhĩ nề đỏ, không nhìn thấy cán xương búa, mấu gắn xương búa và nón sáng. ở mức độ nặng hơn màng nhĩ phồng lên như mặt kính đồng hồ. Điểm phồng nhất thường khu trú ở phía sau.

- Khám mũi họng: bệnh nhân đang có viêm mũi họng cấp tính.

Thời kỳ vỡ mủ (màng nhĩ bị vỡ): thường xuất hiện vào ngày thứ 4.

+ Triệu chứng cơ năng: giảm dần, hết đau tai, nhiệt độ toàn thân giảm, em bé chịu chơi, hết quấy khóc.

+ Triệu chứng thực thể: ống tai đầy mủ, lau sạch thấy lỗ thủng màng nhĩ, lỗ thủng sẽ khác nhau tùy theo màng nhĩ có được chích rạch hay không?

- Nếu chích: lỗ thủng sẽ rộng và ở góc sau dưới màng nhĩ sẽ hết phòng.

- Nếu không chích để màng nhĩ tự vỡ thì lỗ thủng có thể ở bất cứ chỗ nào, bờ dày nhám nhỏ.

1.3.3. Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng lâm sàng hai giai đoạn của bệnh

1.3.4. Biến chứng.

Có nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm tai xương chũm, viêm tai trong, viêm màng não, viêm não và liệt dây VII ngoại vi...

1.3.5. Điều trị: Tùy từng giai đoạn mà có thái độ điều trị phù hợp.

* **Giai đoạn khởi phát:** chủ yếu điều trị mũi, họng.

- Chống ngạt tắc mũi: tái lập lại sự thông thoáng của mũi và các lỗ thông mũi xoang để đảm bảo dẫn lưu cho các xoang viêm, giảm sự chênh lệch về áp lực giữa trong xoang và hốc mũi.

- Làm hết chảy mũi.

- Chống viêm nhiễm.

- Phòng tái phát viêm mũi xoang.

Cụ thể:

- Rỏ mũi: bằng các thuốc co mạch làm cho mũi thông thoáng. Trước khi rỏ mũi cần xì mũi để tống các chất xuất tiết ứ đọng trong mũi (Ephedrin, Napthasolin, dầu Gômênon) ngày rỏ từ 5-10 lần.

- Xông thuốc: bằng cách hít hơi nước nóng có mang thuốc, hơi nóng có tác dụng giảm xung huyết niêm mạc mũi, tạo điều kiện cho thuốc có thể thấm vào các khe kẽ của mũi và có thể thấm vào xoang qua các lỗ thông mũi xoang. Các thuốc dùng để xông là dầu khuynh diệp, dầu Gômênon, dầu gió thời gian xông từ 5-10 phút.

- Khí dung mũi: phải có máy khí dung. Máy tác động phân tán dung dịch thuốc thành những hạt nhỏ (từ 1-10mm) hoà tan trong không khí. Thuốc đưa vào cơ thể theo đường khí dung có tác dụng gấp 5 lần so với đường uống hoặc đường tiêm, do đó dùng liều lượng có thể giảm xuống, khối lượng dùng là 5ml.

- Lý liệu pháp: bằng tia hồng ngoại và sóng ngắn

Toàn thân:

- Kháng sinh thường được sử dụng là loại gram (+): Amoxilin, Co-trimazole hoặc Erytromycin.
- Chống viêm, giảm đau.
- Nâng đỡ cơ thể bằng các loại sinh tố

Tại tai: rửa tai Glyxerin bôrat 3%, Otipax...

*** *Giai đoạn toàn phát.***

- Luôn theo dõi và chích màng nhĩ đúng lúc: nếu bệnh nhân đến đã vỡ mủ thì phải làm thuốc tai hàng ngày: lau sạch mủ và rửa thuốc kháng sinh kết hợp với điều trị mũi, họng.
- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm.
- Nâng đỡ cơ thể.

1.4. Viêm tai giữa cấp tính xuất tiết dịch thẫm.

Viêm tai giữa cấp tính dịch thẫm ngày càng hay gặp, ở cả người lớn và trẻ em.

1.4.1. Nguyên nhân.

- + Do tắc vòi nhĩ: trẻ em thường gặp do viêm V.A quá phát. Người lớn do thay đổi áp lực không khí trong hòm nhĩ khi ở trên cao hoặc lặn xuống sâu.
- + Do cơ địa dị ứng, phản ứng quá phát các tổ chức lymphô vùng mũi, họng.

1.4.2. Triệu chứng.

- + Toàn thân: không có ảnh hưởng gì đặc biệt.
- + Cơ năng:
 - Đau tai ít gặp, thường có cảm giác tức như đứt nút tai.
 - Nghe kém rõ rệt, có thể thay đổi theo tư thế đầu và có tiếng vang (nghe tiếng nói của bản thân thay đổi giống như khi tự bịt tai rồi nói).
 - ù tai tiếng trầm, liên tục gây khó chịu.
- + Thực thể:

- Màng nhĩ lúc đầu đỏ, hơi lõm, có mạch máu nổi rõ, sau đó thấy ngấn nước hay bọt nước trong hòm nhĩ.

- Nghiệm pháp Valsalva âm tính.

1.4.3. Tiến triển và biến chứng.

+ Có thể tự khỏi khi vòi nhĩ thông trở lại, không để lại di chứng.

+ Trở thành mạn tính với dịch trong hòm nhĩ đặc hoặc thành viêm tai giữa xơ dính, với các sợi keo làm màng nhĩ dính vào thành trong, hạn chế rung động. Hiện tượng xơ dính có thể lan vào cả tai trong, hạn chế rung động.

1.4.4. Xử trí.

+ Làm thông vòi nhĩ bằng bơm hơi hay nong vòi nhĩ.

+ Chống xơ dính màng nhĩ: rửa Glyxerin bôrat 2% ấm vài lần trong ngày hoặc Hydrocortison, Alpha-chymotrypsin qua vòi nhĩ vào hòm nhĩ.

+ Đặt ống thông khí hòm nhĩ ở góc sau dưới màng nhĩ.

+ Xoa màng nhĩ: dùng bóng cao su lắp đầu ống khí vào ống tai bóp bóng nhẹ làm chuyển động cả màng nhĩ.

1.4.5. Phòng bệnh:

+ Giải quyết các nguyên nhân gây tắc vòi nhĩ như: ỵạo V.A, điều trị viêm mũi xoang.

+ Thực hiện các biện pháp phòng hộ: ặng kẹo, tự thổi hơi, thông vòi nhĩ khi có thay đổi áp lực đột ngột cho thợ lặn, làm việc trong giếng chìm, người leo núi, người đi máy bay...

1.5. Viêm tai giữa cấp tính xung huyết.

Viêm tai giữa cấp tính xung huyết còn gọi là viêm tai giữa cấp tính xuất tiết dịch rỉ, cùng loại viêm tai giữa cấp tính không có mủ, bệnh này ít khi được phát hiện vì triệu chứng nghèo nàn và bị các triệu chứng viêm đường hô hấp trên che mờ.

1.5.1. Nguyên nhân: Do viêm vòm mũi họng, bệnh hay gặp ở trẻ em vì viêm mũi, viêm V.A lan vào vòi nhĩ và làm tắc vòi gây ra xuất tiết hòm nhĩ và tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển, nhưng vi khuẩn có độc tố thấp nên ít đưa đến viêm mủ.

1.5.2. Triệu chứng.

*** Cơ năng:**

- Đau tai là triệu chứng chính và độc nhất, thỉnh thoảng đau nhói trong ít phút, đau sâu trong ống tai, đau lan xuống hàm dưới.
- Các triệu chứng khác như ù tai, giảm thính lực thường không có hoặc có rất ít không làm cho bệnh nhân để ý.
- Toàn trạng nói chung là tốt và phụ thuộc vào viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang.

*** Thực thể:**

- Màng nhĩ hồng hơn bình thường, mạch máu dọc cán xương búa xung huyết đỏ, màng nhĩ lõm, trong hòm nhĩ có ít dịch.
- Bệnh diễn biến trong thời gian ngắn, mỗi lần em bé bị viêm mũi, viêm V.A thì hiện tượng đau xuất hiện trở lại, một số trường hợp bệnh có thể chuyển thành viêm tai giữa cấp tính có mủ.

1.5.3. Điều trị.

+ Tại chỗ rất đơn giản: rửa Glyxerin bôrat 3%, Otipax vào tai 2 giờ lần.

+ Điều trị nguyên nhân: viêm mũi, viêm xoang bằng rửa mũi, khí dung mũi xoang, thông vòi nhĩ (nếu có hiện tượng tắc vòi).

Nạo V.A, phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn, cắt cuốn mũi dưới quá phát...

+ Toàn thân:

- Kháng sinh.
- Chống viêm, giảm đau.
- Sinh tố.

2. Viêm tai giữa mạn tính

2.1. Đại cương.

- Gặp ở mọi lứa tuổi.
- Thời gian chảy mủ tai trên 3 tháng.

- ảnh hưởng nhiều đến sức nghe (điếc dẫn truyền).
- Biến chứng nguy hiểm.

2.2. Phân loại.

Hiện nay chia làm 2 loại:

- Viêm tai giữa mạn tính mũ nhầy.
- Viêm tai giữa mũ mạn tính (viêm tai giữa có tổn thương xương).

2.3. Viêm tai giữa mạn tính mũ nhầy.

2.3.1. Nguyên nhân.

- Viêm tai giữa cấp tính chuyển thành: viêm mũi, họng là nguyên nhân làm cho quá trình viêm tai giữa cấp tính chuyển thành viêm tai giữa mạn tính.

- Trẻ em: viêm V.A
- Người lớn: viêm xoang, khối u đè ép vòi nhĩ.

2.3.2. Giải phẫu bệnh lý.

- Tổn thương niêm mạc: vòi nhĩ, hòm nhĩ, màng nhĩ. Niêm mạc trở nên dày (gấp 5-10 lần bình thường), đặc biệt các tế bào xương chũm làm ngừng trệ sự lưu thông tế bào xương chũm về hang chũm.

- Các tuyến nhầy quá phát và tăng tiết. Tạo nên sản phẩm là các chất mũ nhầy không thối.

2.3.3. Triệu chứng.

* **Cơ năng:** duy nhất có chảy mũ ở tai và chảy tăng lên, mỗi đợt viêm mũi, họng. Mũ đặc trong hoặc vàng kéo dài thành sợi, không tan trong nước, không thối.

* **Thực thể.**

- Lau sạch mũ quan sát thấy một lỗ thủng tồn tại 2 dạng hình quả đậu hoặc hình tròn ở màng căng, bờ nhẵn, không sát khung xương. Dùng que đầu tù móc vào không bị mắc vào xương.

- Quan sát hòm nhĩ qua lỗ thủng: nhìn thấy màu hồng, đôi khi thấy polyp chui qua lỗ thủng. Dùng que thăm dò qua lỗ thủng không chạm xương (không bao giờ có cholesteatome).

* **Cận lâm sàng.**

- Thính lực đồ: điếc dẫn truyền.

- X-quang: chụp tư thế Schuller: hình ảnh kém thông bào, không có hình ảnh viêm xương.

2.3.4. Diễn biến: diễn biến từng đợt kéo dài nhiều năm. Khi nào còn viêm mũi, họng thì còn bị viêm tai giữa, dễ dàng trở thành viêm tai giữa mủ, tiến triển đến xơ nhĩ, viêm ống tai ngoài, viêm vành tai.

2.3.5. Các thể lâm sàng.

- Viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín.

- Xơ nhĩ: không thủng màng nhĩ, không chảy nước tai ra ngoài, viêm mũi họng mạn tính kéo dài, tái diễn, nghiệm pháp Valsalva (-). Màng nhĩ lõm, cán xương búa nằm ngang, mấu ngăn xương búa nhô ra, tam giác sáng thu hẹp lại.

2.3.6. Điều trị.

*** *Tại chỗ.***

- Lau, rửa sạch mủ.

- Rửa thuốc làm se niêm mạc.

- Rửa vào tai hỗn dịch: Cloramphenicol và hydrocortison.

- Hòm nhĩ đóng kín: tiêm vào 0,5 ml Hydrocortison hoặc Alpha-Chymotrypsin.

- Có thể nhỏ bằng chất đắng: Becberin, bạch hoa xà...

- Phẫu thuật mở thưng nhĩ dẫn lưu.

*** *Điều trị mũi họng.***

- Nạo V.A

- Cắt amidan

- Giải quyết u xơ vòm mũi họng.

2.4. Viêm tai giữa mủ mạn tính.

2.4.1. Đặc điểm.

- Hay gặp biến chứng vì có tổn thương xương.

- Hay có cholesteatome.

2.4.2. Giải phẫu bệnh lý: tổn thương niêm mạc ở hang chũm và thượng nhĩ là chủ yếu:

- Niêm mạc sùi sùi nhiều nụ hạt thoái hoá thành polyp.
- Lớp biểu mô ngoài bị mất.
- Dưới lớp niêm mạc sùi là xương viêm, xương viêm ở hòm nhĩ có thể lên trần thượng nhĩ, mê nhĩ.
- Cholesteatome: là khối màu trắng giống như bã đậu, gồm nhiều tế bào biểu mô, lẫn các chất mỡ và cholesterol. Lớp màng bao phủ lên bề ngoài là lớp biểu mô lát dính sát vào tổ chức liên kết mỏng có chứa men collagenase. Nó có khả năng tiêu xương rất mạnh. Khối cholesteatome phát triển đến đâu phá huỷ xương đến đó. Có 2 loại khô và ướt (loại ướt thối).

2.4.3. Triệu chứng.

*** Cơ năng.**

- Chảy mủ tai, mủ đặc, loãng, vón cục màu vàng hoặc xanh đôi khi lẫn máu. Mùi thối khẳn, cầy có nhiều vi khuẩn (yếm khí) vi khuẩn từ ngoài vào qua lỗ thủng màng nhĩ.
- Nghe kém: điếc dẫn truyền tiến triển nặng dẫn đến điếc hỗn hợp.
- ù tai: như tiếng xay lúa, tiếng trầm.
- Đau tai, đau tăng mỗi đợt hồi viêm

*** Thực thể.**

- Mủ: thối, tan trong nước, nổi vầng khi có cholesteatome, màu vàng xanh.
- Quan sát lỗ thủng: thường ở góc sau trên, nhỏ, thường ăn sát khung xương. Có trường hợp thủng toàn bộ màng nhĩ, cũng sát khung xương. Bờ lỗ thủng xù xì, nhám nhở, đáy lỗ thủng gồ ghề, quá phát.
- * **X-quang:** phim tư thế Schuller: hình ảnh kém thông bào, xương chũm không bị tổn thương, hình ảnh cholesteatome (nếu có).

2.4.4. Diễn biến.

- Tự khỏi: nhưng rất hiếm.
- Bệnh kéo dài, dai dẳng đến hết cuộc đời không gây biến chứng.
- Bệnh gây nên biến chứng sau các đợt hồi viêm.

- Xơ nhĩ, cứng các khớp tiểu cốt.
- Để lại lỗ thủng màng nhĩ không liền.

2.4.5. Các thể lâm sàng.

- Thủng màng chũm: lỗ thủng nhỏ ngay trên mấu ngấn xương búa, thính lực giảm nhẹ.
- Thủng ở trước trên: viêm khoang trước của thượng nhĩ gây viêm đầu xương búa.
- Thủng ở sau trên: giảm thính lực nhiều vì tổn thương hệ thống xương con.

2.4.6. Điều trị.

- Điều trị triệt để viêm mũi họng.
- Lau, rửa sạch mủ bằng oxy già.
- Rỏ thuốc làm se niêm mạc.
- Rỏ vào tai hỗn dịch: Cloramphenicol và hydrocortison.
- Điều trị phẫu thuật: dẫn lưu, lấy bệnh tích, phục hồi chức năng.

Các phương pháp phẫu thuật dẫn lưu, lấy bệnh tích:

- Mở hang chũm-thượng nhĩ.
- Dẫn lưu thượng nhĩ.
- Tiết căn xương chũm.

Nguyên tắc phẫu thuật phục hồi thính lực:

- Vá màng nhĩ đơn thuần.
- Phẫu thuật hang chũm- thượng nhĩ, vá nhĩ
- Phẫu thuật hang chũm- thượng nhĩ, vá nhĩ, chỉnh hình chuỗi xương con.

23. BỆNH HỌC XƯƠNG CHŨM

1. Viêm xương chũm cấp tính

Bao gồm:

- Viêm xương chũm cấp tính không xuất ngoại.
- Viêm xương chũm cấp tính xuất ngoại.
- Viêm xương chũm cấp tính tiềm ẩn.

1.1. Viêm xương chũm cấp tính không xuất ngoại.**1.1.1. Nguyên nhân.**

- Do viêm tai giữa không được điều trị triệt để.
- Biến chứng của viêm tai giữa cấp tính (các trường hợp viêm tai giữa hoại tử và ở hài nhi sức đề kháng yếu).
- Biến chứng của viêm tai giữa mạn tính.
- Viêm tai giữa sau các bệnh: cúm, sởi, bạch hầu và ho gà.

Điều kiện thuận lợi:

- Những cơ thể có sức đề kháng yếu.
- Độc tố vi khuẩn mạnh.
- Xương chũm là loại thông bào.

1.1.2. Giải phẫu bệnh lý.

- Phù nề niêm mạc và màng xương, các nhóm tế bào khí của xương chũm bị phá huỷ, toàn bộ các vách ngăn tế bào khí bị phá huỷ và thông với nhau tạo thành một túi mủ lớn trong chứa đầy tổ chức hạt viêm và xương hoại tử. Sự phá huỷ này có thể vượt qua giới hạn xương chũm phá vào xoang tĩnh mạch bên.
- Gây viêm tắc tĩnh mạch bên, nhiễm trùng huyết.
- Vào phần tiểu não gây áp xe tiểu não.
- Qua trần hang chũm vào đại não gây nên áp xe não và viêm màng não.
- Có thể phá huỷ thành ống tai xương gây xuất ngoại vào ống tai.
- Vào mê nhĩ gây viêm mê nhĩ và viêm xương đá.

1.1.3. Triệu chứng.

*** Toàn thân:**

- Sốt 39⁰C- 40⁰C kéo dài, thể trạng suy nhược, mệt mỏi, nhiễm trùng, nhiễm độc (gặp trong viêm tai giữa chảy mủ quá 2 tuần không thấy khỏi các triệu chứng thậm chí còn có diễn biến nghiêm trọng hơn như sốt cao hơn, đau tai hơn, mủ chảy ra đặc hơn và có mùi thối).

- Ở hải nhi có thể thấy co giật, thóp phồng giống như viêm màng não.

*** Cơ năng:**

- Đau tai: là triệu chứng chính, đau tăng dữ dội, đau sâu trong tai lan ra vùng chũm và vùng thái dương.

- Nghe kém kiểu dẫn truyền.

- Ù tai.

- Chóng mặt nhẹ.

*** Thực thể:**

- Mặt chũm thường nề đỏ, ấn vào đau.

- Mủ tai: đặc có mùi thối khẳn, có màu xanh hoặc vàng đôi khi có lẫn máu.

- Màng nhĩ: (quan sát được sau khi lau sạch mủ tai) nề đỏ, lỗ thủng thường sát khung xương, bờ nhám nhở, đáy lỗ thủng phù nề xung huyết, đôi khi bị xơ hóa.

*** X-quang:** tư thế Schuller: các vách thông bào của các nhóm thông bào đầy, bị mờ do sự phá huỷ các nhóm tế bào xương chũm, có những đám bị mất vách xương biến thành các hốc rộng.

1.1.4. Tiến triển và biến chứng: viêm xương chũm cấp tính khó có thể tự khỏi, nếu không được điều trị sẽ đưa tới viêm xương chũm mạn tính, viêm xương chũm xuất ngoại và có thể đưa tới các biến chứng hiểm nghèo.

Các biến chứng thường gặp là:

- Viêm xương hay cốt tuỷ viêm xương thái dương, xương đá hay xương chẩm với hội chứng nhiễm khuẩn nặng.

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

- Viêm mê nhĩ.

- Các biến chứng nội sọ như: viêm màng não, áp xe não hay viêm tĩnh mạch bên.

1.1.5. Điều trị.

- Mổ cấp cứu là phương pháp duy nhất.
- Kháng sinh liều cao toàn thân bằng đường tiêm truyền chỉ làm giảm triệu chứng.

1.1.6. Phòng bệnh.

- Điều trị tích cực các nguyên nhân gây viêm tai giữa: điều trị viêm mũi họng, nạo V.A.
- Điều trị tích cực viêm tai giữa mạn tính.
- Theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng.

1.2. Viêm xương chũm cấp tính xuất ngoại.

Có thể gặp các hình thái sau:

- Sưng sau tai, vùng xương chũm làm vểnh tai ra phía trước và xuống dưới.
- Sưng trên tai lan ra vùng thái dương, có thể làm khít hàm hoặc phù nề mi mắt.
- Sưng ở vùng mỏm chũm lan ra phần trên cổ...

1.3. Viêm xương chũm cấp tính tiềm ẩn: Hay gặp ở trẻ em có tiền sử viêm tai giữa tái phát nhiều lần, mặc dù đã nạo V.A trẻ vẫn ốm vặt, không lên cân... không có lý do nào khác, khám tai: màng nhĩ dày đục và biểu hiện bằng trạng thái nhiễm độc thần kinh.

2. Viêm xương chũm mạn tính

2.1. Đại cương.

Chảy tai lâu ngày, nghe kém là hai triệu chứng chủ yếu. Màng nhĩ bị thủng, hệ xương con bị hư hỏng, tế bào chũm bị viêm. Nếu có cholesteatome thì dễ dàng gây biến chứng và tái phát. Chụp phim X-quang xương chũm có thể thấy các hình ảnh bệnh lý.

Viêm xương chũm mạn tính hồi viêm là đợt viêm cấp tính với các biểu hiện giống như viêm xương chũm cấp tính, dễ gây ra các biến chứng nguy hiểm.

Bao gồm:

- Viêm xương chũm mạn tính thông thường.

- Viêm xương chũm mạn tính hồi viêm.
- Viêm xương chũm mạn tính có cholesteatome.

2.2. Viêm xương chũm mạn tính thông thường.

2.2.1. Nguyên nhân.

- Viêm tai giữa mủ mạn tính kéo dài.
- Do viêm xương chũm cấp tính không được điều trị triệt để.

Điều kiện thuận lợi:

- Những cơ thể có sức đề kháng yếu.
- Viêm tai giữa sau chấn thương.
- Xương chũm là loại ít thông bào.

2.2.2. Triệu chứng.

* **Cơ năng:** giống như viêm tai giữa mủ mạn tính nhưng ở mức độ nặng hơn.

- Đau tai, đau âm ỉ đau lan ra nửa đầu bên bệnh.
- Nghe kém tăng lên rõ rệt: nghe kém kiểu dẫn truyền.
- Ù tai.
- Chóng mặt.

* **Thực thể:**

- Chảy mủ tai thường xuyên là triệu chứng chính, mủ đặc, mùi thối khẳn.
- Soi tai: lỗ thủng thường rộng, bờ nham nhở, sát khung xương, có thể thấy polyp ở trong hòm nhĩ hoặc thấy cholesteatome. Có nhiều mủ thối, có thể có các mảnh trắng của cholesteatome.

* **X-quang tư thế Schuller:** xương chũm bị mất các thông bào, hình ảnh đặc xương hoặc tiêu xương (hình tròn đa vòng: trong viêm xương chũm mạn tính có cholesteatome).

2.2.3. Tiến triển và biến chứng: Viêm xương chũm mạn tính khó tự khỏi, thường đưa tới các đợt hồi viêm, xuất ngoại. Ngày nay do sự phát triển của kháng sinh, nên các biến chứng như: liệt mặt ngoại biên do tổn thương dây thần kinh số VII, viêm mê nhĩ, các biến chứng nội sọ như viêm màng não, áp xe não hay viêm tĩnh mạch bên đã giảm đi đáng kể...

2.2.4. Điều trị: Khuynh hướng hiện nay là phẫu thuật sớm để bảo tồn sức nghe và tránh các biến chứng.

2.3. Viêm xương chũm mạn tính hồi viêm: Một đợt viêm cấp tính trên một bệnh nhân có viêm xương chũm mạn tính và đe dọa có biến chứng.

2.3.1. Triệu chứng.

*** Toàn thân:**

- Sốt cao, kéo dài.
- Thể trạng mệt mỏi, nhiễm khuẩn.

*** Cơ năng:**

- Đau tai ngày càng tăng dữ dội, đau lan ra nửa đầu, đau thành cơn dùng thuốc giảm đau không tác dụng.

- Nghe kém tăng.

- Ù tai.

- Chóng mặt

*** Thực thể:**

- Chảy mủ tai tăng nhiều hơn trước, mủ đặc, mùi thối khắm.

- Vùng xương chũm sau tai nề tấy đỏ, ấn đau.

- Soi màng nhĩ, lỗ thủng rộng, bờ sát xương, đáy hòm nhĩ đỏ xung huyết, có thể nhìn thấy thành sau ống tai bị sập.

*** X-quang:** tư thế Schuller thấy hình ảnh:

- Mờ đặc mất hết các thông bào.

- Hoặc có những vùng sáng do bị mất xương.

- Có thể thấy hình ảnh cholesteatome vùng sáng tròn không đều, bờ rõ chung quanh mờ đặc.

2.3.2. Chẩn đoán.

*** Chẩn đoán xác định:**

- Dựa vào tiền sử chảy mủ tai (chảy thường xuyên đặc và thối).

- Đau tai, nhức đầu lan ra vùng thái dương.
- Nghe kém tăng nhanh rõ.
- Cần khám tai chính xác đầy đủ và tỉ mỉ.
- Chụp điện quang các tư thế chính: Schuller, Chaussé III.

*** *Chẩn đoán phân biệt:***

- Viêm tai giữa có phản ứng hang chũm (ấn vào vùng xương chũm đau nhưng mủ mũi không thối). Hình ảnh X- quang bình thường.
- Nhọt hay viêm tấy ống tai ngoài.
- Viêm xương chũm cấp tính.
- Viêm tấy hạch, tổ chức bạch mạch sau tai.

2.3.3. Biến chứng.

- * Cốt tuỷ viêm xương đá hoặc xương thái dương.
- * Liệt mặt.
- * Áp xe đại não và tiểu não.
- * Viêm màng não.
- * Biến chứng viêm tĩnh mạch bên, nhiễm khuẩn huyết.
- * Biến chứng viêm mê nhĩ.
- * Biến chứng xuất ngoại.

+ *Xuất ngoại sau tai thường gặp nhất có các dấu hiệu:*

- Sưng tấy vùng chũm sau tai.
- Vành tai bị đẩy vênh ra phía trước.
- Mất nếp rãnh sau tai, gọi là dấu hiệu Jacques.
- Ấn vùng chũm thấy mềm, lũng nhùng và có phản ứng đau rõ.

+ *Xuất ngoại mỏm chũm (thể Bezold):* thường gặp ở người lớn, sưng phồng vùng cơ bên dưới chũm, cơ ức đòn chũm. Quay cổ đau, gây ngoẹo cổ, ấn vào vùng mỏm chũm đau rõ.

+ **Xuất ngoại vùng thái dương, thái dương gò má thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 12 tháng:**

- Sưng tấy vùng thái dương phía trên hoặc trên trước tai.
- Vành tai như bị đẩy xuống dưới và ra ngoài.
- Thành trên sau ống tai hay bị sập.

+ **Xuất ngoại vào ống tai (thể Gellé):** có lỗ dò ở thành sau phần xương của ống tai ngoài sát phần màng nhĩ dùng móc thăm dò mới thấy:

- Mủ chảy ra theo lỗ dò xương.
- Dễ gây liệt mặt.

+ **Xuất ngoại nền chũm (thể Mouret):** hiếm gặp vì xuất ngoại trong sâu nên các dấu hiệu không rõ xuất hiện chậm.

- Mủ thường lan xa tới vùng góc hàm, gáy, trong họng.
- Dễ gây biến chứng viêm tắc tĩnh mạch.

2.3.4. Điều trị.

- Phẫu thuật tiết căn xương chũm, giải quyết biến chứng.
- Kháng sinh liều cao.
- Nâng đỡ cơ thể.

3. Viêm xương chũm mạn tính có cholesteatome

Trong viêm tai giữa và viêm xương chũm, cholesteatome là một loại bệnh tích đặc biệt cần lưu ý đến vì :

- Phá huỷ xương rất nhanh và mạnh nên làm suy giảm sức nghe rõ rệt và dễ đưa tới biến chứng.
- Hầu như chỉ gặp trong bệnh học tai xương chũm, đặc biệt ở nước ta gặp với tỷ lệ cao.

3.1. Bệnh sinh: Tuy cholesteatome được biết đến từ lâu nhưng cho đến nay về bệnh sinh vẫn chưa rõ rệt. Các thuyết được nhắc đến là:

+ Thuyết nguyên phát: cho là cholesteatome sinh ra từ các mảnh ngoại bì của bào thai còn lại, do đó đôi khi thấy cholesteatome khu trú trong xương đá mà không có tổn thương ở xương chũm, thực ra những trường hợp này rất hiếm gặp.

+ Thuyết thứ phát.

- Do viêm kích thích làm biến đổi lớp biểu mô của hòm nhĩ thành cholesteatome, hiện nay ít được nhắc tới.

- Do di nhập: lớp biểu bì ở ống tai và màng nhĩ qua lỗ thủng màng nhĩ di nhập vào, sừng hoá thành cholesteatome. Do đó thường thấy cholesteatome khi thủng ở góc sau trên, màng chũm hay thủng rộng sát khung xương ở màng căng, đặc biệt khi vòi Eustachi bị tắc làm cho màng chũm bị lõm vào dễ gây nên sự di nhập.

3.2. Giải phẫu bệnh lý: Cholesteatome như một u bọc.

+ Bên ngoài là lớp vỏ khá dày, dai, màu trắng gồm 2 lớp: lớp biểu mô lát, dính sát vào lớp tổ chức liên kết, ở giữa có các tinh thể cholesterin nên thấy trắng sáng óng ánh. Người ta cho là chính lớp vỏ này ăn lấn và làm tiêu huỷ xương nên gọi là màng mái (matrice).

+ Bên trong là khối mềm, trắng như bã đậu gồm có những tế bào biểu mô lẫn với các tế bào mỡ và chất cholesterin.

Khối cholesteatome có thể khô, không mùi nhưng thường lẫn với mủ, khi đó có mùi thối khắm.

3.3. Chẩn đoán.

Khi có cholesteatome thường thấy các triệu chứng:

+ Nghe kém rõ rệt, trong cả các trường hợp lỗ thủng ở màng nhĩ nhỏ. Nghe kém do khối cholesteatome làm cản trở dao động của chuỗi xương con hoặc làm gián đoạn sự dẫn truyền âm do các xương con bị tiêu huỷ.

+ Chảy mủ thối: trong các viêm tai, xương chũm có cholesteatome mủ có thể chảy nhiều hay ít nhưng bao giờ cũng có mùi thối khắm, rất khó chịu. Điển hình thấy mủ lẩn nhẩn trắng như bã đậu, có các mảnh trắng, sáng óng ánh như xà cừ do vỏ khối cholesteatome vỡ ra, khi thả vào nước nổi vàng óng ánh như váng mỡ, thả vào dung dịch aldehyt acetic làm biến thành màu xanh.

+ Thủng góc sau trên: cholesteatome thường thấy ở các trường hợp có lỗ thủng nhỏ ở phía sau màng chũm, đặc biệt có lỗ thủng ở góc sau trên màng nhĩ: lỗ thủng ở sát khung xương, có thể ăn sâu một phần da ống tai ở rìa lỗ thủng. Lỗ thủng thường do đám mủ đặc hay vảy che lấp nên khó phát hiện.

Nếu màng nhĩ thủng rộng hay toàn bộ, bờ lỗ thủng sát khung xương, nhám nhở, đáy lỗ thủng có lớp màng trắng, sáng óng ánh.

+ X-quang: trên phim Schuller hay Chaussé III có thể thấy hình ảnh cholesteatome thể hiện qua một vùng sáng không đều, lờn vờn như mây, khói, thường có hình tròn, bờ bao quanh đậm nét trên một xương chũm bị mờ đặc các thông bào.

Phần lớn các thể viêm xương chũm hồi viêm, xuất ngoại hay có các biến chứng như đã nêu đều có bệnh tích cholesteatome.

3.4. Xử trí.

* **Phẫu thuật:** vì cholesteatome phá huỷ xương nhanh và mạnh, dễ đưa tới các biến chứng, làm suy giảm sức nghe rõ rệt, nếu phẫu thuật không lấy được hết lại tái phát rất nhanh, do đó cần làm:

+ Phẫu thuật tiết căn: khi khối xương con đã bị huỷ hoại, khối cholesteatome có cả ở hòm nhĩ và xương chũm. Cần lưu ý: cholesteatome thường ăn lấn thành các hốc nhỏ trong xương nên khi phẫu thuật cần lấy hết lớp màng mái (vỏ cholesteatome), mở thông các hốc xương, dẫn lưu rộng.

+ Mở xương chũm phối hợp: khi khối cholesteatome khu trú. Sau khi mở sào bào thượng nhĩ lấy hết cholesteatome cần mở thêm khuyết ở thanh sau hòm nhĩ để có thể kiểm tra được hòm nhĩ vì cholesteatome thường hay có ở hòm nhĩ.

* **Bảo tồn:** chỉ thực hiện khi khối cholesteatome khô, nhỏ, khu trú rõ.

Phải bảo đảm:

+ Lấy được hết cholesteatome qua rửa, hút, chú ý lấy hết lớp vỏ.

+ Để lỗ thủng dẫn lưu được tốt, không bị vảy hay polyp che lấp.

+ Đốt tổ chức sùi ở da rìa lỗ thủng bằng (nitrat) bạc để đảm bảo không bị tái phát.

24. BỆNH HỌC TAI TRONG

1. Hội chứng tiền đình.

1.1. Hội chứng ốc tai-tiền đình rỗng:

1.1.1. Nguyên nhân:

Viêm màng nhện: có nhiều thể: thể viêm dính gập sau phẫu thuật tai-xương chũm khi đã ổn định, thể viêm nang và thể giả u.

U dây thần kinh thính giác (VIII).

Viêm dây thần kinh thính giác do virút (cúm, quai bị..) hay do giang mai...

Nhiễm độc do rượu, hoá chất như CO, chì...

1.1.2. Triệu chứng.

Bao gồm các hội chứng:

*Hội chứng tiền đình:

Chóng mặt rõ rệt, có cơn bộc phát, kèm theo ù tai.

Rung giật nhãn cầu tự phát loại ngang-xoay hướng về bên tai lành, không chỉ xuất hiện trong mà có thể cả ngoài cơn chóng mặt.

Khám tiền đình: trả lời hoà hợp, thể ngoại biên nhưng với vài hiện tượng kiểu trung ương như nghiệm pháp Romberg không bị ảnh hưởng khi thay đổi tư thế đầu, nghiệm pháp ngón trở chỉ lệch một tay cùng bên lành.

*Hội chứng ốc tai: nghe kém thể tiếp âm, không có hiện tượng hồi thính.

*Hội chứng thần kinh:

Nhức đầu liên tục, có cơn bộc phát thường ở vùng chẩm-đỉnh.

Có rối loạn trương lực cơ, nhưng rối loạn thăng bằng và hội chứng tiểu não không rõ.

1.1.3. Xử trí.

Tùy theo nguyên nhân:

Nội khoa:

Do nhiễm độc: loại bỏ chất độc, cho huyết thanh ngọt ưu trương, kháng histamin, corticoid.

Do viêm thần kinh thính giác, viêm màng nhện: chống viêm, chống phù nề bằng corticoid, kháng sinh.

Ngoại khoa: u dây thần kinh thính giác: lấy bỏ khối u theo đường tai-mê nhĩ khi khối u còn nhỏ, ở ống tai trong. Theo đường sọ não khi khối u đã phát triển vào nội sọ.

1.2. Hội chứng tiền đình trung ương.

1.2.1. Nguyên nhân.

Thương tổn các nhân tiền đình hay những đường liên lạc giữa các nhân tiền đình.

U hay áp xe tiểu não.

U ở hành não, cầu não hay củ não sinh tư.

U dây thần kinh thính giác khi đã lan đến góc cầu-tiểu não.

Thoái hoá tổ chức não, hành não.

1.2.2. Triệu chứng.

*Hội chứng suy giảm:

Chóng mặt không rõ rệt như trong hội chứng tiền đình rỗng.

Mất thăng bằng nhẹ, không tương xứng với cảm giác chủ quan của người bệnh.

Rung giật nhãn cầu bao giờ cũng có.

Các nghiệm pháp gây ra thể hiện: không hài hòa, thiếu sót, từng mảng.

*Hội chứng kích thích:

Chóng mặt nhẹ, trong khi mất thăng bằng rõ rệt.

Rung giật nhãn cầu thường không có hay khi có, khi không.

Các nghiệm pháp gây ra thể hiện quá kích thích, không đầy đủ.

2. Điếc.

Đối với thầy thuốc Tai Mũi Họng, điếc là giảm sút sức nghe ít hoặc nhiều: giảm sút sức nghe dù ít cũng cần khám tai và đo sức nghe vì có khi là bắt đầu một bệnh nặng như u dây thần kinh VIII.

2.1. Điếc nghề nghiệp.

Công nhân làm việc nơi có tiếng ồn cần khám định kỳ để phát hiện sớm điếc nghề nghiệp, lúc đầu chưa có ảnh hưởng đến giao tiếp. Điếc nghề nghiệp là loại điếc không hồi phục nên cần phát hiện và xử lý sớm.

2.2. Điếc trẻ em.

Điếc nặng trên 80 dB (đêxiben) chiếm 1% số trẻ em. Nếu trẻ em không biết "hóng chuyện", "ừ à bập bẹ", "chậm nói". Do đó cần phát hiện trẻ em bị điếc càng sớm càng tốt để đeo máy trước 2 tuổi. Đeo máy chậm ảnh hưởng tới khả năng nghe, phát âm, tâm lý, tình cảm của trẻ. Điếc nặng không đeo máy sẽ trở thành "câm" ảnh hưởng tới sự phát triển trí tuệ và tính cách của trẻ.

2.3. Điếc đột ngột.

Điếc xuất hiện đột ngột. Là loại điếc tiếp nhận thường một bên tai có khi hai bên tai, hay gặp ở người trung niên, khó tìm thấy nguyên nhân ngay từ đầu.

Điều trị: nằm nghỉ tại giường, truyền dung dịch ưu trương, thuốc dẫn mạch như: divascol, papaverin, có thể dùng corticoid. Cần loại trừ các nguyên nhân: bệnh xơ cứng rải rác, đái đường, giang mai, bệnh bạch cầu mạn, u dây thần kinh số VIII, có trường hợp do thuốc, bệnh do virút, các bệnh mạch máu...

25. BIẾN CHỨNG VIÊM XƯƠNG CHŨM

1. Liệt mặt.

Đặc điểm:

- Viêm tai, viêm tai xương chũm cấp và mãn tính đều có thể gây ra liệt mặt thể ngoại biên.
- Liệt vận động các cơ mặt thể hiện rất khác nhau. Ở thể nhẹ nhất, lúc biểu thị thái độ nét mặt mới thấy mặt mất cân xứng và khép mi không thật kín. Thể nặng: liệt hoàn toàn, mất các nếp nhăn trán, rãnh mũi má, nhân trung lệch, cười, khóc... mồm méo xệch về bên phía lành, mắt phía bên liệt nhắm không kín "con mắt dã tràng" (dấu hiệu Charles Bell).

Điều trị:

- Viêm tai giữa cấp tính: trích rạch màng nhĩ.
- Viêm tai xương chũm cấp và mãn tính: mổ xương chũm.
- Trong mọi trường hợp ghi và đánh giá mức độ liệt từ đầu, theo dõi chuyển biến của mức độ liệt nếu không hoặc nặng thêm thì gửi đi khám chuyên khoa.

2. Áp xe ngoài màng cứng.

Bệnh nhân bị viêm tai xương chũm, nhức đầu kéo dài. Thường là phát hiện áp xe ngoài màng cứng trong khi phẫu thuật.

Điều trị: Mổ xương chũm, tháo mũ ổ áp xe.

3. Áp xe đại não và tiểu não.

Là biến chứng nguy hiểm, tử vong còn cao, xác định còn khó khăn vì triệu chứng thường không đầy đủ và nếu đầy đủ thì đã muộn.

Tập chứng Bergmann gồm ba hội chứng sau đây:

- Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, bạch cầu tăng, gày sút.
- Hội chứng tăng áp lực nội sọ: nhức đầu dữ dội hoặc âm ỉ dai dẳng. Tinh thần trì trệ, lơ mơ, nửa tỉnh nửa mê hoặc hôn mê.
- Hội chứng tổn thương thần kinh khu trú.

Ngoài ra còn có hội chứng màng não: Cứng gáy, Kernig, nôn mửa. Chọc dò nước não tủy (rất thận trọng): áp lực tăng. Soi đáy mắt có thể thấy phù nề gai thị. Chóng mặt, mạch chậm (báo hiệu bệnh nặng).

Áp xe đại não: Triệu chứng thường ở bên đối diện, biểu hiện thường là cơn động kinh Bravais, Jackson (bắt đầu co giật một bộ phận, tiến tới co giật toàn thể) liệt một chi. Liệt nửa người, mất ngôn ngữ.

Áp xe tiểu não: Triệu chứng thường ở cùng bên, trương lực cơ giảm, động tác thiếu chính xác, rối tầm, quá tầm, mất liên động. Ngoài ra còn chóng mặt, loạng choạng, động mắt, bệnh nhân gày sút nhiều và nhanh, nhức đầu thường vùng gáy.

Chú ý: Áp xe não nhiều khi không có mấy triệu chứng vì triệu chứng phần lớn phụ thuộc vào mức độ phù nề như tụt kẹt tiểu não vào lỗ chẩm, chèn ép hành não, chết đột ngột nếu không cấp cứu ngay lập tức. Ngày nay với chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ giúp cho chẩn đoán dễ dàng hơn.

Điều trị:

- Mổ chọc hút hoặc dẫn lưu áp xe là phương pháp có hiệu quả nhất. Có khi lấy toàn bộ áp xe cùng với mô xương chũm.
- Chống phù nề não bằng tiêm truyền dung dịch Glucose ưu trương, Magnesie trương, Maniton 10-20%, Magnesie sunphat 15%.
- Kháng sinh liều cao (ái khí và kỵ khí).
- Theo dõi chặt chẽ mạch, nhiệt độ, nhịp thở... có chế độ hộ lý đặc biệt nhất là khi hôn mê, liệt.

4. Viêm màng não.

Triệu chứng:

- Sốt cao, nhức đầu, nôn mửa, chóng mặt, mê sảng, ly bì hoặc giãy giụa. Trẻ em thường co giật.
- Hội chứng màng não: cứng gáy, Kernig(+).
- Chọc dò dịch não tủy: áp lực cao, tế bào tăng, Albumin tăng, đường giảm.

Chú ý: Mỗi khi viêm tai xương chũm có biến chứng màng não, luôn luôn đặt vấn đề: có áp xe não không? có đi kèm viêm tắc tĩnh mạch, viêm mê nhĩ không?

Điều trị: Viêm tai xương chũm có phản ứng màng não thì gửi đi khám chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5. Biến chứng viêm tĩnh mạch bên, nhiễm khuẩn huyết.

Triệu chứng:

- Sốt cao từng cơn, nhiệt biểu hình nhiều mũi nhọn.
- Ấn phía sau xương chũm rất đau. Nếu tắc mạch lan đến tĩnh mạch cảnh trong thì vùng rãnh cảnh sưng nề, ấn đau.
- Bạch cầu trong máu tăng cao.
- Nghiệm pháp Queckenstedt - Stockey: chọc dò dịch não tủy ấn tĩnh mạch cảnh trong: trường hợp tắc mạch, áp lực dịch não tủy không tăng, trường hợp không tắc mạch áp lực dịch não tủy tăng lên.

Điều trị:

- Mổ xương chũm.
- Kháng sinh liều cao.
- Thắt tĩnh mạch cảnh trong.
- Theo dõi các biến chứng nhiễm khuẩn di căn, như: áp xe phổi, gan...

6. Biến chứng viêm mê nhĩ.

Có thể xảy ra sau viêm tai giữa cấp tính hoặc viêm tai giữa mạn tính có cholesteatome, nhất là khi hồi viêm.

Triệu chứng:

- Chóng mặt.
- Điếc kiểu tiếp nhận, ù tai.
- Động mắt.

Điều trị:

- Viêm mê nhĩ thanh dịch triệu chứng lâm sàng thường nhẹ hơn: kháng sinh, corticoid.
- Viêm mê nhĩ mủ: mổ xương chũm, kháng sinh. Có trường hợp phải phá hủy mê nhĩ.

Chú ý: Viêm mê nhĩ có thể gây ra viêm màng não thông qua ống tai trong. Ngược lại viêm màng não cũng có thể gây ra viêm mê nhĩ, dẫn tới điếc nặng một hoặc cả hai bên.

26. VIÊM AMIDAN

1. Đại cương

Amidan là một trong những khối bạch huyết thuộc vòng Waldeyer của vùng họng, chúng nằm ở ngã tư giữa đường ăn và đường thở.

Trong lớp dưới niêm mạc của vùng họng mũi và vùng họng miệng có một hệ thống tổ chức bạch huyết rất phong phú, trong đó có những vùng mà tổ chức bạch huyết này tập trung thành những khối theo một vòng tròn ở mặt trước của họng gọi là vòng bạch huyết Waldeyer, gồm: amidan vòm hay còn gọi là VA, amidan vòm, amidan khẩu cái, và amidan đáy lưỡi.

VA và Amidan lúc đẻ ra đã có và là tổ chức bình thường của con người, chúng phát triển ở giai đoạn trẻ nhỏ và thiếu nhi rồi teo nhỏ dần ở người lớn.

Viêm VA thường gặp nhiều ở lứa tuổi từ 2 đến 6 tuổi (lứa tuổi nhà trẻ và mẫu giáo). Tuy nhiên cũng có thể gặp viêm VA ở hài nhi hay người lớn.

Viêm A thường gặp nhiều ở lứa tuổi lớn hơn, chủ yếu ở lứa tuổi 6 đến 18 tuổi (lứa tuổi học phổ thông).

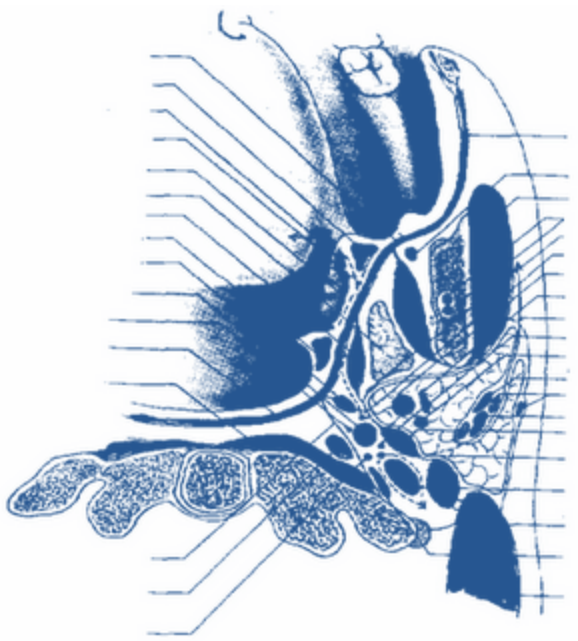
Tỉ lệ viêm VA và viêm A ở nước ta khoảng 30%.

Viêm VA và viêm amidan có thể gây nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, lao động, học tập...

2. Sinh lý amidan – vai trò của vòng Waldeyer

Vòng Waldeyer nói riêng và tổ chức lympho của vùng mũi họng nói chung có vai trò bảo vệ cơ thể thông qua cơ chế miễn dịch: tạo ra miễn dịch tế bào nhờ các lympho T, tạo ra miễn dịch thể dịch nhờ vào các lympho B gây chuyển dạng tương bào sản xuất ra các globulin miễn dịch G.A.M.D.E.

Viêm amidan không biến chứng ở trẻ em là quá trình có lợi cho cơ thể vì giúp cho cơ thể hình thành sự miễn dịch cần thiết, chúng chỉ trở thành bệnh lý khi tái phát thường xuyên hoặc có biến chứng.



Thiết đồ cắt ngang qua amidan khẩu cái và khoảng hàm họng

Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. "Oropharynx, hypopharynx, larynx".

3. Nguyên nhân viêm Amidan

3.1. Viêm nhiễm

- Do bị lạnh, các vi khuẩn và virus có sẵn ở mũi họng trở nên gây bệnh.
- Sau các bệnh nhiễm khuẩn lây của đường hô hấp trên như cúm, sởi, ho gà ...

Vi khuẩn bội nhiễm thường là liên cầu, tụ cầu; đặc biệt nguy hiểm là liên cầu tan huyết (nhóm A).

3.2. Tạng bạch huyết

Có một số trẻ có tổ chức bạch huyết phát triển rất mạnh. Nhiều hạch ở cổ, ở họng quá phát rất dễ bị viêm nhiễm, tạo điều kiện thuận lợi cho viêm amidan.

3.3. Do cấu trúc và vị trí của amidan

VA và A có nhiều khe hốc, là nơi vi khuẩn dễ trú ẩn và phát triển. Hơn nữa A nằm trên ngã tư đường ăn-đường thở là cửa ngõ cho vi khuẩn, virus xâm nhập vào.

4. Viêm Amidan cấp

Viêm A cấp là viêm sung huyết và xuất tiết hoặc viêm mủ của Amidan khẩu cái, thường do virus hoặc vi khuẩn gây nên. Nếu do virus thường là nhẹ, nếu do vi khuẩn thì nặng hơn, đặc biệt là do liên cầu tan huyết β nhóm A thì càng nặng.

Là bệnh rất hay gặp, đặc biệt ở trẻ em và thiếu niên.

4.1. Triệu chứng toàn thân

Bệnh bắt đầu đột ngột với cảm giác rét và gai rét rồi sốt 38 – 39 $^{\circ}$ C. Toàn thân có hội chứng nhiễm trùng. Người mệt mỏi, nhức đầu, chán ăn, nước tiểu đỏ.

4.2. Triệu chứng cơ năng

- Nuốt đau, nuốt vướng.
- Cảm giác khô rát và nóng ở trong họng, ở vị trí amidan. Sau ít giờ biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên khi nuốt và khi ho.
- Thở khò khè, ngáy to.
- Viêm nhiễm có thể lan xuống thanh khí phế quản gây nên ho từng cơn có đờm nhầy, khàn tiếng và đau tức ngực.

4.3. Triệu chứng thực thể

- Lưỡi trắng bẩn, miệng khô.
- Nếu là do virus thì toàn bộ niêm mạc họng đỏ rực và xuất tiết trong, amidan sưng to và đỏ, các tổ chức bạch huyết thành sau họng cũng sưng to và đỏ. Có thể kèm theo các triệu chứng khác như chảy mũi, ho, khàn tiếng, viêm kết mạc. Thường không có hạch dưới góc hàm.
- Nếu là do vi khuẩn thì thấy amidan sưng to và đỏ, trên bề mặt A có những chấm mủ trắng hoặc mảng bựa trắng. Thường có hạch dưới góc hàm sưng đau. Cần phân biệt thể này với hạch hầu và phải quệt giả mạc soi tươi, cấy vi khuẩn.

Sự phân biệt viêm amidan do virus với một viêm amidan do vi khuẩn bằng khám lâm sàng chỉ có tính chất tương đối vì một viêm amidan do virus có thể có những triệu chứng lâm sàng của một viêm amidan do vi khuẩn và ngược lại.

5. Viêm Amidan mạn tính

Là hiện tượng viêm đi viêm lại của A. Là bệnh rất hay gặp ở tuổi thanh thiếu niên. Quá trình viêm có thể có sự phản ứng của cơ thể làm A to ra, đó là thể quá phát. Ngược lại ở những người

lớn tuổi, viêm đi viêm lại sẽ làm A xơ teo đi, chính thể này mới cần lưu ý vì nó là nơi chứa đựng vi khuẩn, từ đấy gây ra các biến chứng khác (lò viêm: focal infection)

5.1. Triệu chứng toàn thân

Thường nghèo nàn, có khi không có gì ngoài những đợt tái phát cấp tính. Người bệnh có thể có tình trạng gầy yếu, da xanh hay sốt vật.

5.2. Triệu chứng cơ năng

- Cảm giác ngứa vướng và rát trong họng, nuốt vướng, thỉnh thoảng phải khạc nhổ do xuất tiết.
- Hơi thở hôi do chất mủ chứa trong các hốc của A.
- Ho khan từng cơn nhất là về buổi sáng lúc mới ngủ dậy. Giọng nói mất trong, thỉnh thoảng khàn nhẹ.
- Nếu amidan viêm mạn tính quá phát có thể thở khò khè, đêm ngủ ngáy to. Những trường hợp A quá to có thể cản trở ăn, uống, thở và đặc biệt có thể gây nên hội chứng ngưng thở khi ngủ ở trẻ nhỏ.

5.3. Triệu chứng thực thể

5.3.1. Thể quá phát

Thường gặp ở trẻ em. Hai A to như hai hạt hạnh nhân ở hai bên thành họng, vượt qua hai trụ trước và sau, có khi gần chạm vào nhau ở đường giữa. Niêm mạc họng đỏ nhẹ, trụ trước đỏ sẫm. Trong các hốc có khi có ít mủ trắng.

5.3.2. Thể xơ teo

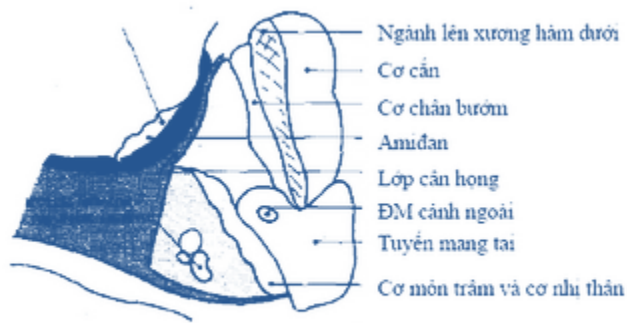
Thường gặp ở người lớn. Hai A nhỏ, bề mặt không nhẵn mà gồ ghề, lõ chỗ, chằng chịt những xơ trắng, biểu hiện của viêm đi viêm lại nhiều lần. Nhiều khi bề mặt A có những chấm mủ nhỏ. Trụ trước, trụ sau dày và đỏ sẫm. Amidan thường rất rắn, mất tính mềm mại. ấn vào A có thể thấy mủ phòi ra từ các hốc.

6. Biến chứng

Viêm Amidan có thể gây ra rất nhiều biến chứng.

- *Biến chứng tại chỗ*: áp xe A, viêm tấy quanh A, áp xe quanh A.
- *Biến chứng gần*: Viêm thanh khí phế quản, viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm tấy hạch dưới hàm, viêm tấy hoặc áp xe thành bên họng.

- *Biến chứng xa*: Viêm thận, viêm khớp, viêm tim, cá biệt có thể nhiễm trùng huyết.
- *Biến chứng toàn thân*: Hội chứng ngưng thở khi ngủ ở trẻ nhỏ.
- *Amiđan quá lớn* gây ảnh hưởng đến nuốt, hô hấp và phát âm.



Hình 45: Các áp xe quanh họng
Theo Võ Tấn. TMH thực hành.



Hình 44: áp xe quanh amiđan bên phải
Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. "Suppurations intra et péripharyngées".

7. Điều trị

7.1. Viêm amiđan cấp

Điều trị như một viêm họng đỏ cấp. Kháng sinh theo nguyên tắc (bắt buộc) như đối với một viêm họng đỏ cấp.

Điều trị triệu chứng bằng các thuốc kháng viêm, giảm đau, hạ sốt, thuốc làm lỏng chất nhầy, giảm ho.

Điều trị tại chỗ bằng nhỏ mũi, súc họng nước muối ấm hoặc các dung dịch sát khuẩn. Nằm nghỉ, ăn nhẹ và giàu dinh dưỡng, uống nước đầy đủ.

7.2. Viêm amiđan mạn tính

Điều trị bằng cắt amiđan.

8. Phòng bệnh

- Nâng cao thể trạng-sức đề kháng của cơ thể và cơ địa của bệnh nhân bằng rèn luyện thân thể, dinh dưỡng hợp lý. Tránh bị nhiễm lạnh.
- Vệ sinh tốt mũi-họng-răng-miệng, chú ý khi có những vụ dịch cúm, sởi, ho gà...
- Xử trí kịp thời và đúng cách nếu đã bị viêm amidan để tránh các biến chứng.

27. ÁP XE QUANH AMIDAN

Nếu áp xe quanh amidan không được điều trị đúng cách, nhiễm trùng có thể lan đến khoảng bên họng, khoảng sau họng, trung thất và phổi.

Áp xe quanh amidan là gì?

Khoảng quanh amidan là khoảng liên kết lỏng lẻo nằm giữa amidan và thành bên họng. Khoảng này khi bị nhiễm trùng gây nên tích mủ gọi là áp xe khoảng quanh amidan, áp xe quanh amidan thường xảy ra ở trẻ lớn và người lớn, sau viêm amidan hay do biến chứng mọc răng khôn. Vi khuẩn gây bệnh có thể cả kỵ khí và hiếu khí, trong đó hay gặp là liên cầu tan huyết beta nhóm A.

Nếu áp xe quanh amidan không được điều trị đúng cách, nhiễm trùng có thể lan đến khoảng bên họng, khoảng sau họng, trung thất và phổi. Sự sưng nề có thể đẩy amidan vào đường giữa và lưỡi gà từ đường giữa sang bên đối diện làm hẹp đường thở, trong những trường hợp nặng có thể gây ra khó thở, nhiễm trùng huyết.

Triệu chứng

- Sốt, gai rét
- Đau họng lan lên tai, nuốt khó, nước bọt chảy nhiều, hơi thở hôi.
- Nói khó, giọng ngậm thị
- Khít hàm
- Có thể có khó thở.

Khám họng

- Amidan một bên sưng to, đỏ, bề mặt amidan có mủ.
- Trụ trước sưng nề, phồng, lưỡi gà mọng hoặc nề trụ sau.
- Sưng đau hạch cổ cùng bên.

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.
- Xét nghiệm chất mủ quệt họng hay chọc hút mủ tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

Điều trị

- Viêm tấy quanh amidan: kháng sinh, chống viêm, hạ sốt, giảm đau.
- Khi đã có mủ:
 - * Chích rạch dẫn lưu mủ, giữ cho vết rạch luôn mở.
 - * Kháng sinh tiêm hay truyền tĩnh mạch, chống cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, chống viêm, giảm đau.
 - * Cắt amidan khi hết dấu hiệu viêm nhiễm tại chỗ và toàn thân.

Phòng bệnh:

- Cần điều trị tốt những trường hợp viêm amidan mạn tính.
- Khi đã hình thành áp-xe: cần rạch dẫn lưu sớm.

28. VIÊM HỌNG

1. Đại cương

- 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.

Trong lúc đó viêm họng mạn tính và viêm amidan mạn tính vẫn là hai vấn đề riêng biệt.

2. Giải phẫu và sinh lý của họng

2.1. Giải phẫu họng

Họng là ngã tư giữa đường ăn và đường thở, là nơi rất thuận lợi cho các yếu tố ngoại lai, virus và vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể.

Họng là một ống cơ màng nối từ vòm họng xuống miệng thực quản, tiếp giáp ở dưới với thanh quản (ở trước), thực quản (ở sau-dưới) và được chia làm 3 phần: họng mũi, họng miệng và hạ họng.

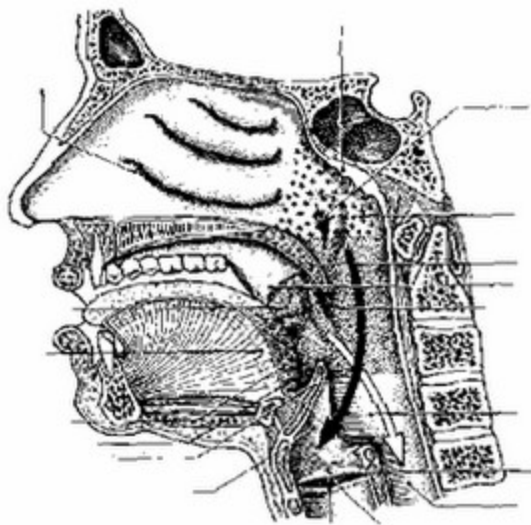
Niêm mạc họng thuộc loại tế bào gai với biểu bì nhiều tầng, trong lớp đệm có nhiều tuyến nhầy và nang lympho. Trong lớp dưới niêm mạc của vùng họng mũi và họng miệng, có những vùng rất giàu các nang lympho có vai trò bảo vệ cơ thể; chúng tập trung thành những khối gọi là vòng Waldeyer, bao gồm A vòm (còn gọi là VA), A vòm, A khẩu cái (thường gọi tắt là A), và A đáy lưỡi.

Họng miệng

- Họng miệng có ranh giới từ bờ dưới màn hầu đến bờ trên xương móng.
- Kích thước của họng miệng: cao 5cm, ngang 5cm, và sâu 4cm ở người lớn.
- Mặt trước là eo họng có màn hầu, amidan khẩu cái và đáy lưỡi.
- Hai mặt bên có hốc amidan gồm các trụ (trụ trước là cơ màn hầu – lưỡi, trụ sau là cơ màn hầu – họng) và amidan khẩu cái.

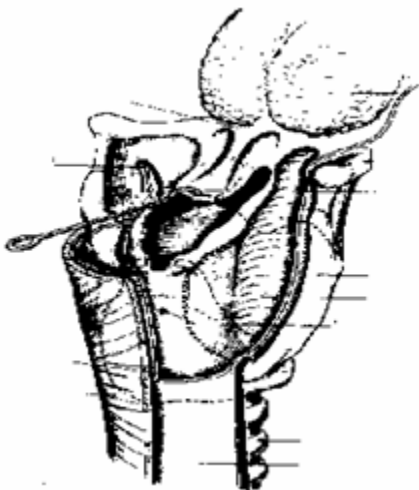
Tiếp giáp của họng miệng

- *Với vùng hàm dưới:* Thành bên của họng miệng tiếp giáp với khoang hàm họng và được chia làm 2 khoảng nhỏ: khoảng trước trâm và khoảng sau trâm.
- *Với vùng xương móng:* Thành bên của họng miệng liên hệ với động mạch cảnh ngoài, các động mạch giáp, lưỡi, mặt; động mạch cảnh trong và tĩnh mạch cảnh trong.



Họng và ngã tư đường ăn – đường thở

Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. “Oropharynx, hypopharynx, larynx”.



Hình ảnh sau-bên của hạ họng, thanh quản và đáy lưỡi

Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. “Oropharynx, hypopharynx, larynx”.

2.2. Sinh lý họng

Họng có các chức năng: nuốt, thở, phát âm, nghe và bảo vệ. Chức năng bảo vệ của họng có được nhờ vòng bạch huyết Waldeyer: tạo ra miễn dịch tế bào nhờ vào các lymphocyte T, tạo ra miễn dịch thể dịch nhờ vào các lymphocyte B gây chuyển dạng tương bào sản xuất ra các globulin miễn dịch G.A.M.D.E.

3. Phân loại các thể bệnh của viêm họng

3.1. Viêm họng cấp tính

3.1.1. Viêm họng đỏ cấp và viêm họng đỏ cấp có bọt trắng

Chiếm 90% các viêm họng cấp.

3.1.1.1. Do vi khuẩn

Chiếm 20 – 40% gồm:

- Liên cầu (tan huyết nhóm A, B, C, G.
- Haemophilus influenzae.
- Tụ cầu vàng.
- Moraxella catarrhalis.
- Vi khuẩn kỵ khí.

3.1.1.2. Do virus

Chiếm 60 – 80% gồm:

- Adénovirus.
- Virus cúm.
- Virus para – influenzae.
- Virus Coxsackie nhóm A hoặc B trong đó nhóm A gây viêm họng có bóng nước Herpangine.
- Virus Herpès gây viêm họng có bóng nước nhưng gây viêm miệng nhiều hơn ở họng.
- Virus Zona gây viêm họng có bóng nước Zona.
- Virus E.B.V gây bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn có thể cho bệnh cảnh lâm sàng của mọi thể viêm họng.

3.1.2. Viêm họng loét

Chiếm 5% và thường bị 1 bên.

3.1.2.1. Một bên

- Viêm họng cấp Vincent.
- Săng giang mai.
- Cần phân biệt với ung thư biểu mô amidan.

3.1.2.2. Hai bên

- Bệnh bạch cầu cấp.
- Bệnh mất bạch cầu hạt.

3.1.3. Viêm họng giả mạc

Chiếm 2 – 3% nhưng phải nghĩ đến viêm họng bạch hầu.

3.2. Viêm họng mạn tính

Gồm 4 thể như sau:

- Viêm họng mạn tính sung huyết đơn thuần.
- Viêm họng mạn tính xuất tiết.
- Viêm họng mạn tính quá phát.
- Viêm họng teo.

4. Viêm họng cấp tính

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, viêm họng bạch hầu do tính chất thường gặp và các sự trầm trọng của các biến chứng của chúng.

4.1. Viêm họng đỏ cấp

Chiếm 90% viêm họng cấp.

4.1.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân do virus là chủ yếu, chiếm 60-80%, gồm Adénovirus, virus cúm, virus para-influenzae, virus Coxsackie, virus Herpès, virus Zona, EBV.

Nguyên nhân do vi khuẩn chiếm 20-40%, gồm liên cầu (tan huyết nhóm A (còn các nhóm B, C, G ít gặp), Haemophilus influenzae, tụ cầu vàng, Moraxella Catarrhalis, vi khuẩn kỵ khí. Các vi khuẩn Neiseria, phế cầu, Mycoplasma rất hiếm gặp.

Nguyên nhân bệnh sinh của viêm họng như sau: 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.

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh thường xảy ra đột ngột .

4.1.2.1. Triệu chứng toàn thân

Sốt vừa 38 – 39^o hoặc sốt cao, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, kém ăn.

4.1.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau họng nhất là khi nuốt, kể cả chất lỏng. Khi nuốt, ho, nói thì đau nhói lên tai.
- Có thể ho từng cơn, ho khan hoặc ho có đờm nhầy.
- Giọng nói mất trong và có thể khàn tiếng nhẹ.
- Thường có kèm theo chảy mũi nhầy và tắc mũi.

4.1.2.3. 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 A.
- Trụ trước và trụ sau cũng đỏ.
- Có hạch góc hàm sưng nhẹ và hơi đau.

- Khám mũi thấy niêm mạc sung huyết và hốc mũi đọng xuất tiết nhầy.

4.1.3. Tiến triển

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.

4.1.4. Biến chứng

- *Biến chứng tại chỗ:* Viêm tấy hoặc áp xe quanh A. Viêm tấy hoặc áp xe các khoảng 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.

4.1.5. Hướng điều trị

Điều đáng nhấn mạnh ở đây là nhiều tác giả đều thống nhất là mọi viêm họng đỏ cấp đơn thuần hoặc có chấm mủ trắng hoặc bựa trắng trên bề mặt amidan, xuất hiện 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.

Do đó thái độ điều trị như sau:

4.1.5.1. Điều trị kháng sinh

a. Hoặc là điều trị bằng kháng sinh một cách hệ thống:

- Penicilline V uống: 50 – 100.000 UI/kg cho trẻ em và 3 triệu UI cho người lớn chia làm 3 – 4 lần trong ngày, kéo dài 10 ngày.

- Hoặc tiêm bắp thịt một liều duy nhất của Penicilline chậm loại Benzathine – Penicilline G với liều 600.000 UI cho trẻ 30 kg và 2,4 triệu UI cho người lớn.

- Hoặc Céphalosporine thế hệ I, hoặc Penicilline A (ví dụ Amoxicilline) trong 10 ngày.

- Trường hợp dị ứng với PNC, thì có thể thay thế bằng nhóm Macrolide như Josacine, Dynabac hoặc Rulid trong 10 ngày, hoặc Zithromax trong 5 ngày.

b. Hoặc xét nghiệm vi khuẩn ở họng:

Khi thấy các triệu chứng của viêm họng còn nhẹ và chưa có biến chứng, chúng ta có thể chưa dùng kháng sinh ngay, nhưng phải làm xét nghiệm vi khuẩn ở họng. Kết quả xét nghiệm định loại vi khuẩn sẽ có trong 3-4 ngày sau, lúc đó chúng ta sẽ hiệu chỉnh điều trị.

4.1.5.2. Điều trị triệu chứng bằng các thuốc hạ sốt, kháng viêm, giảm đau...

4.1.5.3. Điều trị tại chỗ bằng súc họng và nhỏ mũi.

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

4.2. Viêm họng có giả mạc

Chiếm 2-3% viêm họng cấp. Trước hết phải nghĩ đến viêm họng bạch hầu, là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn Klebs-Loeffer gây nên, có đặc điểm là viêm họng cấp có giả mạc lan rộng, có phản ứng hạch và toàn thân có hội chứng nhiễm độc. Bệnh hay gặp ở trẻ em từ 1-7 tuổi và có thể gây tử vong.

Vi khuẩn bạch hầu có 2 độc tố: ngoại độc tố tạo giả mạc, nội độc tố gây nhiễm độc cơ tim.

Bệnh có các thể lâm sàng khác nhau, gồm thể thông thường, thể phối hợp và thể ác tính.

4.2.1. Triệu chứng

4.2.1.1. Triệu chứng toàn thân

Thường thể hiện bằng 2 hội chứng lớn là nhiễm độc và nhiễm khuẩn. Bệnh chủ yếu gặp ở trẻ em, sốt vừa 38-38,5, người mệt mỏi, da xanh, biếng ăn, biếng chơi, có khi mệt lã, mạch yếu có khi không đều, đái ít, nước tiểu đỏ, có thể có Albumin niệu. Ở thể ác tính, trẻ sốt cao, vật vã, xanh tái, dẫn tới mê sảng.

4.2.1.2. Triệu chứng cơ năng

Đau họng lúc đầu nhẹ sau tăng dần. Chảy nước mũi nhầy, có khi lẫn máu. Nếu giả mạc lan xuống hạ họng hoặc thanh quản, em bé có ho, khàn tiếng, khó thở thanh quản nặng dần.

4.2.1.3. Triệu chứng thực thể

Khám họng thấy giả mạc mỏng hoặc dày, trắng hoặc xám, có khi xám đen phủ trên mặt amidan, lan đến các trụ, có khi đến tận lưỡi gà và thành sau họng. Giả mạc rất dính khó bóc, dễ chảy máu và không tan trong nước, lấy đi giả mạc hình thành lại rất nhanh. Trước bệnh nhân có giả mạc như vậy, nhất thiết phải quệt để soi tươi và nuôi cấy tìm vi khuẩn bạch hầu.

4.2.2. Tiến triển

Thường là nặng cần phải điều trị kịp thời. Ở thể nhẹ, nếu điều trị có thể khỏi nhanh chóng. ở thể nặng, có thể chết trong vài ngày do nhiễm độc. Dù được điều trị tích cực bạch hầu họng cũng có thể lan xuống thanh quản làm bệnh nhân khó thở có thể tử vong.

4.2.3. Biến chứng

Viêm họng bạch hầu có thể gây ra nhiều biến chứng, nhất là ở thể nặng.

4.2.3.1. Biến chứng do lan rộng

- Bạch hầu thanh quản.
- Phế quản phế viêm.
- Bạch hầu mũi.
- Bạch hầu tai, hiếm gặp.

4.2.3.2. Biến chứng do nhiễm độc

- Viêm cơ tim.
- Viêm thượng thận.

4.2.3.3. Biến chứng thần kinh

Độc tố bạch hầu gây liệt các dây thần kinh (viêm đa dây thần kinh).

- Liệt màn hầu.
- Liệt họng.
- Liệt các dây thần kinh vận nhãn.
- Liệt các chi, thường liệt cơ duỗi bàn chân.

4.2.4. Điều trị

- Giải độc tố: tiêm ngay 1/10ml dưới da, 3 ngày sau tiêm 1/2ml, rồi cách 5 ngày lại tiêm 1ml, rồi 2ml, 3ml.
- Tiêm ngay SAD (huyết thanh chống bạch hầu) 10.000 – 20.000U cho trẻ em, 30.000 – 50.000U cho người lớn theo phương pháp Besredka: nửa liều tiêm dưới da, nửa liều tiêm bắp thịt. Trước khi tiêm cần thử phản ứng với 0,1ml dung dịch pha loãng 1/1000 tiêm trong da..
- Tiêm ngay Penicilline liều cao (nếu dị ứng thì thay bằng nhóm Macrolide).

Đồng thời phối hợp với tiêm Corticoide.

- Hồi sức tích cực bằng truyền dịch, điện giải, thở oxy.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối, đề phòng biến chứng tim bằng cách dùng Spartein hoặc vitamin B1, C. ở thể nặng có suy tim loạn nhịp, cần tiêm Uabain, Strychnin.
- Nếu có biến chứng xuống thanh quản gây khó thở cần phải mở khí quản kịp thời.

Chú ý: Đối với viêm họng bạch hầu, cần chuyển ngay đến chuyên khoa để điều trị.

5. Viêm họng mạn tính

Là một bệnh rất thường gặp, nam nhiều hơn nữ.

5.1. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi

- Do viêm mũi, viêm xoang gây tắc mũi phải thở miệng đồng thời mũi chảy xuống ở thành sau họng gây viêm họng.
- Do môi trường: Hít thở không khí bụi hữu cơ, vô cơ, nóng khô, hơi hóa chất.
- Do thói quen: hút thuốc, uống rượu.
- Do bệnh dị ứng, bệnh goutte, trào ngược dạ dày thực quản, viêm đại tràng, viêm gan.

5.2. Triệu chứng

5.2.1. Triệu chứng toàn thân

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

5.2.2. Triệu chứng chức năng

Có cảm giác ngứa, vướng trong họng hoặc khô rát, nóng trong họng, thường phải khạc nhổ luôn, ra ít đờm nhầy. Có khi có cảm giác như có dị vật ở trong họng, khi nuốt chạy lên, chạy xuống hay như có khối u bất thường, hoặc như thở hụt hơi khó chịu (thường gọi là loạn cảm họng).

5.2.3. Triệu chứng thực thể

Theo giai đoạn tiến triển có thể chia làm 4 loại:

- *Viêm họng mạn tính sung huyết đơn thuần*: Niêm mạc họng đỏ, nổi nhiều tia mao mạch máu.

- *Viêm họng mạn tính xuất tiết*: Niêm mạc họng đỏ bầm, nổi nhiều tia mao mạch máu. Thành sau họng có tăng xuất tiết dịch nhầy bám vào niêm mạc.

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

- *Viêm họng teo*: Niêm mạc họng teo dần, những tuyến nhầy dưới niêm mạc cũng teo đi làm cho niêm mạc họng từ đỏ thẫm biến thành màu hồng rồi nhợt nhạt, khô và đọng những vảy mỏng, vàng, khô bám vào từng chỗ. Niêm mạc họng trở thành mỏng, các trụ sau cũng teo nhỏ lại làm cho họng trở nên rộng hơn. Viêm họng teo thường là viêm họng do nghề nghiệp, hoặc ở người già hoặc ở những người bị trĩ mũi.

5.3. Điều trị

Đòi hỏi kết hợp nhiều yếu tố sau:

5.3.1. Điều trị nguyên nhân

Điều trị viêm mũi, viêm xoang, viêm A, viêm VA, ... nếu có. Giảm bớt các kích thích hút thuốc lá, uống rượu. Tổ chức phòng hộ lao động tốt.

5.3.2. Điều trị tại chỗ

Nhỏ mũi.

Rửa mũi.

Khí dung họng.

Thể viêm họng xuất tiết có thể chấm Glycerine Iode.

Thể viêm họng quá phát: đốt các hạt quá phát bằng cautère điện hoặc bằng Nítrate bạc 10% hoặc đốt lạnh bằng Nitơ lỏng.

Thể viêm họng teo: bôi họng, súc họng bằng các thuốc kích thích (loại có iốt loãng, thuốc dầu), hoặc bằng nước khoáng.

5.3.3. Điều trị toàn thân

- Thay đổi thể trạng: Điều trị nước sỏi, thay đổi điều kiện khí hậu, môi trường sinh hoạt, làm việc nếu có thể.

- Uống vitamine C, A, D.

5.3.4. Điều trị triệu chứng

Thuốc làm lỏng chất nhầy, kháng viêm, chống dị ứng, giảm ho...

6. Dự phòng viêm họng

- 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. Điều trị triệt để các bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan,...
- Khi bị viêm họng, phải điều trị sớm và triệt để để tránh các biến chứng.
- Theo dõi tốt và hạn chế các di chứng do các biến chứng của viêm họng gây ra.

29. VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM A

Hoàng Trọng Kim

TÓM TẮT :

Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A là một bệnh thường gặp ở trẻ em và có hậu quả nghiêm trọng là thấp tim, có thể gây tử vong ngay hoặc để lại di chứng ở van tim rất nặng. Về dịch tễ học, bệnh nhiễm LCK nhóm A đã giảm nhiều sau Thế chiến thứ II, nhưng lại bùng phát vào thập niên 80 do sự xuất hiện của các chủng LCK mới có độc lực và khả năng gây bệnh cao. Chẩn đoán viêm họng do LCK nhóm A được dựa trên lâm sàng, cấy họng và test chẩn đoán nhanh LCK. Pénicilline là thuốc chọn lọc để điều trị LCK nhóm A. Chỉ cần 1 liều Benzathine pénicilline tiêm bắp thịt, hoặc uống 10 ngày Pénicilline V, hoặc Erytromycine, hoặc Cephadroxyll ; hoặc 5 ngày Azithromycine là đủ để điều trị đợt viêm họng do liên cầu. Để phòng ngừa viêm họng tái phát chỉ cần Benzathine pénicilline tiêm thịt 3 tuần 1 lần, hoặc uống Sulfadiazine, hoặc Pénicilline V mỗi ngày.

GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS

Hoang Trong Kim * Y học TP Ho Chi Minh, 1996, N). Special : 9 - 12

SUMMARY

Group A Streptococcal pharyngitis is a major illness suffered by humans, especially children. It is a severe disease because of its serious cardiovascular sequelae. By the 1970, the Streptococcal infections and rheumatic fever were rarely seen, but they began to emerge in the 1980s because of the appearance of certain serologic types of Group A Streptococci. The Diagnosis of Streptococcal pharyngitis is based on the clinical signs, the positive throat culture and the positive rapid Strep test. Penicillins are the drugs of choice in the management of the Streptococcal pharyngitis. A single dose of Benzathine penicillin intramuscular, or oral Penicilline V are the standard for therapy of Strep pharyngitis. Oral Erythromycin (10 days) Cephadroxyl (10 days), or Azithromycine (5 days) are also effective. The prevention regimens of choice are Benzathine penicilline intramuscular administered every 3 weeks or oral Penicillin V or oral Sulfadiazine administered daily for patients allergic to Penicilline.

Viêm họng là bệnh rất phổ biến, chiếm tỷ lệ hàng đầu trong số lần khám tại các tuyến y tế, nhất là các phòng khám nhi khoa^{1,2,3,4,5,6}. Về nguyên nhân, tuy chiếm đa số (75%) nhưng viêm họng do Virus là một bệnh nhân rất lành tính ; chỉ có viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A, tuy ít hơn (25%) nhưng rất nguy hiểm, vì có thể đưa đến viêm cầu thận cấp, đặc biệt là thấp tim có thể gây tử vong ngay, hoặc để lại di chứng ở van tim rất nặng, biến trở thành người tàn tật suốt đời^{2,3,4,5,8,9,15,16}.

Đây là một bệnh đã gây nhiều bàn cãi trong suốt mấy thập niên vừa qua về tất cả các mặt dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị và chiến lược phòng ngừa^{1,2,4,8,9,14,15,16}.

VỀ DỊCH TỄ HỌC

Không như những bệnh khác, bệnh nhiễm liên cầu nhóm A có nhiều thay đổi trong hơn 30 năm qua. Trước khi kháng sinh ra đời, nhiễm liên cầu khuẩn là một tai họa của loài người, với nhiều bệnh rất nặng có tử vong cao. Sau Thế chiến thứ II, sự xuất hiện của kháng sinh, kinh tế phát triển, mức sống được nâng cao, môi trường sống được cải thiện, chăm sóc y tế tốt hơn đã làm giảm đáng kể tần suất các bệnh do liên cầu khuẩn gây ra như nhiễm trùng huyết, tinh hồng nhiệt, nhiễm trùng hậu sản, hội chứng sốc nhiễm độc nhiễm trùng, viêm cầu thận cấp, thấp tim,. Nhưng đến năm 1987, bệnh nhiễm liên cầu tan huyết b nhóm A và hậu quả của nó là thấp tim lại bùng phát ở Mỹ và một số nước khác^{1,2,4,6,8}. Ngay sau đó, nhiều công trình nghiên cứu được thực hiện, đã tìm ra nguyên nhân của sự bùng phát này là do lơ lửng trong các biện pháp phòng ngừa và sự xuất hiện của nhiều chủng mới liên cầu tan huyết b nhóm A có độc lực mạnh hơn. Trong thập niên 70, các liên cầu tan huyết b nhóm A gây bệnh thuộc nhóm huyết thanh M4, 12 nhưng đến thập niên 80, các nhóm liên cầu khuẩn M^{1,3,5,18} có độc lực nhiều, có khả năng gây bệnh cao là thủ phạm chính đã gây ra sự bùng phát của viêm họng và thấp khớp, thấp tim,.

VỀ CHẨN ĐOÁN

Trong công tác hàng ngày, các bác sĩ nhi khoa phải kết hợp nhiều yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán phân biệt giữa viêm họng do liên cầu khuẩn và viêm họng do các nguyên nhân khác mà đặc biệt là do Virus. Nhờ các triệu chứng lâm sàng kinh điển, một bác sĩ nhiều kinh nghiệm có thể chẩn đoán được viêm họng do liên cầu khuẩn, nhưng muốn xác định chắc chắn thì phải cấy họng hoặc dùng test chẩn đoán nhanh nhiễm liên cầu.

Trên lâm sàng

Có thể nghĩ đến viêm họng do liên cầu khuẩn khi thấy một trẻ tuổi từ 5 đến 15, vào lúc tiết trời mưa lạnh hoặc ở mùa xuân, mùa đông, đến khám bệnh vì sốt cao đột ngột, đau họng, nhức đầu, đau bụng, khi khám thấy họng đỏ, hai hạch nhân to, sần sùi, tiết dịch, hạch ở cổ và dưới hàm sưng to và đau. Tuy nhiên, các dấu hiệu lâm sàng điển hình này không phải lúc nào cũng có, mà đa số viêm họng do liên cầu thường không có hoặc có rất ít triệu chứng lâm sàng, nên thường bị bỏ sót, hoặc chẩn đoán nhầm với nguyên nhân khác. Viêm họng do Virus điển hình thường có sốt cao kèm theo ho, chảy nước mắt, nước mũi, tiêu chảy và có yếu tố dịch tễ kèm theo như đang mùa cảm cúm,.. (xem bảng 1).

Cấy dịch ở họng

Dùng que bông phết họng, lấy chất dịch ở vùng vách sau của họng và xung quanh 2 hạch hạnh nhân, đem cấy trong đĩa thạch pha huyết bò. Nếu làm đúng kỹ thuật, tỷ lệ dương tính lên đến 90 - 97%. Phương pháp nuôi cấy vi trùng cho phép chẩn đoán chắc chắn là viêm họng do liên cầu tan huyết nhóm A^{2,3,4,8,9}

Triệu chứng	VH do liên cầu	VH do Virus
Mùa	Đông, xuân, mưa lạnh	Thay đổi
Tuổi	3 - 20 tuổi	Bất kỳ
Khởi phát	Đột ngột	Từ từ
Dấu hiệu ban đầu	Đau họng khi nuốt	Ngứa họng hơn là đau
Khám họng	Đỏ, phù, tiết, dịch vàng	Đỏ, loét, tiết dịch trong
Hạch cổ dưới hàm	Sưng to và đau	To hoặc không
Dấu hiệu ở da	Nổi hồng ban	Nổi mẩn, bóng nước
Triệu chứng khác	Nhức đầu, đau bụng	Ho, chảy nước mắt, nước mũi, tiêu chảy

Bảng 1 : Tóm tắt chẩn đoán phân biệt viêm họng do liên cầu và viêm họng do virus

Test chẩn đoán nhanh liên cầu khuẩn nhóm A :

Trên thị trường hiện nay, có khoảng 30 viện bào chế đã sản xuất các bộ test khác nhau, nhưng tất cả đều dựa trên nguyên tắc chung là dùng phản ứng miễn dịch để phát hiện các kháng nguyên chứa trong vỏ bọc của liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A^{2,8,9,14}. Ưu điểm của các test chẩn đoán nhanh này là có tính chuyên biệt rất cao 98,1%. Khi test dương tính chẩn đoán chắc chắn là nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A^{2,9,14}. Lợi điểm của test này là tiết kiệm được rất nhiều thời gian, trong khi phải chờ từ 24 đến 48 giờ mới có kết quả nuôi cấy, thì chỉ cần khoảng 10 phút, nếu test dương tính thì chẩn đoán đã xác định và bắt đầu điều trị ngay^{4,5,8,12,14,16} làm cho chẩn đoán bị bỏ sót. Tuy nhiên test này cũng có điều bất lợi là tính nhạy cảm hơi thấp, 90 - 92%. Với 8 - 10% âm tính, trong đó có thể có những trường hợp âm tính giả^{2,49,14,16} làm cho chẩn đoán bị bỏ sót. Vì thế khi test âm tính nên xác định chẩn đoán thêm bằng nuôi cấy vi trùng^{2,4,5,9,13}.

VỀ ĐIỀU TRỊ :

Trước khi có kháng sinh, liên cầu khuẩn là một tai họa lớn, gây nhiều tử vong trong các thể bệnh nặng cấp tính như nhiễm trùng huyết, tinh hồng nhiệt, áp xe phổi, áp xe sau thành họng, hội chứng nhiễm độc nhiễm trùng... Và để lại nhiều di chứng rất nặng sau viêm họng như thấp tim, viêm cầu thận cấp,.

Hiện nay, việc sử dụng kháng sinh rộng rãi đã làm giảm tần suất và tử vong của các thể cấp tính, nhưng nguy hiểm của bệnh nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A vẫn còn, với rất nhiều trẻ bị viêm họng rồi có thể bị bệnh van tim hậu thấp rất nặng hoặc tử vong hoặc trở thành tàn tật, mà việc điều trị còn rất tốn kém. Nhiều người còn dùng kháng sinh chưa đúng loại, chưa đủ liều, chưa đủ thời gian làm cho điều trị thất bại và lãng phí.

Đối với liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A, chỉ cần một số ít kháng sinh thuộc nhóm Penicilline, Cephalosporine, hoặc Macrolide là đủ.

Penicilline là thuốc chọn lọc đầu tiên, rất hữu hiệu, rẻ tiền, cách dùng đơn giản. Cho tới nay, chưa có một tài liệu nào nói đến việc kháng thuốc của liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A đối với Penicilline^{4,5,9,10,12,16}. Chỉ cần 1 liều duy nhất Benzathine penicilline tiêm bắp thịt, 600.000 đơn vị cho trẻ dưới 30 kg, hoặc 1.200.000 đơn vị, cho trẻ trên 30 kg là đủ để điều trị 1 đợt viêm họng do liên cầu^{3,4,5,8,9,12,13,16}.

Nếu vì 1 lý do nào đó mà không chích được, thì cho uống penicilline V liên tục trong 10 ngày, 200.000 đơn vị x 2 / ngày cho trẻ dưới 30 kg hoặc 400.000 đơn vị x 2 / ngày cho trẻ trên 30 kg. Điều quan trọng là phải uống đủ ngày^{2,3,4,8,9,12,16}, nhưng trên thực tế ít khi bệnh nhân uống đủ

10 ngày, vì chỉ sau 2, 3 ngày là các triệu chứng lâm sàng đã bớt, bệnh nhân tưởng bệnh đã lành, nên ngưng thuốc. Ngoài ra, nhiều công trình đã chứng minh chích Benzathine penicilline có kết quả cao hơn uống penicilline V^{2,8,9,13,16}. Do đó, chúng ta nên động viên cán bộ y tế và giải thích cho nhân dân mạnh dạn chích Benzathine penicilline, vì khi chích, thỉnh thoảng cũng bị sốc phản vệ có thể tử vong, nhưng với tỷ lệ rất thấp, 0,03%^{2,8,9,16} thì rất không đáng kể so với tác hại quá lớn do thấp tim gây ra.

- Một số thuốc trong nhóm Céphalosporine như cefadroxil, cefuroxime, cefexime, cefprozil, cepodoxime cũng có tác dụng khá hơn penicilline một chút, nhưng giá đắt hơn rất nhiều, nên không được sử dụng rộng rãi 5,6,9.

- Macrolide được dùng khi bệnh nhân bị dị ứng với penicilline :

+ Erythromycine 30 mg/kg/ngày uống trong 10 ngày, cho kết quả không bằng penicilline, vì có tài liệu cho rằng erythromycine đã bị kháng thuốc từ 20 - 40%^{2,4,5,6,7,18}.

+ Azithromycine là kháng sinh duy nhất được tổ chức kiểm soát thuốc và thực phẩm Hoa kỳ (FDA) công nhận có hiệu quả trong điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn chỉ trong 5 ngày 5,8,9 với liều duy nhất cho người lớn là 500mg trong ngày đầu và 250mg/ngày trong 4 ngày kế tiếp.

Tóm lại, Hội nhi khoa và hội tim mạch Hoa kỳ đề nghị phác đồ điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A^{5,8,9} như sau :

+ Benzathine penicilline liều duy nhất, tiêm bắp thịt :

. 600.000 đơn vị cho trẻ dưới 30 kg.

. 1.200.000 đơn vị cho trẻ > 30kg.

+ Hoặc Pencilline V uống liên tục trong 10 ngày :

. 200.000 đơn vị x 2 / ngày cho trẻ dưới 30 kg.

. 400.000 đơn vị x 2 / ngày cho trẻ trên 30 kg.

+ Nếu dị ứng với Penicilline, cho Erythromycine 30mg/kg/ ngày uống liên tục trong 10 ngày, nếu Erythromycine bị kháng, cho Azithromycine 500mg/kg/ngày đầu và 250mg/kg/ngày trong 4 ngày nữa.

+ Hoặc Cephadroxil 30mg/kg liều duy nhất/ngày x 10 ngày.

VỀ PHÒNG NGỪA :

Đối với trẻ bị viêm họng tái phát nhiều lần, nên phòng ngừa bằng^{5,9,13,15} :

+ Benzathine Penicilline tiêm bắp thịt, 3 tuần 1 lần : 600.000 đơn vị cho trẻ dưới 30 kg
1.200.000 đơn vị, cho trẻ trên 30kg.

+ Hoặc như Sulfadiazine uống liên tục, mỗi ngày 1 lần : 0,5g cho trẻ dưới 30kg ; 1g cho trẻ trên 30kg.

+ Hoặc Penicilline V uống mỗi ngày : 200.000 đơn vị x 2 cho trẻ dưới 30 kg, 400.000 đơn vị x 2 cho trẻ trên 30 kg.

Hiện nay vắc xin chủng ngừa liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A đã thực hiện thành công, nhưng giá rất cao và phải có nhiều loại vắc xin khác nhau cho các loại liên cầu có tít huyết thanh M khác nhau, nên chưa chủng ngừa được bệnh nhiễm liên cầu. Vì thế, chúng ta phải tăng cường công tác giáo dục y tế cho nhân dân để họ hiểu rõ tác hại lớn của thấp tim và bệnh van tim hậu thấp, chính là hậu quả của viêm họng do liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A, để mọi người tích cực đề phòng và điều trị triệt để căn bệnh tuy nhẹ ở họng, mà để lại di chứng rất nặng ở tim này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. EDWARD L. KAPLAN, 1994, Understanding group A streptococcal infections in the 1990s : proceedings of symposium. Pediatr Infect Dis J. 13 : 556 - 557.
2. STANFORD SHULMAN, 1994, Streptococcal pharyngitis : diagnostic considerations Pediatr Infect Dis J. 13 : 567 - 571.
3. MILTON MARKOWITS, 1994, Changing epidemiology of group A streptococcal infections, Pediatr Infect Dis J. 13 : 557 - 560.
4. DENNIS L. STEVENS, 1994, Invasive group A streptococcal infections : the past, present and future, Pediatr Infect Dis J. 13 : 561 - 566.
5. JEROME O. KLEIN, 1994, Management of Streptococcal pharyngitis, Pediatr Infect Dis J. 13 : 572 - 575.
6. STODDARD JEFFREY, ST. PETER, ROBERT F., 1994, Health insurance status and ambulatory care for children, The new England journal of Medicine, 330 : 1421- 1425.
7. WALDO E. NELSON, 1996, infections of the upper respiratory tract, in : Nelsons textbook of pediatrics, 15 th Edition, pp 1187 - 1192, W.B. Saunders company, Philadelphia.
8. FLOYD W. DENNY, 1993, Group A streptococcal infections, Current Problems in Pediatrics, May - June 1993 : 179 - 184.

9. ANGELO TARANTA, MILTON MARKOWITZ, 1989, Rheumatic fever, second edition, pp 5 - 82, Kluwer academic publishers, Boston.
10. FRANK A. DISNEY, HUGH DILLON, JEFFREY L. BLUMER, 1993, Cephalexin and penicilline in the treatment of group A streptococcal throat infections, jama sea ferruary 1993 : 31 - 35.
11. OBRIEN THOMAS, 1992, Global suveillance of antibiotic resistance, The new England journal of medicine, volume 326: 339 - 341.
12. MACHAEL A. GERBER, 1984, Treatment faillures and carriers : perception or problem ? Pediatr Infect Dia J. 13 : 576 - 579.
13. APPLIED BIOTECH INC, 1994, Surestep strep A TEST, San Diego, California.
14. HOANG TRONG KIM, 1995, Nghiên cứu bệnh thấp tim trẻ em và sách lược phòng chống, Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược, Trường ĐHYD TPHCM.
15. EDWARD L. KAPLAN, 1994, Public health implications of group a streptococcal infections in the 1990s, Pediatr Infect Dia j. 13 : 580 - 583.
16. DAVID W. TEELE, 1994, Streptococcal pharyngitis : perplexity and precision in diagnosis, Medical progress November 1994 : 15 - 19

30. VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH

Viêm tai giữa tiết dịch hay gặp ở trẻ em. Nếu không điều trị đúng thường để lại hậu quả giảm sức nghe ở trẻ. Viêm tai giữa tiết dịch thường có 3 loại: thanh dịch, dịch nhầy và mủ.

Tần suất chiếm khoảng 10 – 20% trẻ em tuổi nhà trẻ, mẫu giáo. Thời gian mắc bệnh thường vào mùa đông và mùa thu.

NGUYÊN NHÂN

Sau viêm nhiễm đường hô hấp trên .

Phì đại VA.

U bẩm sinh vòm mũi họng.

Do sữa, thức ăn tràn vào hòm nhĩ qua vòi Eustache.

Trào ngược dịch dạ dày thực quản.

Bệnh toàn thân.

Vi khuẩn thường gặp trong bệnh viêm tai giữa tiết dịch là *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*.

TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng toàn thân:

-Triệu chứng viêm tai giữa thường yên lặng nên trẻ không có phản ứng và cha mẹ không hay biết. Trẻ đi khám bệnh chủ yếu do viêm nhiễm đường hô hấp trên gây chảy mũi nghẹt mũi.

-Nghe kém được lưu ý khi cha mẹ nói trẻ chậm phản ứng hay không nghe rõ, học tập sa sút, xem hoạt hình phải mở âm lượng lớn, lúc đó cha mẹ nghi ngờ mới cho trẻ đi khám.

-Trẻ lớn có cảm giác nặng tai, đầy tai, ù tai, hay kéo vành tai để nghe.

2. Thực thể:

Khám màng nhĩ có bơm hơi quan sát thấy màng nhĩ không di động.

Nội soi tai: có thể thấy màng nhĩ phồng gai đoạn viêm cấp, sau đó màng nhĩ lõm vào trong, lõm thượng nhĩ, mấu búa nhô, có thể quan sát thấy dịch màu trắng hay màu vàng nhạt sau màng nhĩ.



Màng nhĩ phồng



Hòm nhĩ tụ dịch, tụ khí

3. Đo nhĩ lượng:

Nhĩ lượng đồ là một đánh giá khách quan chính xác cao:

-Nhĩ lượng đồ type C nghĩa là trong hòm nhĩ áp suất âm, giai đoạn sớm của viêm tai giữa tiết dịch.

-Nhĩ lượng đồ type B nghĩa là trong hòm nhĩ có chứa dịch.

4. Đo thính lực:

Điếc dẫn truyền mức độ nhẹ.

BIẾN CHỨNG

1. Nghe kém khoảng 15 – 40 dB. Tuy nhiên mức độ nghe kém đủ nhẹ nhưng ảnh hưởng nhiều đến sự hình thành ngôn ngữ ở trẻ. Sự nghe kém do viêm tai giữa tiết dịch liên quan đến chậm nói và kết quả học tập kém.
2. Lỗm thương nhĩ, dính màng nhĩ vào thành sau và Cholesteatoma.

Màng nhĩ bị lỗm sau đó dính vào thành trong dẫn đến giảm thể tích hòm nhĩ, dẫn đến màng nhĩ không di động, dính cố định xương con và cơ bàn đạp. Cholesteatoma thành lập sau co lỗm thương nhĩ.



Hình ảnh màng nhĩ bệnh viêm tai giữa tiết dịch

1. Xơ nhĩ khoảng 10 – 20% trường hợp viêm tai giữa tiết dịch.
2. Điếc tiếp nhận ít gặp.
3. Rối loạn thăng bằng, chóng mặt

ĐIỀU TRỊ

Khoảng 60% trường hợp sẽ tự hết dịch trong hòm nhĩ sau 3 tháng, 30% cần đến 9 tháng và 10% tồn tại sau 1 năm. Nên việc theo dõi cần được lưu ý.

4.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa tích cực được thực hiện khi:

- Giảm thính lực dẫn đến ảnh hưởng sự hình thành ngôn ngữ và học tập ở trẻ.
- Khó chịu, vật vã, hay dụi tai về ban đêm.
- Thường viêm tai giữa.
- Xơ nhĩ hay túi lỗm thương nhĩ.
- Viêm nhiễm đường hô hấp trên thường xuyên, kèm theo viêm mũi xoang, viêm amidan, viêm VA.

-Ảnh hưởng đến chuỗi xương con.

Thuốc:

Kháng sinh nhóm amoxicilin, cotriamoxazol, erythromycin, cefaclor, augmentin.

Kháng histamin kèm thuốc co mạch

Corticoid toàn thân từ 10 – 14 ngày.

Thuốc tan đàm, thuốc điều trị dị ứng.

Môi trường sống trong sạch: môi trường sống sạch sẽ, hốc mũi thông thoáng.

4.2.Điều trị ngoại khoa:

-Trích rạch màng nhĩ dẫn lưu và đặt ống thông khí: sau khi trích rạch màng nhĩ hút dịch trong hòm nhĩ, đặt ống thông khí tạo không khí vào hòm nhĩ giúp phục hồi niêm mạc hòm nhĩ. Thời gian để ống thông khí tùy trường hợp từ 3 – 18 tháng.

- Trích rạch màng nhĩ đặt ống thông phối hợp nạo VA:

Nhằm loại trừ nguyên nhân tắc voi nhĩ cơ học do VA đè vào.

31. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

1. Đại cương

- Viêm tai giữa (VTG) mạn tính là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam, gặp ở mọi lứa tuổi, thể tiết dịch thường gặp chủ yếu ở trẻ em.

- Nếu không được điều trị đúng sẽ làm ảnh hưởng đến sức nghe và có thể đưa đến những biến chứng nguy hiểm tính mạng.

- Có nhiều thể bệnh và cách sắp xếp khác nhau:

+ Theo tiến triển: Viêm tai giữa cấp tính và viêm tai giữa mạn tính

+ Theo nguyên nhân: VTG do chấn thương, VTG do nhiễm trùng,...

+ Theo cơ địa: VTG ở trẻ sơ sinh, ở người lớn, ở người già, ở người đái đường,...

2. Tổn thương giải phẫu bệnh lý

2.1. Tổn thương niêm mạc

Có thể là phù nề, xuất tiết hay thoái hóa sùi.

2.2. Tổn thương xương

- *Viêm xương loãng*: viêm từ trong ra làm tiêu các vách thông bào, tạo thành một hốc lớn: trên x quang có hiện tượng loãng xương, gặp trong viêm cấp.

- *Viêm xương đặc*: viêm từ ngoài vào, xương viêm được thay thế bằng các tổ chức xơ và canxi, rồi dần dần tạo thành một khối đặc: trên x quang cản quang nhiều, xương chũm mất hết các thông bào và tạo thành một khối đặc trắng.

- *Viêm xương hoại tử*: xương hoại tử ngấm mủ và có xương chết.

2.3. Cholesteatome

Là một bệnh tích đặc biệt, phá hủy xương rất nhanh và rất mạnh. Khối bệnh tích này gồm hai phần: vỏ bọc bên ngoài gọi là màng mái (matrice) làm tiêu xương-bên trong là một chất lỏng nhờn có mùi thối, thả vào nước không tan và có váng óng ánh như mỡ có chứa cholesterine. Cholesteatome thường đi kèm với viêm xương đặc, 2/3 trường hợp hồi viêm có bệnh tích này.

3. Sơ Lược giải phẫu và sinh lý tai

3.1. Giải phẫu (xem hình 32)

Tai chia ra 3 phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong.

3.1.1. Tai ngoài

Gồm vành tai và ống tai

Một số nhà di truyền học cho rằng hình dáng tai ngoài có liên quan đến sự di truyền của từng dòng họ.

3.1.2. Tai giữa

Gồm hòm nhĩ, vòi Eustache và các tế bào chũm.

- *Mặt ngoài* là màng nhĩ, ngăn với tai ngoài

- *Trong hòm nhĩ có*: xương búa (malleus), xương đe (incus) và xương bàn đạp (stape), tương ứng với các xương trên có cơ xương búa, cơ xương bàn đạp.

- *Vòi Eustache*: là một ống dài độ 3,5cm nối thông thủng tai và vòm mũi họng, bình thường vòi khép lại, chỉ mở ra khi ta nuốt.

- *Thành sau của hòm nhĩ* là sào đạo thông với sào bào và các tế bào chũm.

- *Mặt trong* liên quan với tai trong qua cửa sổ bầu dục và cửa sổ tròn.

3.1.3. Tai trong

Gồm tiền đình và ốc tai

- *Tiền đình*: gồm 3 ống bán khuyên nằm theo 3 bình diện trong không gian, phụ trách chức năng thăng bằng.

- *Ốc tai*: hình như ốc sên, 2 vòng $1/2$, phụ trách chức năng nghe có cơ quan Corti.

3.2. Sinh lý

3.2.1. Tai ngoài

- Vành tai hứng lấy và định hướng âm thanh

- Ống tai đưa sóng âm đến màng nhĩ

3.2.2. Tai giữa

- Dẫn truyền âm thanh, biến thế và bảo vệ tai trong

- Màng nhĩ biến sóng âm thành rung động cơ học, truyền cho các xương búa – đe – bàn đạp, rồi truyền tiếp vào tai trong cho đến cơ quan Corti

3.2.3. Tai trong

- Chức năng nghe và giữ thăng bằng.

4. Nguyên nhân

- 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 xương chũm có thông bào nhiều, có niêm mạc lót trong các thông bào nhiều dễ bị hơn.

- + Độc tố của vi khuẩn: cần chú ý streptococcus hemolytique, pneumococcus mucosus
- + Thể trạng, cơ địa của bệnh nhân, bị suy nhược, sức đề kháng giảm dễ bị viêm tai giữa – xương chũm hơn.

5. Triệu chứng lâm sàng

5.1. Viêm tai giữa (VTG) mạn tính

Gồm VTG mạn tính nhầy và VTG mạn tính mủ. Hai thể này khác nhau về nguyên nhân, tổn thương giải phẫu bệnh, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, điều trị và tiên lượng

	VTG mạn tính nhầy	VTG mạn tính mủ
Nguyên nhân	Thường do viêm V.A., viêm mũi họng	Do VTG cấp điều trị không đúng, VTG sau sỏi, VTG sau chấn thương, do vi khuẩn mạnh
Tổn thương giải phẫu bệnh	Chỉ tổn thương niêm mạc hòm nhĩ, không có tổ thương xương	Tổn thương cả niêm mạc và xương
Triệu chứng lâm sàng	Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc viêm V.A., mủ chảy ra nhầy-dính-không thối (nếu có mùi là do ứ đọng), ít khi ảnh hưởng sức nghe Lỗ thủng thường nhỏ, sắc cạnh, ở 1/4 trước dưới	Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatome, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu Lỗ thủng thường rộng, bờ nham nhỡ, sát xương
Điều trị	Giải quyết nguyên nhân: nạo V.A., viêm mũi họng, làm thuốc tai, theo dõi tốt	Nếu điều trị nội không đỡ thì cần can thiệp ngoại khoa
Tiên lượng	Thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm	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. Viêm tai xương chũm mạn tính

5.2.1. Viêm tai xương chũm mạn tính thường

5.2.1.1. Toàn thân

Không có gì đặc biệt.

5.2.1.2. Cơ năng

- Thường chỉ có cảm giác nặng trong tai hay váng đầu.
- Chủ yếu là nghe kém tăng dần, lúc đầu kiểu truyền âm sau thành hỗn hợp

5.2.2.3. Thực thể

- Mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatome (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan)
- Màng nhĩ sưng rộng, bờ nham nhỡ, sát khung xương, đáy bần, có thể có polype ở hòm nhĩ ảnh hưởng dẫn lưu.



Hình 36: Các loại lỗ thủng màng nhĩ (M. Portmann)

5.2.2. Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

5.2.2.1. Toàn thân

- Sốt co và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng tương đối rõ: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược.
- Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co, giật, rối loạn tiêu hóa.

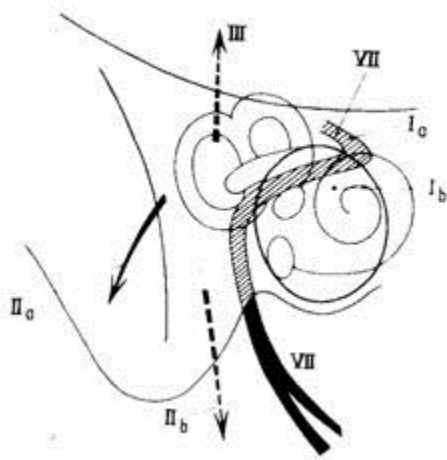
5.2.2.2. Cơ năng

- Nghe kém tăng lên rõ rệt 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

5.2.2.3. Thực thể

- Chảy mủ tai: thường xuyên hơn, thối hơn, có thể lẫn máu hoặc cholesteatome. Có khi chảy mủ ít, nhưng đau tai lại tăng lên và mùi thối bao giờ cũng tăng lên rõ rệt.
- Vùng chũm sau tai thường nề, đỏ, ấn có phản ứng đau rõ rệt
- Khám tai : thấy lỗ thủng sát khung xương, có dấu hiệu sập góc sau trên rõ

5.2.3. Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm xuất ngoại



Biến chứng của viêm tai xương chũm (M. Portmann)

Ia: Liệt dây thần kinh VII, Ib: Viêm mê nhĩ, IIa: Xuất ngoại ở mặt ngoài xương chũm, IIb: Xuất ngoại ở mặt trong xương chũm, III: Biến chứng nội sọ

5.2.3.1. Xuất ngoại sau tai: Gặp trong 80% các trường hợp xuất ngoại.

- Vùng sau tai sưng nề, lũng nhùng, ấn đau.
- Vành tai bị đẩy vĩnh viễn ra trước làm mất rãnh sau tai: Dấu hiệu Jacques (+)

5.2.3.2. Xuất ngoại thái dương-gò má: Thể Zygoma, hay gặp ở trẻ

32. ĐIẾC ĐỘT NGỘT

Định nghĩa

Điếc đột ngột là điếc tiếp nhận từ 30dB (đề xi ben) trở lên, ít nhất ở 3 tần số liên tiếp, mới xuất hiện trong vòng 3 ngày.

Điếc đột ngột là điếc tai trong, xảy ra đột ngột như một tiếng sét đánh giữa trời quang mây tạnh. Điếc thường xảy ra ở một tai, biểu hiện như ù tai, chóng mặt.

Nguyên nhân

- Do virus: thường xảy ra sau cảm cúm gây viêm mê nhĩ.
- Do thiếu máu nuôi mê nhĩ gây tổn thương tế bào thính giác dẫn đến tế bào thoái hóa không hồi phục.
- Do chấn thương mê nhĩ.
- Do nhiễm độc tai gây ra bởi thuốc, rượu, thuốc lá.
- Do rối loạn chuyển hóa: suy thận, đái tháo đường, toan máu.
- Miễn dịch: ở bệnh nhân bị bệnh tự miễn.
- Do thần kinh: u thần kinh thính giác, u hành não.

Triệu chứng lâm sàng

- ù tai: người bệnh cảm giác tai có tiếng ù, đồng thời nghe kém.
- Chóng mặt: người bệnh có cảm giác mất thăng bằng, hay chóng mặt.
- Cảm giác đầy tai: người bệnh cảm giác như đút nút tai.
- Thính lực đồ: thính lực giảm trên 30 dB ở tai bệnh.

Điều trị

Điếc đột ngột là một cấp cứu tai mũi họng nên cần được điều trị càng sớm khả năng hồi phục thính lực càng cao. Điều trị gồm: điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân.

Điều trị triệu chứng:

- Thuốc giãn mạch ngoại biên.

- Thuốc tăng cường oxy máu.
- Thuốc chống phù nề mô mềm.
- Thuốc an thần.
- Vi ta miine nhóm B liều cao.

Có thể hỗ trợ liệu pháp oxy cao áp. Nghỉ ngơi.

Điều trị nguyên nhân:

Xác định nguyên nhân điều trị căn nguyên.

33. VIÊM HỌNG

1. Giải phẫu và sinh lý họng.

1.1. Giải phẫu họng.

Cấu tạo của họng: họng là một ống cơ và màng ở trước cột sống cổ. Đi từ mồm nên tới đốt sống cổ thứ IV, là ngã tư của đường ăn và đường thở, nối liền mũi ở phía trên, miệng ở phía trước với thanh quản và thực quản ở phía dưới. Giống như một cái phễu phần trên loe rộng, phần dưới thu hẹp. Thành họng được cấu trúc bởi lớp cân, cơ, niêm mạc.

Họng chia làm 3 phần:

- Họng mũi (tỵ hầu) phần họng trên.
- Họng miệng (khẩu hầu) phần họng giữa.
- Họng thanh quản (thanh hầu) phần họng dưới.

Vòng Waldeyer.

Họng có các tổ chức lympho tạo thành một vòng bao quanh gọi là vòng Waldeyer.

- Bao gồm: Amidan khẩu cái, Amidan lưỡi, Amidan vòm (luschka), Amidan vòm (gerlach).
- Mô học của Amidan: Giống như cấu trúc của hạch bạch huyết.
- Chức năng là sinh ra các kháng thể để bảo vệ cơ thể.

Khoang quanh họng.

Quanh họng có các khoang chứa các tổ chức cân, cơ, mạch máu, thần kinh, hạch bạch huyết và các khoang này có liên quan mật thiết với họng.

- Khoang bên họng (Sébieau).

- Khoảng sau họng (Henké).

Mạch máu: Mạch nuôi dưỡng thuộc ngành động mạch cảnh ngoài: động mạch hầu lên, động mạch giáp trạng trên, động mạch khẩu cái lên.

Thần kinh.

- Thần kinh cảm giác thuộc dây IX, X. Dây IX chi phối nền lưỡi và 1/3 dưới Amidan. Dây X chi phối thành sau họng và màn hầu.
- Thần kinh vận động chủ yếu do nhánh trong của dây IX và dây XI.

Mạch bạch huyết: đổ vào các hạch sau họng: hạch Gillete, hạch dưới cơ nhị thân và hạch dây cảnh.

1.2. Sinh lý của họng: Họng là ngã tư đường ăn và đường thở. Nên giữ các chức năng sau:

- Chức năng nuốt.
- Chức năng thở.
- Chức năng phát âm.
- Chức năng nghe.
- Chức năng vị giác (nếm).
- Chức năng bảo vệ cơ thể.

2. Viêm họng cấp tính.

Viêm họng cấp tính là loại bệnh khá phổ biến, có thể xuất hiện riêng biệt, nhưng thường gặp xuất hiện với các bệnh: viêm V.A, viêm Amidan, bệnh phát ban, cúm, sởi, bạch hầu, ho gà, vincent, hoặc một số bệnh máu.

2.1. Định nghĩa: Viêm họng cấp tính là viêm cấp tính của niêm mạc họng (được cấu tạo bởi lớp liên bào, tuyến nhầy và nang lympho).

2.2. Phân loại: Theo phân loại của Escat chia viêm họng cấp tính làm 3 nhóm:

- Viêm họng không đặc hiệu có thể khu trú hoặc tỏa lan như: viêm họng đỏ, viêm họng trắng, viêm tấy xung quang Amidan.
- Viêm họng đặc hiệu như: viêm họng do bạch hầu, viêm họng vincent.
- Viêm họng trong các bệnh máu.

Trên lâm sàng thường thấy có hai loại là: viêm họng đỏ và viêm họng trắng (trên thực tế nhìn thấy).

2.3. Viêm họng đỏ.

Thực chất là viêm cấp tính niêm mạc họng hoặc Amidan hay gặp vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi.

2.3.1. Nguyên nhân.

- Virus: cúm, sởi.
- Vi khuẩn: phế cầu, liên cầu hoặc các vi khuẩn khác sẵn có ở họng.

2.3.2. Triệu chứng (do virus).

Triệu chứng toàn thân.

- Bắt đầu đột ngột, ớn lạnh, sốt cao 39⁰C- 40⁰C, nhức đầu, đau mình, ăn ngủ kém.
- Hạch cổ sưng, đau.

Triệu chứng cơ năng.

- Lúc đầu có cảm giác khô nóng trong họng, khát nước, dần dần cảm giác đau rất tăng lên khi nuốt và khi nói, đau lan lên tai và đau nhói khi nuốt.
- Ngạt tắc mũi và chảy nước mũi nhầy.
- Tiếng nói mất trong và khàn nhẹ.
- Ho khan.

Triệu chứng thực thể.

- Toàn bộ niêm mạc họng đỏ rực. Màng hầu, trụ trước, trụ sau và thành sau họng phù nề, đỏ.
- Hai Amidan viêm to, trên bề mặt Amidan có chất nhầy trong. Đôi khi có bọt trắng như nước cháo phủ trên bề mặt hoặc miệng các hốc Amidan.

Xét nghiệm: Bạch cầu trong máu không tăng.

2.3.3. Tiến triển.

- Bệnh diễn biến trong 3-4 ngày, nếu sức đề kháng tốt bệnh sẽ lui dần các triệu chứng trên sẽ mất đi rất nhanh.
- Nếu có bội nhiễm do liên cầu, tụ cầu, phế cầu các biến chứng sẽ xảy ra như: viêm tai, viêm mũi, phế quản phế viêm.

2.3.4. Thể lâm sàng.

- Viêm họng đỏ do cúm: thành từng vụ dịch với các triệu chứng khá nặng, nhức đầu, đau rất họng, xuất huyết ở thành sau họng.
- Viêm họng đỏ do vi rút APC (Adeno - Pharyngo- Conjonctivite) ở trẻ em: xuất tiết mũi, niêm mạc họng đỏ, viêm màng tiếp hợp và sưng hạch cổ, bệnh tiến triển 3-5 ngày.
- Viêm họng đỏ do vi khuẩn: viêm V.A và viêm Amidan. Có thể gây các biến chứng thấp tim, viêm cầu thận cấp... Hạch thường sưng to, bạch cầu tăng cao trong máu.
- Viêm họng đỏ do thuốc: gặp ở những người dị ứng với một số loại thuốc, sau khi dùng thuốc sẽ đau rất họng và xuất tiết mũi.

2.3.5. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào các triệu chứng: sốt cao đột ngột, đau rất họng, nuốt đau.
- Khám: niêm mạc họng đỏ rực, màng hầu, trụ trước, trụ sau và thành sau họng phù nề, đỏ. Hai Amidan sưng huyết đỏ, trên bề mặt có chất nhầy trong hoặc bọt trắng.
- Xét nghiệm: Bạch cầu trong máu không tăng (nguyên nhân do virus).

Chẩn đoán phân biệt:

- Giang mai giai đoạn II: niêm mạc họng đỏ, nhưng không sốt cao. Xét nghiệm BW (+).
- Phản ứng do ngộ độc: họng đau rất, nề đỏ. Nhưng không sốt, có ban đỏ ngoài da.

2.3.6. Điều trị: Giải quyết triệu chứng là chính.

- Nghỉ ngơi, giữ ấm.
- Hạ sốt: Aspirin, A.P.C, Analgin, Paracetamol, Efferalgan...
- Chống đau họng: hàng ngày súc họng bằng các dung dịch kiềm ấm như: nước muối, dung dịch clorat kali 1% hoặc BBM, trẻ em bôi họng bằng glyxerin bôrat 5%.
- Chống xuất tiết mũi: nhỏ mũi Argyron 1% (tối đa 3 ngày).
- Khí dung họng: kháng sinh + corticoid.
- Dùng kháng sinh toàn thân khi có bội nhiễm hoặc nguyên nhân do vi khuẩn.

2.3.7. Dự phòng.

- Không dùng chung khăn mặt, bát đĩa cốc chén với bệnh nhân.
- Nhỏ nước muối sinh lý hoặc nước tỏi pha loãng khi xung quanh có nhiều người viêm họng cấp tính.
- Cắt Amidan khi bị viêm tái phát nhiều lần.

2.4. Viêm họng bựa trắng thông thường.

Là một bệnh viêm họng cấp tính nặng và thường có các biến chứng thấp tim, viêm cầu thận cấp ... cần được phát hiện và điều trị kịp thời.

2.4.1. Nguyên nhân.

Do vi khuẩn thường là do liên cầu, đặc biệt là liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A. lây truyền bằng đường nước bọt.

2.4.2. Triệu chứng.

Triệu chứng toàn thân: khởi phát thường rầm rộ, bệnh nhân sốt cao 38°C - 39°C có rét run hoặc ớn lạnh, thể trạng mệt mỏi rõ rệt, nhức đầu nhiều.

Triệu chứng cơ năng.

- Đau họng: rát họng, nuốt đau nhói lên tai.
- Khàn tiếng nhẹ.

Triệu chứng thực thể.

- Hai Amidan to đỏ thẫm, các khe giãn. Một lớp bựa trắng bao phủ miệng khe. Lớp bựa này đầu tiên màu trắng kem sau trở lên vàng xám và chỉ khu trú ở Amidan và có thể dùng bông chùi đi mà không gây ra chảy máu.
- Trụ trước, trụ sau, lưỡi gà và màn hầu xung huyết đỏ nhưng không nề.
- Ở thành sau họng có vài đảo lympho bị viêm có bựa trắng.
- Các hạch ở vùng sau góc hàm bị sưng đau.

Xét nghiệm.

- Quyệt họng để soi cấy tìm vi khuẩn: liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A.
- Số lượng BC tăng từ 10.000 tới 12.000.
- Tốc độ máu lắng tăng cao, có thể có Albumin trong nước tiểu.

2.4.3. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào sự khởi phát của bệnh.

- Triệu chứng thực thể khi khám họng (lớp bựa trắng phủ lên bề mặt Amidan).
- Xét nghiệm: Cấy khuẩn tìm thấy liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A. Xét nghiệm máu BC tăng cao.

Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh bạch hầu: thường xảy ra thành dịch. Khám họng thường thấy có giả mạc, giả mạc gắn chặt vào niêm mạc, khi bóc ra thì chảy máu, giả mạc mọc rất nhanh, lan ra các trụ và màn hầu, giả mạc không tan trong nước. Bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc rõ. Hạch ở cổ, dưới cằm nổi nhiều và nhanh. Trước một bệnh nhân như vậy bao giờ cũng quyết định để cấy khuẩn.
- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân: Hạch cổ to, suy nhược, viêm họng trắng, loét họng. Trong máu tế bào đơn nhân tăng cao.

2.4.4. Điều trị.

- Điều trị kháng sinh bệnh diễn biến tốt, thuyên giảm trong vòng 24 giờ (Cephalothin, Amikacin, Gentamicin ...).
- Hạ sốt.
- Điều trị tại chỗ: súc họng, khí dung.
- Cắt Amidan khi bệnh ổn định. Đặc biệt là bệnh nhân có Albumin trong nước tiểu.

2.4.5. Biến chứng: Bệnh thường kéo dài 10 ngày mới khỏi hẳn, nếu kéo dài hơn dễ gây nên các biến chứng vào tuần thứ hai, thứ ba.

- Gây thấp tim, viêm cầu thận cấp.
- Viêm tấy quanh Amidan, viêm tai, viêm xoang, viêm thanh quản, viêm phế quản.
- Viêm hạch mỏ.
- Nhiễm trùng huyết.

3. Viêm họng mạn tính.

Viêm họng mạn tính là viêm mạn tính niêm mạc họng (được cấu tạo bởi lớp liên bào, tuyến nhầy và nang lymphô), rất hay gặp. Nó thường phối hợp với các bệnh viêm mũi, xoang mạn tính, viêm thanh, khí phế quản mạn tính.

Viêm họng mạn tính thể hiện dưới 3 hình thức: xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể toả lan hoặc khu trú.

3.1. Nguyên nhân.

- Ngạt tắc mũi do nhiều nguyên nhân trong đó có: dị hình vách ngăn, polype mũi... phải thở bằng miệng kéo dài, nhất là về mùa lạnh.
- Viêm mũi, xoang nhất là viêm xoang sau: nhầy mũi luôn chảy xuống thành sau họng.
- Các chất kích thích như: khói thuốc lá, rượu bia, bụi, sợi bông, hoá chất...
- Yếu tố cơ địa: thể địa dị ứng, suy gan, sỏi đường...

3.2. Triệu chứng.

3.2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Cảm thấy khô họng, nóng rát trong họng hoặc có cảm giác ngứa họng, vướng họng nhất là khi ngủ dậy, phải cố khạc đờm, đằng hắng để làm long đờm, đờm dẻo và đặc thường tăng lên khi nuốt.
- Bệnh nhân thường phải khạc nhổ luôn, có ít nhầy quánh.
- Ho nhiều vào ban đêm, khi lạnh.
- Nuốt hơi nghẹn.
- Tiếng nói bị khàn trong giây lát rồi trở lại bình thường.

Khi uống rượu, hút thuốc lá nhiều, nói nhiều, triệu chứng trên càng trở nên rõ rệt.

3.2.2. Triệu chứng thực thể: tùy theo tổn thương, có thể thấy các thể:

Viêm họng mạn tính xuất tiết.

- Niêm mạc họng đỏ, ướt, có chất xuất tiết nhầy, trong dính vào thành sau họng.
- Khạc hay rửa hút đi thấy thành sau họng không nhẵn, có nổi vài tia máu và nang lympho nổi lên thành những hạt nề, đỏ.

Viêm họng mạn tính quá phát.

- Niêm mạc họng dày và đỏ, cạnh trụ sau của Amidan niêm mạc nề dày lên làm thành trụ giả (vì vậy bệnh nhân rất nhạy cảm ở họng và rất dễ buồn nôn).
- Thành sau họng có các nang lympho phát triển mạnh, quá sản dày thành những đám nề, màu hồng hay đỏ lồi cao hơn thường gọi đó là viêm họng hạt
- Màng hầu và lưỡi gà cũng trở nên dày, eo họng bị hẹp.
- Niêm mạc loa vòi Eustache cũng quá sản (bệnh nhân thấy ù tai).
- Mép sau của thanh quản bị dày (nên bệnh nhân ho, khàn tiếng, xuất tiết nhiều).

Viêm họng mạn tính teo: Quá phát lâu ngày chuyển sang teo.

- Tuyến nhầy và nang lympho xơ hoá.
- Niêm mạc trở lên nhẵn mỏng, trắng bệch có mạch máu nhỏ.
- Eo họng rộng ra.
- Tiết nhầy khô lại biến thành vảy dính vào niêm mạc (bệnh nhân phải đằng hắng hoặc ho luôn).

3.3. Tiến triển và biến chứng.

- Viêm họng mạn tính khi loại trừ được các yếu tố nguyên nhân cũng có thể khỏi được. Thường các viêm họng mạn tính sẽ lần lượt qua các giai đoạn xuất tiết, quá phát và teo nếu để kéo dài không điều trị. Đặc biệt các trường hợp trĩ mũi (ozen). Suy yếu niêm mạc đường thở do các bụi hoá chất cũng trở thành viêm họng teo.
- Viêm họng mạn tính cũng thường đưa đến viêm thanh quản mạn tính, viêm thanh-khí phế quản mạn tính... hoặc các đợt viêm cấp như viêm Amidan cấp tính, áp xe Amidan...
- Gây lên suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh do phải luôn khạc nhổ, nhất là ban đêm.

3.4. Điều trị.

3.4.1. Điều trị nguyên nhân.

- Giải quyết các ổ viêm tiềm tàng ở mũi, xoang (viêm xoang sau), viêm Amidan.

- Giải quyết sự lưu thông của mũi: dị hình vách ngăn, polype mũi, thoái hoá cuốn mũi dưới...
- Loại bỏ các kích thích như: bụi, hoá chất, thuốc lá, rượu...
- Điều trị dị ứng (nếu do thể địa).

3.4.2. Điều trị tại chỗ.

Giai đoạn xuất tiết:

- Súc họng bằng dung dịch kiềm như: BBM, nước muối nhạt...
- Bôi và chấm họng bằng glycerin borat 3%, S.M.C (Salicylat Na, menthol).
- Khí dung họng: Hydrocortison + kháng sinh.
- Nếu có nhiều nhầy dính ở thành sau họng thì rửa bằng dung dịch borat Natri 1% cho hết vẩy, bôi họng và khí dung.

Giai đoạn quá phát: đốt điện nóng, cao tần hoặc đốt bằng nitơ lỏng hay laser.

Giai đoạn teo: bôi glyxêrin iôt 0,5% hoặc mỡ thuỷ ngân 1%.

3.5. Phòng bệnh.

- Đeo khẩu trang bảo hộ khi tiếp xúc với bụi và hoá chất.
- Súc họng hàng ngày bằng dung dịch kiềm ấm hoặc nước muối.
- Nâng cao thể trạng: cho uống các vitamin A, D2, uống nước sôi, nước khoáng.

34. VIÊM MŨI

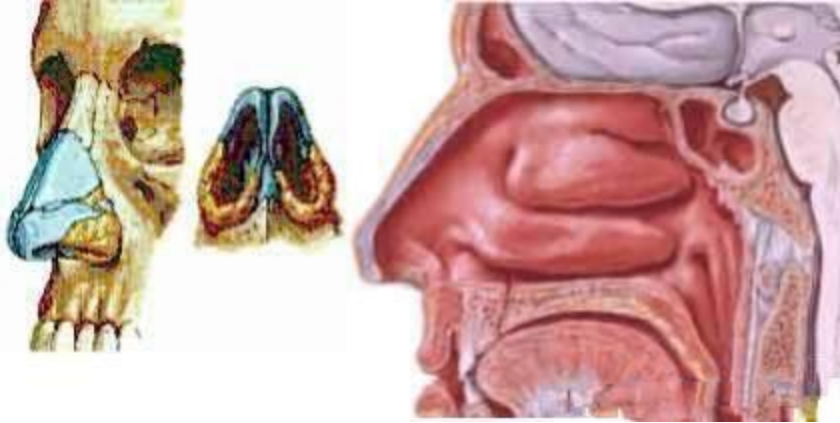
1. Giải phẫu và sinh lý mũi.

1.1. Giải phẫu mũi: Gồm có tháp mũi và hốc mũi.

Tháp mũi: như một mái che kín hốc mũi, có khung là xương chính mũi, ngành lên xương hàm trên, sụn cánh mũi và sụn uốn quanh lỗ mũi.

Hốc mũi: vách ngăn chia hốc mũi thành hốc mũi phải và hốc mũi trái, là hai khoảng thông từ trước ra sau. Phía trước có hai lỗ mũi, phía sau có hai cửa mũi sau.

Mỗi hốc mũi có 4 thành:



- Thành trên: là trần của hốc mũi, ngăn cách hốc mũi với sọ não.
- Thành dưới: là sàn mũi, ngăn cách mũi với miệng.
- Thành trong: hay là vách ngăn mũi là một vách thẳng đi từ trần mũi xuống sàn mũi và chạy dọc từ trước ra sau ngăn mũi thành hai hốc mũi phải và trái. Các mạch máu của vách ngăn mũi đều chạy tới tập trung ở vùng trước dưới của niêm mạc vách ngăn mũi, tạo thành một vùng có nhiều mạch máu gọi là điểm mạch, nơi thường xảy ra chảy máu mũi.
- Thành ngoài: là thành quan trọng hơn cả. Thành ngoài có 3 xương uốn cong còn gọi xương xoắn theo thứ tự trên, giữa, dưới. Ba xương xoắn được mang tên: xương xoắn trên, xương xoắn giữa và xương xoắn dưới.

Mỗi một xương xoắn hợp với thành ngoài của hốc mũi tạo thành một khe mũi hay là ngách mũi. Tên của ngách mũi được gọi theo tên của xương xoắn tương ứng là: ngách mũi trên, ngách mũi giữa và ngách mũi dưới.

Ngách mũi dưới ở đầu có lỗ thông của ống lệ tỵ, ống này từ túi lệ xuống.

Ngách mũi giữa là nơi thông ra hốc mũi của các xoang hàm, sàng trước và xoang trán.

Ngách mũi trên là nơi thông ra hốc mũi của các xoang sàng sau, còn xoang bướm có lỗ thông trực tiếp ra phần trên và sau của hốc mũi.

Loa vòi ở cách đuôi xương xoắn giữa hơn 1cm vào phía sau và hơi chếch xuống dưới. Sau đuôi xương xoắn trên có lỗ bướm khẩu cái, ở đó thoát ra động mạch bướm khẩu cái và dây thần kinh bướm khẩu cái (nhánh mũi).

Từ lưng xương xoắn giữa trở lên niêm mạc mũi chứa những tế bào khứu giác.

1.2. Sinh lý mũi.

Mũi có chức năng: hô hấp, phát âm và ngửi. Không khí được sưởi ấm, làm ẩm và lọc sạch trước khi vào phổi.

Hô hấp: là chức năng chính, thành bên của hốc mũi giữ vai trò cơ bản trong sinh lý thở vào. Mũi làm ẩm, ấm và làm sạch không khí thực hiện được là nhờ niêm mạc mũi, có hệ thống niêm mạc biểu mô trụ đơn có lông chuyển với các tế bào tiết, với cấu trúc rất giàu mạch máu.

Lớp nhầy này bắt giữ các vật lạ để lớp tế bào lông chuyển ra phía sau mũi với nhịp độ từ 400 đến 800 nhịp/1 phút. Hệ thống màng nhầy này hoạt động rất hiệu quả, nó bảo vệ lớp biểu mô

của mũi tuy nhiên cũng dễ bị ảnh hưởng do viêm nhiễm, độ ẩm, hoá học, bụi, vi sinh, vi khuẩn, nấm mốc...

Hệ thống tế bào ở hạ niêm mạc, sản sinh ra các thực bào và dịch thể miễn dịch như các loại IgG, IgA, IgM...

Ngửi: được thực hiện bởi niêm mạc ngửi nằm ở phần cao của hốc mũi, với các tế bào thần kinh cảm giác và đầu tận của thần kinh khứu giác, trên diện tích 2-3cm còn gọi là điểm vàng. Để ngửi được không khí phải đến được vùng ngửi. Các chất có mùi phải được hoà tan trong lớp màng nhầy trên tế bào cảm giác thì mới tạo được kích thích tới dây thần kinh khứu giác.

Phát âm: mũi cấu thành một số âm gọi là âm mũi.

Viêm mũi cấp tính

Viêm mũi cấp tính là một trong những bệnh thường xuyên của đường hô hấp trên. Nó thường xảy ra độc lập hoặc phối hợp với một số bệnh nhiễm trùng cấp tính khác.

2.1. Bệnh nguyên và bệnh sinh.

- Cơ chế thần kinh, phản xạ là cơ sở của viêm nhiễm cấp tính ở niêm mạc mũi. Viêm mũi cấp tính thường là biểu hiện phản ứng của cơ thể khi gặp lạnh nói chung hoặc lạnh tại chỗ ở mũi. Tính thụ cảm với lạnh phụ thuộc vào sự rèn luyện của cơ thể với nhiệt độ thấp và thay đổi, đồng thời phụ thuộc sức đề kháng của cơ thể do mắc các bệnh có vi khuẩn gây bệnh thường khu trú trong miệng, mũi, họng.

- Ngoài ra các yếu tố gây nhiễm trùng có thể từ ngoài vào hốc mũi hoặc bằng đường máu nhất là viêm mũi trong các bệnh nhiễm trùng cấp tính như: cúm, sởi, bạch hầu...

- Viêm mũi cấp tính còn gặp sau tổn thương niêm mạc mũi như: dị vật, đốt cuốn nhất là đốt còte điện.

- Nguyên nhân viêm mũi cấp tính còn có thể là yếu tố trong sản xuất, tác động của bụi, khói, than bụi kim loại trong không khí, các loại hơi axit và một số hoá chất khác.

2.2. Triệu chứng.

Viêm mũi cấp tính thường gây thương tổn đồng thời cả 2 bên mũi. Các triệu chứng cơ bản là: chảy mũi nhiều và ngạt mũi, những triệu chứng này có thể biểu hiện ở các mức độ khác nhau tùy thuộc giai đoạn của bệnh cũng như tình trạng niêm mạc mũi trước đó. Người ta chia tiến triển của viêm mũi cấp tính thành 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: bệnh khởi đầu không có rối loạn gì đáng kể về tình trạng toàn thân. Hắt hơi, cảm giác nóng rát và nhức trong họng nhất là ở họng mũi, đôi khi khàn tiếng, thường sốt nhẹ. Trong giai đoạn đầu này, cảm giác chủ yếu là khô họng và họng mũi, niêm mạc nề đỏ và khô.

Giai đoạn 2: sau một vài giờ thậm chí một vài ngày hình ảnh lâm sàng sẽ thay đổi, giảm phù nề niêm mạc, niêm mạc trở nên ẩm và bắt đầu xuất tiết nhiều niêm dịch, bệnh nhân thấy dễ chịu

hơn.

Giai đoạn 3 (giai đoạn làm mủ): dịch xuất tiết trở thành niêm dịch mủ do pha trộn với các thành phần biểu mô và bạch cầu thoái hoá. Sau đó số lượng dịch tiết giảm dần, viêm niêm mạc nhanh chóng được thanh toán và qua 7 - 10 ngày thì hoàn toàn hồi phục lại.

Đối với những người có tình trạng teo niêm mạc mũi, có thể không ngạt mũi hoàn toàn, thời gian của giai đoạn cấp tính ngắn hơn, mặc dù sau đó có thể tăng cảm giác khô và kích thích niêm mạc mũi trong một thời gian dài. Ngược lại với người có tình trạng quá phát niêm mạc mũi thì biểu hiện nhất là phù nề và xuất tiết ở niêm mạc sẽ mạnh hơn nhiều.

Ở giai đoạn đầu của viêm mũi cấp tính, bệnh nhân có cảm giác nặng đầu do đó khó tập trung tư tưởng làm việc trí óc. Do phù nề niêm mạc nên thay đổi giọng nói, ngữ kém do ngạt mũi gây ra hoặc do quá trình viêm lan vào vùng khứu giác. Về sau thường xuất hiện đau vùng trán và ổ mắt, cho hay đã có biểu hiện đồng thời của viêm xoang, xuất tiết mũi làm da vùng cửa mũi trở nên đỏ và dễ phù nề, thường xuất hiện những vết nứt nhỏ, cùng hay gặp viêm kết mạc do viêm nhiễm lan qua đường dẫn lệ và viêm tai giữa cấp tính (do viêm lan qua vòi tai).

Viêm mũi cấp tính ở trẻ em còn bú có thể nghiêm trọng. Những tháng đầu do đặc điểm về cấu trúc và chức năng của hệ thần kinh trung ương, sự thính nghi với những thay đổi của môi trường bên ngoài ở trẻ kém hơn so với người lớn. Hốc mũi trẻ trong những năm đầu thường rất nhỏ, thậm chí chỉ hơi phù nề một chút cũng dẫn tới ngạt mũi. Do vậy không những rối loạn thở mà còn làm cho trẻ bú khó khăn. Trẻ gầy, hay quấy khóc, ngủ ít, hay bị sốt, viêm nhiễm có thể lan tới hàm ếch, thanh khí, phế quản và phổi. Những biến chứng này gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn.

2.3. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định: Chẩn đoán viêm mũi không khó, ngay cả khi không soi mũi, dựa trên các triệu chứng chủ quan và khách quan.

Chẩn đoán phân biệt:

- Ở trẻ nhỏ, nếu viêm kéo dài và điều trị thông thường không được thì cần nghĩ tới viêm mũi do lậu hoặc giang mai, đồng thời cũng nên nghĩ tới bạch hầu mũi thường tiến triển không có triệu chứng. Cũng đừng quên chẩn đoán phân biệt với triệu chứng sổ mũi trong các bệnh nhiễm trùng cấp tính như: sởi, ho gà, tinh hồng nhiệt. Trong trường hợp này phải thu thập tỉ mỉ tiền sử dịch tễ và khám toàn thân sẽ có thể xác định chẩn đoán.

- Các bệnh hô hấp cấp tính thường bắt đầu bằng viêm mũi cấp tính trong đó những biểu hiện tại chỗ của bệnh lan rộng hơn, xâm lấn cả niêm mạc họng, thanh quản, khí quản... về bản chất viêm mũi cấp tính là một dạng khu trú của các bệnh hô hấp cấp tính. Trong chẩn đoán phân biệt cần nghĩ tới cúm.

2.4. Điều trị.

- Khi có sốt và viêm mũi tiến triển nặng thì cho nằm điều trị, nhà ở cần thoáng khí, tránh không khí quá lạnh và khô.

- Điều trị càng sớm càng tốt, dùng thuốc lợi mờ hôi, hạ sốt. Nếu có đau đầu cho dùng thuốc

giảm đau.

- Điều trị tại chỗ:

Loại trừ ngạt mũi: có thể dùng thuốc co mạch ở dạng nhỏ mũi hoặc bôi mũi như: Ephedrin 2%, Napthasolin 0,1%

Điều trị khí dung: kháng sinh + kháng Histamin + co mạch.

Trong viêm mũi cấp tính ở trẻ em còn bú, trước khi cho ăn từ 5 - 10 phút cần cho nhỏ mũi thuốc co mạch (Adrenalin 1‰).

2.5. Tiên lượng: Viêm mũi cấp tính ở người lớn tiên lượng tốt, một vài trường hợp có thể sinh biến chứng (viêm xoang, viêm vòm mũi, viêm tai giữa...) thì tiên lượng kém hơn, trẻ bú có tiên lượng kém hơn.

2.6. Phòng bệnh.

- Phòng ngừa các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp trên, trước hết là phải hướng tới rèn luyện cơ thể, nhất là những người có cơ địa viêm mũi. Các biện pháp tắm nước, tắm nắng, tắm khí và các dạng thể thao nhằm tăng cường hệ tim mạch và bộ máy hô hấp, giúp cơ thể tạo ra những phản ứng bình thường...

- Cũng vì các dị hình trong hốc mũi cản trở hô hấp và tạo điều kiện phát triển bệnh viêm mũi tái diễn, nên phải phục hồi sự lưu thông mũi bình thường để phòng bệnh. Những cản trở thực thể như: quá phát cuốn mũi, vẹo vách ngăn mũi, các khối u trong hốc mũi...

- Cần hướng dẫn bệnh nhân cách xì mũi từng bên khi viêm mũi cấp tính không được xì quá mạnh để tránh đưa những nhiễm trùng xâm nhập vào tai hoặc xương chũm.

Viêm mũi mạn tính

Bao gồm:

- Viêm mũi mạn tính xuất tiết.
- Viêm mũi quá phát.

3.1. Viêm mũi mạn tính xuất tiết.

3.1.1. Triệu chứng: Viêm mũi mạn tính xuất tiết đặc trưng bởi xung huyết lan toả và phù nề nhiều ở niêm mạc mũi (đôi khi nề tím). Triệu chứng gần giống như trong viêm mũi cấp tính.

Triệu chứng toàn thân: không có gì đặc biệt.

Triệu chứng tại chỗ:

- Ngạt mũi không thường xuyên, ngạt tăng lên theo tư thế bệnh nhân nằm ngửa hay nghiêng. Thông thường trong những trường hợp này có ứ máu ở những phần dưới thấp của mũi. Các mạch máu của tổ chức hang do mất trương lực, ở trạng thái giãn nên ứ máu, gây cản trở thở bằng đường mũi. Khi quay nghiêng sang bên kia, ngạt mũi cũng chuyển sang lỗ mũi nằm ở thấp.
- Chảy mũi hầu như thường xuyên.
- Những biến chứng trong viêm mũi mạn tính có thể ở dạng giảm ngửi hoặc đôi khi mất ngửi,

thường tổn thương cơ quan thính giác do dịch viêm chảy từ mũi qua vòi tai vào hòm tai.

3.1.2. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định thường khó.

Chẩn đoán phân biệt.

- Với viêm mũi quá phát: gây co niêm mạc mũi bằng dung dịch Cocain 1% - 3% có pha Adrenalin 1%₀ hoặc dung dịch Ephedrin 2%-3%. Nếu hầu như hết hoàn toàn sự phù nề niêm mạc mũi, sau khi nhỏ thuốc co mạch, chứng tỏ viêm mũi mạn tính thường. Còn nếu không co chứng tỏ viêm mũi quá phát. Thăm dò niêm mạc mũi bằng que thăm đầu tù có thể cho ta hình dung được mức độ phù nề của nó.
- Trong viêm mũi xuất tiết nhất là có xuất tiết nhiều, cần loại trừ bệnh xoang là nguồn gốc có thể gây ra sự xuất tiết này.

3.1.3. Điều trị.

- Để giảm phù nề và chống viêm, dùng các thuốc se hoặc các thuốc đốt cuốn mũi.
 - Bôi dung dịch Nitrat bạc 1%, 2%, 3% hoặc dung dịch Clorua kẽm.
 - Nếu tái diễn dùng Napthasolin 0,5% hoặc Ephêdrin 1% có kết quả.
 - Về lý liệu, có thể khí dung, chiếu tia sóng ngắn vào vùng mũi, điện di dung dịch Novocain 5%.
- Nếu không có kết quả có thể chỉ định đốt cuốn mũi dưới bằng cote điện.

3.2. Viêm mũi quá phát.

Là dạng viêm đặc trưng bởi sự tăng sinh của tổ chức liên kết. Sự tăng sinh các thành phần tổ chức này không phải diễn ra mạnh trên toàn bộ niêm mạc mũi mà chủ yếu ở các vị trí có tổ chức hang. Đó là đầu và đuôi cuốn mũi giữa và dưới. Đôi khi chúng nở to chiếm toàn bộ vùng phía dưới cuốn dưới, bề mặt phần quá phát có thể phẳng, song thường là gồ ghề, nhất là vùng các đầu cuốn có dạng múi, thùy lồi ra. Đuôi cuốn quá phát có thể có dạng khối u lồi vào tỵ hầu. Màu sắc bề mặt phần quá phát tùy thuộc vào lượng tổ chức liên kết phát triển và cấp máu: có thể nâu đỏ hoặc đỏ thẫm hoặc tím xẫm.

3.2.1. Triệu chứng.

Triệu chứng của viêm mũi quá phát cũng có ngạt tắc mũi và chảy mũi. tuy vậy ngạt mũi ở đây là do nguyên nhân bền vững (quá phát niêm mạc) nên nó thường xuyên hơn và ít thấy giảm đi sau khi bôi thuốc co mạch. Thông thường trong viêm mũi quá phát mạn tính, đuôi cuốn dưới có thể chắn trực tiếp vào lỗ hầu của vòi tai hoặc tạo điều kiện cho viêm nhiễm vào vòi tai và hòm tai. Đôi khi còn tổn thương cả hệ thống tuyến lệ do đầu cuốn dưới quá phát bịt mất lỗ dưới của ống lệ tỵ, gây chảy nước mắt, viêm túi lệ và viêm kết mạc.

Viêm mũi mạn tính cũng là nguyên nhân gây nhức đầu, khó thở, nhất là về đêm, các cơn hen và những rối loạn thần kinh khác.

3.2.2. Điều trị.

Phòng bệnh trước hết phải loại hết tất cả các nguyên nhân gây viêm mũi mạn tính. Như vậy trước hết phải chú ý tới thể trạng chung của cơ thể (các bệnh tim, thận nhiễm mỡ...), các điều kiện vệ sinh và nghề nghiệp trong lao động của bệnh nhân. Sau khi đã sáng tỏ và loại trừ

nguyên nhân này sẽ tiến hành điều trị tại chỗ.

Điều trị thuốc: Bôi thuốc với mục đích làm giảm phù nề niêm mạc mũi thường dùng dung dịch Glycerin iot 0,5 -1,5%. Đối với dạng viêm mũi quá phát đòi hỏi điều trị kiên quyết hơn. Nếu niêm mạc chưa quá phát mạnh thì dùng hoá chất đốt cháy: axit cromic, axit tricloaxetic, nitrat bạc...

Điều trị bằng đốt điện (côte): Trước khi đốt hãy bôi tê niêm mạc mũi bằng dung dịch Cocain với Adrenalin 3-5% từ 1-2 lần. Khi đốt bằng que điện cần tuân thủ theo các nguyên tắc sau:

- Không cần nung que điện đến sáng trắng vì tác dụng cầm máu chỉ cần tới mức nung đỏ.
- Trong khi đốt cần quan sát để không bị đốt đồng thời cả 2 bên đối diện của hốc mũi tránh bị dính về sau do đốt.
- Không được rút đầu côte điện ra khỏi tổ chức bị đốt khi ở trạng thái nguội vì sẽ kéo theo ra một mảng tổ chức gây chảy máu. Đưa côte điện ra ngoài mũi, vẫn ở tình trạng nung đỏ.
- Thường làm 1 - 2 vết đốt từ sau kéo ra trước theo bờ cuốn để sau đó sẹo tạo thành sau khi rụng đi sẽ co nhỏ niêm mạc phù nề lại.
- Với côte điện đôi khi chỉ cần một lần là được, nhưng có khi phải đốt lại lần 2, sau khi bong vảy lần đầu.
- Cần phòng cho bệnh nhân viêm và ngạt mũi ngay mấy ngày sau khi đốt.

Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định: Khi có biểu hiện quá phát xương hoặc tăng sinh tổ chức liên kết, không còn đáp ứng với thuốc co mạch, phải dùng đến biện pháp phẫu thuật.
- Các chống chỉ định phẫu thuật là: Có biểu hiện sốt và bệnh cấp tính. Giảm đông máu và các bệnh chảy máu kéo dài.
- Kỹ thuật: Khi lấy bỏ những phần quá phát khu trú ở đầu, đuôi cuốn và toàn bộ bờ dưới cuốn dưới, hay ở đầu, bụng cuốn giữa, cũng cần gây tê tại chỗ như nói trên và tốt nhất là lấy bằng thông lọng. quan sát đưa thông lọng vào mũi và lựa ngoặc vào sát nền và rồi cắt lấy ra. Nếu sự phát triển chiếm toàn bộ bờ dưới cuốn dưới thì cắt bằng kéo cắt cuốn. Sau phẫu thuật nhét bắc mũi vô trùng có tẩm dầu + kháng sinh. Bắc tẩm dầu có nhiều tác dụng: làm giảm bớt tính kích thích niêm mạc và lấy ra không cần nhỏ oxy già như một số tác giả đề nghị. Rút bắc ra sau 24 - 48 giờ. Sau rút bắc phải theo dõi bệnh nhân từ 30 phút đến 1 giờ. Để tránh chảy máu phải giữ bệnh nhân ở trong nhà, không dùng thức ăn nóng, không uống rượu, tránh lao động chân tay.
- Biến chứng sau phẫu thuật hoặc đốt thường là chảy máu và dính. Dính xảy ra thường do tổn thương ở 2 phía niêm mạc đối diện nhau (cuốn và vách ngăn). Có thể có viêm họng sau phẫu thuật này nhất là ở người bị viêm Amidan mạn tính.

35. VIÊM VA

1. Đại cương

VA (Végétations Adénoïdes) là một khối lympho nằm ở nóc vòm, thuộc vòng bạch huyết Waldeyer của họng, mà bình thường mọi em bé đều có. Lớp tân nang này dày độ 2 mm nằm trong lớp dưới niêm mạc của nóc vòm và thành sau của vòm mũi họng, gồm nhiều nếp nhỏ chạy dài từ sau ra trước và hướng về một chỗ lõm ở giữa nóc vòm gọi là hố Toocvan (Tornwaldt).

Khi tổ chức này bị viêm và quá phát thì nó biến thành những khối to gọi là viêm VA (hay còn gọi là viêm sùi vòm, viêm họng mũi, viêm amidan vòm) có thể che lấp mũi sau.

2. Cấu tạo và chức năng của vòng Waldeyer

2.1. Cấu tạo

Trong lớp dưới niêm mạc của vùng họng mũi và vùng họng miệng có một hệ thống tổ chức bạch huyết rất phong phú, trong đó có những vùng mà tổ chức bạch huyết này tập trung thành những khối theo 1 vòng tròn ở mặt trước của họng gọi là vòng bạch huyết Waldeyer, gồm:

- VA (végétations adénoïdes) nghĩa là sùi vòm, nằm ở thành sau trên của vòm và còn gọi là amidan vòm hay amidan của Luschka.
- Amidan vòm ở quanh lỗ vòm Eustache còn gọi là amidan của Gerlach.
- Amidan khẩu cái nằm ở thành bên của họng miệng còn gọi tắt là amidan.
- Amidan đáy lưỡi ở 1/3 sau của lưỡi, thuộc vùng họng miệng.

2.2. Chức năng miễn dịch của vòng Waldeyer

Vòng Waldeyer nói riêng và tổ chức lympho của vùng mũi họng nói chung có vai trò bảo vệ cơ thể thông qua cơ chế miễn dịch: tạo ra miễn dịch tế bào nhờ các lympho T, tạo ra miễn dịch thể dịch nhờ vào các lympho B gây chuyển dạng tương bào sản xuất ra các globulin miễn dịch G.A.M.D.E.

Trẻ lọt lòng, miễn dịch thể dịch của trẻ chỉ có IgG được hấp thu từ bà mẹ qua nhau thai trong thời kỳ bào thai. Tỷ lệ IgG của trẻ sẽ giảm dần rồi mất hẳn sau 6 tháng tuổi. Nhờ vào quá trình tiếp xúc với các kháng nguyên từ môi trường bên ngoài, từ tháng thứ 6 trở đi, cơ thể trẻ tự sản xuất các Globulin miễn dịch, đầu tiên là IgM, kế đó là IgG.

Các tỷ lệ này sẽ đạt đến giá trị bình thường ở 18 tháng tuổi nhưng phải đến 9 tuổi mới có được sự trưởng thành miễn dịch như người lớn. Do đó, từ 6 tháng đến 9 tuổi còn được gọi là thời kỳ thiếu hụt miễn dịch sinh lý, trẻ có nhiều đợt viêm nhiễm đường hô hấp trên trong đó có viêm VA và amidan.

Chính sự đương đầu với các kháng nguyên không đồng nhất đã giúp trẻ phát triển về hệ thống đề kháng miễn dịch. Những vùng tổ chức giàu các tế bào có khả năng miễn dịch lại nằm ở đường tiêu hóa hoặc ở đường hô hấp trên nên chúng thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố bên ngoài. Đó là mảng Peyer của ruột và vòng Waldeyer của họng. Đơn vị mô học có chức năng miễn dịch tương ứng với trung tâm mầm chứa các lympho B và một vài lympho T (bao quanh các lympho B).

Giữa sự miễn dịch niêm mạc và miễn dịch toàn thân có những mối quan hệ với nhau. Các kháng nguyên virus hoặc vi khuẩn, một khi bị tóm bắt và được trình diện với các lymphocyte, sẽ gây nên một sự chuyển dạng các tương bào và tổng hợp nên các globulin miễn dịch G, A, M, D và E. Các tế bào có khả năng miễn dịch và các kháng thể khác nhau đều có khả năng di trú trong toàn bộ cơ thể để phát huy hiệu quả của chúng.

Sự tấn công của các kháng nguyên mới (có khoảng gần 200 type huyết thanh virus khác nhau) đã gây nên sự gia tăng thể tích của các cơ quan bạch huyết, tăng cường hiện tượng viêm và nhiễm trùng gần như bắt buộc trong quá trình đạt đến sự trưởng thành miễn dịch ở lứa tuổi trẻ em.

Như vậy, viêm VA và viêm A không biến chứng ở trẻ em là quá trình có lợi cho cơ thể vì giúp cho cơ thể hình thành sự miễn dịch cần thiết, chúng chỉ trở thành bệnh lý khi tái phát thường xuyên hoặc có biến chứng.

3. Dịch tễ học viêm VA

VA là tổ chức lympho bình thường của con người, lúc đẻ ra đã có, nó phát triển đến cao độ vào khoảng 2-6 tuổi (lứa tuổi nhà trẻ và mẫu giáo). Nhưng trong một số trường hợp cá biệt chúng ta có thể thấy sùi vòm quá phát to ở hài nhi hay người lớn.

Tỉ lệ viêm VA và viêm A ở nước ta khoảng 30%, ở Pháp 25%, Tiệp Khắc 12%, Đức 17%.

Viêm VA và viêm amidan có thể gây nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, lao động, học tập...

4. Nguyên nhân của viêm VA

4.1. Viêm nhiễm

- Do bị lạnh, các vi khuẩn và virus có sẵn ở mũi họng trở nên gây bệnh. Vi khuẩn bội nhiễm thường là liên cầu, tụ cầu.

- Sau các bệnh nhiễm khuẩn lây của đường hô hấp trên như cúm, sởi, ho gà... Do đó những trẻ sống tập thể (nhà trẻ, mẫu giáo dễ lây lan cho nhau).

- Giang mai bẩm sinh là một yếu tố thuận lợi cho sự quá phát của VA.

4.2. Tạng bạch huyết

Có một số trẻ có tổ chức bạch huyết phát triển rất mạnh. Nhiều hạch ở cổ, ở họng quá phát rất dễ bị viêm nhiễm, tạo điều kiện thuận lợi cho viêm VA.

4.3. Do cấu trúc và vị trí của VA

VA có nhiều khe hốc, là nơi vi khuẩn dễ trú ẩn và phát triển. Hơn nữa VA nằm ở vòm mũi họng, là cửa ngõ của đường thở ở trẻ em (trẻ em thường quen thở bằng mũi là chủ yếu), nên vi khuẩn-virus dễ xâm nhập.

5. Viêm VA cấp

Viêm VA cấp là viêm nhiễm cấp tính xuất tiết hoặc viêm mủ ở tổ chức bạch huyết ở nóc vòm. Ngay từ nhỏ đã có thể gặp.

5.1. Triệu chứng toàn thân

Ở hài nhi bệnh bắt đầu đột ngột với sốt cao 39-40^oC, thể trạng nhiễm trùng. Thường kèm theo những hiện tượng phản ứng dữ dội như co giật hoặc khó thở do co thắt thanh quản. Đôi khi có phản ứng màng não như nôn mửa, rối loạn tiêu hóa, v.v...

5.2. Triệu chứng cơ năng

- *Tắc mũi*: là triệu chứng điển hình, có thể tắc hoàn toàn phải thở bằng miệng. Đối với trẻ nhỏ thường thở nhanh, nhịp thở không đều, bỏ bú hoặc bú ngắt quãng và quấy khóc nhiều. Đối với trẻ lớn, tắc mũi thường không hoàn toàn nhưng thở ngáy.

- *Chảy mũi*: chảy mũi nhầy ra cả hai mũi, cả mũi trước và mũi sau.

- *Ho*: do phản xạ kích thích bởi dịch mũi từ vòm họng chảy xuống thành sau họng.

- *Viêm VA ở trẻ lớn*: đêm ngủ thường ngáy, nói giọng mũi kín.

- *Viêm VA ở người lớn*: cảm giác mệt mỏi, thở khụt khịt, nhức đầu, khô rát vòm họng, có thể ù tai và nghe kém.

5.3. Triệu chứng thực thể

- *Soi mũi trước*: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy, các cuốn mũi phù nề đỏ và xuất tiết. ở trẻ lớn, sau khi hút sạch mủ và đặt thuốc co mạch Ephédrin 1% hoặc Adrénaline có thể nhìn thấy tổ chức VA màu đỏ mấp mé ở cửa mũi sau.

- *Soi mũi sau gián tiếp bằng gương hoặc dùng ống nội soi*: chỉ làm được với trẻ lớn và người lớn. Thấy khối VA viêm đỏ và vòm có nhiều xuất tiết nhầy.
- *Khám họng*: thấy niêm mạc họng đỏ, có mủ nhầy phủ lên niêm mạc thành sau họng từ trên vòm họng chảy xuống.
- *Khám tai*: thấy màng nhĩ thường có phản ứng, trở thành sung huyết đỏ và lõm. Đây là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán viêm VA cấp.
- *Có thể sờ thấy hạch* ở góc hàm, máng cảnh, có khi ở cả sau cơ ức đòn chũm. Hạch sưng, ấn đau.
- *Không nên sờ vòm* trong giai đoạn viêm cấp.

6. Viêm VA mạn tính

Là viêm VA quá phát xơ hóa sau viêm cấp nhiều lần. Bệnh hay gặp ở trẻ từ 18 tháng đến 6 tuổi.

6.1. Triệu chứng toàn thân

Em bé thường ho và sốt từng đợt gọi là sốt vặt. Chậm phát triển về thể chất và tinh thần, thiếu oxy não kéo dài, da xanh xao, đêm ngủ hay giật mình và hay đái dầm.

6.2. Triệu chứng cơ năng

- Tắc mũi liên tục.
- Chảy mũi mủ nhầy xanh kéo dài hàng tháng, có khi gây loét tiền đình mũi gọi là thò lò mũi xanh.
- Thường xuyên há mồm để thở, nói giọng mũi kín.
- Tai nghe kém nhưng thường không được chú ý.
- Đêm ngủ ngáy. Hay nghiến răng. Hay ho do phản xạ và khóc vặt.

6.3. Triệu chứng thực thể

- *Soi mũi trước*: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy xanh, niêm mạc mũi phù nề, ứ cuộn dưới to. Ở trẻ lớn, sau khi hút sạch mủ và đặt thuốc co mạch có thể nhìn qua hốc mũi trước thấy tổ chức VA màu hồng nhạt lấp mé ở cửa mũi sau.



Hình ảnh viêm VA quá phát như búi dâu ở nóc vòm.

Theo Võ Tấn. Viêm VA. TMH thực hành. Tập 1.

- *Soi mũi sau*: chỉ làm được với trẻ lớn và người lớn. Thấy khối VA màu hồng nhạt, quá phát, chiếm vòm mũi họng, che lấp cửa mũi sau và vòm có nhiều mủ nhầy xanh.

- *Khám họng*: thấy amidan khẩu cái thường quá phát, thành sau họng có nhiều khối lympho to bằng hạt đậu xanh. Thấy mủ nhầy chảy từ vòm xuống. Màng hầu hơi bị đẩy dồn ra trước, hàm ếch thường bị hẹp theo chiều ngang và lõm sâu. Răng hay mọc lệch.

- *Khám tai*: thấy màng nhĩ mất bóng trở thành xám đục, hơi lõm do tắc vòi nhĩ, hoặc bị VTG mạn tính mủ nhầy.

- *Sờ vòm*: cảm giác có tổ chức VA như búi dâu, mềm. Vòm họng hẹp lại.

- *Nếu bệnh để muộn*, sẽ có di chứng là bộ mặt VA do còi xương nhẹ và do tắc mũi liên tục phải thở bằng mồm gây nên hiện tượng thiếu oxy mạn tính, rối loạn sự phát triển khối xương mặt và lồng ngực: miệng há hốc, răng vẩu, môi dày, cằm lẹm, ngực lép. Bộ mặt ngớ ngẩn, chậm chạp, tai nghễnh ngãng, hay ngủ gật.

7. Biến chứng của viêm VA

- *Biến chứng gần*: Viêm tai giữa (hay gặp nhất), viêm thanh khí phế quản, viêm mũi, viêm xoang, viêm hạch cổ, áp xe thành sau họng, viêm kết mạc, viêm mi mắt, viêm hốc mắt.

- *Biến chứng xa*: Viêm thận, viêm khớp, viêm tim.

- *Biến chứng toàn thân*: Chậm phát triển thể chất và tinh thần. Rối loạn tiêu hóa.

- *VA quá lớn* gây ảnh hưởng đến hô hấp và phát âm.

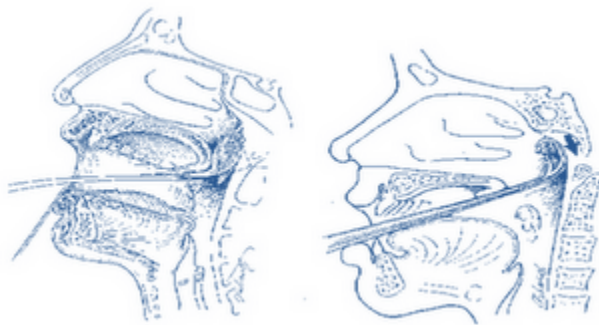
8. Điều trị

8.1. Viêm VA cấp

Điều trị như một viêm mũi họng cấp thông thường: Nhỏ mũi và làm cho hốc mũi thông thoáng. Kháng sinh nếu thấy nặng, đe dọa biến chứng. Điều trị triệu chứng. Nâng cao thể trạng.

8.2. Viêm VA mãn tính

Nạo VA. Nhỏ mũi. Nâng cao thể trạng.



Nạo VA bằng thìa La Force và bằng thìa Moure
Theo Võ Tấn. TMH thực hành. Tập 1.

9. Phòng bệnh

- Nâng cao thể trạng-sức đề kháng của cơ thể và cơ địa của bệnh nhân bằng rèn luyện thân thể, dinh dưỡng hợp lý. Tránh bị nhiễm lạnh.
- Vệ sinh tốt mũi-họng-răng-miệng, chú ý khi có những vụ dịch cúm, sởi, ho gà...
- Xử trí kịp thời và đúng cách nếu đã bị viêm VA để tránh các biến chứng.

36. VIÊM THANH QUẢN

1. Giải phẫu và sinh lý thanh quản.

1.1. Giải phẫu thanh quản.

Thanh quản là cơ quan phát âm và thở, nằm ở trước thanh hầu, từ đốt sống C3 đến C6, nối hầu với khí quản vì vậy nó thông ở trên với hầu, ở dưới với khí quản.

Thanh quản di động ngay dưới da ở vùng cổ trước khi nuốt hoặc khi cúi xuống hoặc ngẩng lên. Nó phát triển cùng với sự phát triển của bộ máy sinh dục, nên khi trưởng thành thì giọng nói cũng thay đổi (vỡ giọng), ở nam giới phát triển mạnh hơn vì vậy giọng nói của nam, nữ khác nhau, nam trầm đục, nữ trong cao.

Kích thước thanh quản:

	Nam	Nữ
Chiều dài	44 mm	36 mm
Đường kính ngang	43 mm	41 mm
Đường kính trước sau	36 mm	26 mm

Cấu tạo giải phẫu: thanh quản được cấu tạo bởi các tổ chức sụn, sụn và cơ.

Các cơ thanh quản:

- Nhóm cơ làm hẹp thanh môn: cơ nhắt phễu bên, cơ giáp phễu, cơ phễu chéo và ngang, cơ phễu nắp thanh hầu.
- Nhóm cơ làm rộng thanh môn: cơ nhắt phễu sau, cơ giáp nắp thanh hầu.
- Nhóm cơ làm căng và chùng dây thanh âm: cơ nhắt giáp, cơ thanh âm.

Ổ thanh quản: được niêm mạc phủ, chia làm 3 tầng: tiền đình thanh quản, thanh môn, tầng dưới thanh môn.

Mạch máu và thần kinh.

Động mạch: các động mạch thanh quản trên và dưới là ngành của động mạch giáp trạng trên và giáp trạng dưới. Nhìn chung, cuống mạch thần kinh của tuyến giáp trạng cũng là cuống mạch thần kinh của thanh quản.

Tĩnh mạch: đi theo động mạch đổ về tĩnh mạch giáp lưỡi và tĩnh mạch dưới đòn.

Thần kinh: do hai dây thần kinh thanh quản trên và dưới, tách từ dây thần kinh X.

- Dây thanh quản trên: cảm giác cho thanh quản ở phía trên nếp thanh âm và vận động cơ nhắt giáp.
- Dây thanh quản dưới: hay dây quặt ngược vận động cho hầu hết các cơ của thanh quản và cảm giác từ nếp thanh âm trở xuống.
- Thần kinh giao cảm của thanh quản tách ở hạch giao cảm cổ giữa và cổ trên.

1.2. Sinh lý thanh quản.

1.2.1. Phát âm.

- Lời nói phát ra do luồng không khí thổi ra từ phổi tác động lên các nếp thanh âm.
- Sự căng và vị trí của nếp thanh âm ảnh hưởng đến tần số âm thanh.
- Âm thanh thay đổi là do sự cộng hưởng của các xoang mũi, hốc mũi, miệng, hầu và sự trợ giúp của môi, lưỡi, cơ màn hầu.

1.2.2. Ho là phản xạ hô hấp trong đó thanh môn đang đóng bất thành linh mở ra, dẫn tới sự bật tung không khí bị dồn qua miệng và mũi.

1.2.3. Nấc là một phản xạ hít vào, trong đó 1 đoạn ngắn âm kiểu hít vào được phát sinh do sự co thắt đột ngột của cơ hoành, thanh môn bị khép lại 1 phần hay toàn bộ.

Viêm thanh quản cấp tính

Bệnh tích chủ yếu của viêm thanh quản là viêm niêm mạc. Quá trình viêm có thể khu trú ở niêm mạc hoặc lan xuống lớp dưới. Diễn biến từ xung huyết, phù nề, loét niêm mạc đến viêm cơ, hoại tử sụn. Viêm thanh quản cấp tính trên lâm sàng thể hiện dưới nhiều hình thức khác nhau có thể xếp thành:

- Viêm thanh quản cấp tính ở người lớn.
- Viêm thanh quản cấp tính ở trẻ em.
- Viêm thanh quản hậu phát.
- Phù nề thanh quản.

2.1. Viêm thanh quản cấp tính ở người lớn: Trong viêm thanh quản cấp tính ở người lớn hay gặp:

- Viêm thanh quản xuất tiết.
- Viêm thanh quản do cúm.
- Viêm thanh thiệt.

2.1.1. Viêm thanh quản cấp tính xuất tiết.

Nguyên nhân:

- Hay gặp mùa lạnh viêm thường nặng, bệnh tích có thể từ mũi xuống thanh quản, nam giới bị nhiều hơn nữ giới vì có điều kiện phát sinh như: hút thuốc, uống rượu, làm việc nơi nhiều bụi, gió lạnh.
- Ngoài ra có nguyên nhân là virút.

Triệu chứng:

Triệu chứng toàn thân: ớn lạnh, đau mình, chân tay mỏi.

Triệu chứng cơ năng: bắt đầu đột ngột bằng cảm giác khô họng, nuốt đau, tiếng nói khàn hoặc mất kèm theo ho, khạc đờm.

Triệu chứng thực thể.

- Niêm mạc xung huyết, dây thanh nề đỏ, lớp dưới niêm mạc phù nề, xuất tiết nhầy đặc đọng ở mép sau và dây thanh.
- Bán liệt các cơ căng (cơ giáp phễu) và cơ khép (cơ bên phễu).

Diễn biến: bệnh tiến triển trong 3 - 4 ngày triệu chứng sẽ giảm đi, xung huyết nhạt dần, tiếng nói thường phục hồi chậm.

Điều trị:

- Hạn chế nói.
- Khí dung: KS + Corticoid.
- Giảm ho.
- Giảm đau.

- Phun Adrenalin 1/1000.
- Đông y ăn quả chanh non đã nướng.

2.1.2. Viêm thanh quản do cúm.

Nguyên nhân: Viêm thanh quản do virus cúm hoặc virus phối hợp với vi khuẩn thông thường. Bệnh tích thường lan xuống khí quản.

Triệu chứng: Hình thái lâm sàng của viêm thanh quản do cúm rất phong phú nó thay đổi tùy theo loại vi khuẩn phối hợp.

- Thể xuất tiết: triệu chứng giống viêm thanh quản xuất tiết thông thường nhưng chúng ta nghĩ đến nguyên nhân cúm là vì có dịch cúm, đôi khi chúng ta thấy những điểm chảy máu dưới niêm mạc (đây là dấu hiệu của viêm thanh quản do cúm).
- Thể phù nề: thể này thường kế tiếp thể xuất tiết, thể phù nề ở thanh thiệt và mặt sau sụn phễu, niêm mạc bị căng bóng, đỏ, bệnh nhân nuốt đau và đôi khi khó thở.
- Thể loét: triệu chứng thực thể có những vết loét nông bờ đỏ ở sụn phễu, nếp phễu thanh thiệt.

- Thể viêm tấy.

Sốt cao, mạch nhanh.

Nuốt khó, đau họng, tiếng nói khàn, khó thở kiểu thanh quản.

Vùng trước thanh quản bị sưng đau.

Tiên lượng: Tùy theo bệnh tích và thể bệnh.

- Thể xuất tiết tiên lượng tốt.
- Thể phù nề, loét, hoại tử tiên lượng dè dặt.

Điều trị:

- Khí dung KS + Corticoid.
- Nếu có áp xe phải chích tháo mủ.

2.1.3. Viêm thanh thiệt phù nề: Thanh thiệt là cánh cửa của thanh quản mặt trước rất dễ bị viêm hay phù nề.

Triệu chứng: Bệnh nhân có cảm giác bị vướng đờm, khi nuốt đau nhói lên tai. Soi thanh quản gián tiếp thấy thanh thiệt sưng mọng như môi cá mè.

Điều trị:

- Chống viêm, giảm phù nề.
- Phun thuốc Cocain + Adrenalin.

3. Viêm thanh quản mạn tính

Viêm thanh quản mạn tính không có triệu chứng chức năng gì khác ngoại trừ khàn tiếng kéo dài không có xu hướng tự khỏi và phụ thuộc vào quá trình viêm thông thường không đặc hiệu, có nghĩa là không kể đến bệnh nhân lao thanh quản, giang mai, nấm thanh quản.

3.1. Nguyên nhân.

- Do phát âm: ca sĩ, giáo viên dễ bị viêm do thanh quản làm việc quá sức, phát âm không hợp với âm vực của mình.
- Do đường hô hấp: hít phải hơi hoá chất, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, uống rượu, hút thuốc.
- Do thể địa: người bị bệnh gút, đái đường... có nhiều loại viêm thanh quản mạn tính nhưng có chung một triệu chứng là khàn tiếng.

3.2. Viêm thanh quản mạn tính xuất tiết: Thông thường là hậu quả của viêm thanh quản cấp tính tái diễn nhiều lần và sau mỗi một đợt viêm cấp tính lại khàn tiếng tăng.

3.2.1. Triệu chứng cơ năng: tiếng nói không vang, bệnh nhân phải cố gắng mới nói to được và chóng mệt về sau tiếng nói rè và khàn, bệnh nhân luôn phải đặng hắng buổi sáng do tiết nhầy ở thanh quản nhiều, ngoài ra bệnh nhân hay có cảm giác ngứa, cay, khô rát trong thanh quản.

3.2.2. Triệu chứng thực thể.

- Tiết nhầy hay đọng ở điểm cố định ở 1/3 trước và 2/3 sau lúc bệnh nhân ho thì dịch nhầy đó sẽ rụng đi và tiếng nói được phục hồi trong trở lại.
- Dây thanh cũng bị xung huyết ở mức độ nặng, hai dây thanh bị quá sản tròn như sợi dây thừng, niêm mạc mất bóng.
- Các cơ căng hoặc cơ khép bị bán liệt.

3.2.3. Tiến triển: bệnh kéo dài rất lâu, lúc tăng, lúc giảm nhưng không nguy hiểm.

3.2.4. Điều trị.

- Giải quyết ổ viêm nhiễm ở mũi, xoang, tránh những hơi hoá chất.
- Tại chỗ: phun dung dịch kiềm, bôi Nitrat bạc vào dây thanh.

3.3. Viêm thanh quản quá phát.

Viêm thanh quản quá phát mà người ta gọi là dày da voi có sự quá phát của biểu mô và lớp đệm dưới niêm mạc, tế bào trụ có lông chuyển biến thành tế bào lát.

3.3.1. Triệu chứng cơ năng: giống như viêm thanh quản mạn tính xuất tiết thông thường: khàn tiếng, đặng hắng, rát họng khi nói nhiều.

3.3.2. Triệu chứng thực thể khi soi thanh quản thấy bệnh tích.

- Viêm thanh dai dày toả lan: thể này hay gặp loại thanh dai bị quá phát toàn bộ biến dạng tròn giống như sợi dây thừng màu đỏ.
- Viêm thanh quản dày từng khoảng: trên dây thanh có những nốt sần đỏ, bờ dây thanh biến thành đường ngoằn ngoèo.

3.4. Viêm thanh quản nghề nghiệp.

Những người sống bằng nghề phải nói nhiều: ca sĩ, dạy học... thường bị viêm thanh quản nghề nghiệp do làm việc quá độ hoặc nói gào suốt ngày, trong giai đoạn đầu bệnh nhân nói không to được, bệnh nhân rắng sức thì sẽ lạc giọng chứ không to hơn được. Soi thấy thanh quản xung huyết, về sau bệnh diễn biến theo một trong hai thể sau:

- Viêm thanh quản mạn tính quá phát.

- Viêm thanh quản hạt: u xơ nhỏ mọc ở bờ tự do của dây thanh (hạt xơ dây thanh).

3.5. Bạch sản thanh quản hay papillome.

Triệu chứng:

- Bệnh tích chủ yếu là sự quá sản của các gai nhú được lớp niêm mạc sừng hoá che phủ.
- Soi thanh quản thấy dây thanh một bên hoặc cả 2 bên có phủ lớp trắng như vôi hoặc lớp gai lớn nhô lên và trắng. Bệnh này có khả năng ung thư hoá cao.

Điều trị: nên coi là một bệnh tiền ung thư và xử trí bằng phẫu thuật mở thanh quản và cắt dây thanh.

3.6. Viêm thanh quản teo.

Viêm thanh quản teo thường xuất hiện sau một số bệnh ở mũi và xoang nhưng nguyên nhân chủ yếu là do trĩ mũi (ozen).

Triệu chứng:

- Bệnh nhân có cảm giác khô rát họng, tiếng nói khàn tăng vào buổi sáng thỉnh thoảng có ho cơn khạc ra vẩy vàng, xanh, hơi thở có mùi hôi, niêm mạc thanh quản đỏ, khô có nếp nhăn, tiết nhầy và vẩy khô đọng ở mép liên phễu, dây thanh thường di động kém.
- Bệnh diễn biến từng đợt ở phụ nữ sẽ giảm nhẹ trong thời kỳ thai nghén.

Điều trị: phun dung dịch Beraternatri 10%. Chữa ozen mũi nếu có.

37. VIÊM XOANG

1. Giải phẫu và sinh lý mũi, xoang.

1.1. Giải phẫu.

Cấu tạo giải phẫu:

Xoang là những hốc nằm trong xương sọ và được mang tên cùng với tên của xương đó ví dụ như: xoang trán nằm trong xương trán, xoang hàm nằm trong xương hàm trên. Trong lòng xoang được lót bởi niêm mạc hô hấp, các chất xuất tiết của xoang đều đổ vào hốc mũi qua các lỗ nhỏ (các lỗ thông mũi-xoang). Các xoang đều có lỗ thông nối với nhau nên khi bị viêm 1 xoang kéo dài dễ đưa đến các xoang khác gọi là viêm đa xoang.

Các xoang mặt được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm xoang trước: xoang hàm, xoang sàng trước, xoang trán vây quanh hốc mắt. Nhóm xoang này đều đổ ra ngách mũi giữa, nên các xuất tiết đều đổ ra mũi trước, là vùng hô hấp của hốc mũi. Vùng này mở thông ra ngoài, dễ bị nhiễm khuẩn và dễ gây ra biến chứng mắt. Khi mới đẻ xoang sàng đã thông bào, xoang hàm còn nhỏ, xoang trán thì khoảng 4-7 tuổi mới bắt đầu phát triển. Xoang trước có lỗ thông với hốc mũi rộng, lại liên quan nhiều đến các răng hàm trên nên các xoang trước thường bị viêm cấp tính thể nhiễm khuẩn, mủ và các triệu chứng biểu hiện ở phía trước (như đau ở mặt, chảy mủ ra ở cửa mũi trước, xì mũi ra mủ...).

- Nhóm xoang sau: xoang sàng sau và xoang bướm ở sâu dưới nền sọ, liên quan tới phần sau ổ mắt, dây thần kinh thị giác, xoang tĩnh mạch hang, tuyến yên. Xoang sàng sau đổ ra ngách mũi trên, xoang bướm đổ ra vùng khứu giác của hố mũi. Vùng này kín hơn, ít bị xâm nhập bởi nhưng nguyên nhân bệnh lý bên ngoài. Do xoang sau có lỗ thông với mũi ở phía sau khe mũi trên nên xuất tiết thường chảy xuống họng và ít bị viêm cấp tính mà thường bị viêm mạn tính. Các xoang sau hay bị cương tụ và phù nề niêm mạc hơn là viêm mủ, các triệu chứng viêm xoang sau phần nhiều biểu hiện ra phía sau (như đau đầu vùng chẩm, nước mũi hoặc chất nhầy chảy ra cửa mũi sau, bệnh nhân khịt mũi chứ không xì mũi v...). Các xoang nói chung thường hay viêm là do nguyên nhân viêm mũi, viêm họng.

Mạch máu: những động mạch của hốc mũi xuất phát từ 2 nguồn mạch máu chính sau đây:

- Động mạch cảnh ngoài: động mạch bướm khẩu cái là nhánh của động mạch hàm trong. Động mạch khẩu cái lên là nhánh của động mạch mặt.

- Động mạch cảnh trong: động mạch sàng trước và động mạch sàng sau là nhánh của động mạch mắt.

Các nhánh của các mạch này tập trung ở vùng trước của vách ngăn mũi tạo thành điểm mạch (gọi là điểm mạch Kisselbach), nơi thường xảy ra chảy máu mũi.

Thần kinh:

- Thần kinh khứu giác.
- Thần kinh cảm giác do dây V chi phối.
- Thần kinh thực vật do hạch bướm khẩu cái chi phối.

1.2. Sinh lý: Sinh lý của xoang dựa vào 2 điểm chính:

- Lưu thông không khí.
- Dẫn lưu dịch.

Vai trò của lông chuyển niêm mạc xoang và các lỗ tự nhiên của các xoang đổ vào các ngách giữa, ngách trên bảo đảm 2 chức năng này. Nếu các lỗ bị tắc, lông chuyển bị huỷ hoại, tình trạng bệnh lý sẽ phát sinh ở các xoang.

Viêm nhóm xoang trước cấp tính

Viêm xoang cấp tính là viêm niêm mạc xoang cấp tính. Thông thường một xoang bị viêm, có khi cả hai bên, hoặc lan ra ra cả xoang sàng, xoang trán, xoang bướm tạo thành viêm đa xoang.

2.1. Nguyên nhân.

- Nhiễm khuẩn do viêm mũi hay viêm họng cấp tính, hoặc sau các bệnh nhiễm khuẩn lây

qua đường hô hấp, nhiễm khuẩn do răng.

- Các kích thích lý, hoá các hơi khí hoá chất độc, độ ẩm cao cũng là nguyên nhân gây viêm xoang cấp tính.
- Chấn thương do hoả khí, cơ học hay áp lực gây xuất huyết, phù nề, thương tổn niêm mạc và thành xoang.
- Các yếu tố tại chỗ như: dị hình vách ngăn hay nhét mèche mũi lâu ngày làm ứ tắc dịch tiết trong xoang.
- Các yếu tố toàn thân như suy nhược, đái đường...

2.2. Triệu chứng.

Toàn thân: thường chỉ thấy mệt mỏi, sốt nhẹ nhưng cũng có trường hợp thường ở trẻ em có sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rõ.

2.2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Đau: Đau vùng mặt là dấu hiệu chính, thường đau về sáng do đêm bị ứ đọng xuất tiết, đau thành từng cơn gây nhức đầu. Đau nhức nhất là vùng quanh mắt, đau thành cơn, đau theo nhịp đập. Ấn đau ở phía dưới ổ mắt, cơn đau có chu kỳ, đúng khoảng thời gian nhất định trong ngày thường đau vào lúc từ 8 đến 11 h.
- Ngạt tắc mũi: tùy theo tình trạng viêm, ngạt tắc mũi 1 hay cả 2 bên, mức độ vừa nhẹ, từng lúc hay tắc mũi liên tục gây mất ngủ, ngạt nhiều bên đau, ngạt tăng về ban đêm.
- Chảy mũi: chảy mũi vàng đục làm hoen bẩn khăn tay, có mùi hôi. Đôi khi xì mạnh thường gây đau và lẩn tia máu.

2.2.2. Triệu chứng thực thể.

- Soi mũi: Khám mũi thấy niêm mạc mũi nề đỏ, cuốn dưới cương to, đặt bông thấm Ephedrine 1% còn co hồi lại tốt. Cuốn giữa nề, cần lưu ý quan sát khe giữa thấy có mủ đọng bám.

Trường hợp viêm xoang do răng số 5, 6, 7 hàm trên, thấy bị áp xe quanh răng đau, răng đau nhức theo nhịp đập, lợi quanh đó bị viêm, mủ chảy từ xoang ra rất thối.

- Khi ấn ngón tay ở mặt trước xoang gây đau: cụ thể ấn vùng hố nanh tương ứng với xoang hàm. Điểm Grund-wald ấn góc trên trong hốc mắt với xoang sàng và điểm Ewing ấn đầu trên trong lông mày với xoang trán.

2.3. Chẩn đoán: Dựa vào các triệu chứng.

- Cơ năng.
- Thực thể.
- Soi bóng mờ (xem cách thăm khám) có thể thấy xoang bị mờ đục hay có ngăn mủ ứ đọng.
- X-quang: trên phim Blondeau thấy xoang bị mờ đều, mờ đặc hay có vùng đặc phía dưới.

2.4. Tiến triển.

- Viêm nhóm xoang trước cấp tính có thể tự khỏi nếu loại trừ nguyên nhân và dẫn lưu tốt tránh ứ đọng trong xoang.

- Thường dễ chuyển thành viêm xoang mạn tính.
- Có thể ảnh hưởng đến mắt gây viêm màng tiếp hợp, tới đường hô hấp gây viêm khí phế quản.

2.5. Điều trị.

- Nghỉ ngơi, tránh các yếu tố kích thích.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, rửa mũi để đảm bảo thông thoáng, xì mũi hoặc hút để tránh ứ đọng.
- Tại chỗ: xông hơi nóng với các tinh dầu thơm, khí dung với kháng sinh và corticoid.
- Toàn thân: dùng kháng sinh nếu có sốt cao, nhiễm khuẩn rõ. Uống hoặc tiêm trong 5 - 7 ngày và cho thêm vitamin C.
- Chỉ chọc rửa xoang hàm khi đã giảm viêm nhiễm (hết sốt, bạch cầu trong máu trở lại bình thường).
- Trường hợp do răng, cần nhổ và chữa răng.

Viêm xoang sàng cấp tính ở trẻ em

3.1. Diễn biến.

- Trẻ từ 2- 4 tuổi bị viêm mũi rồi sưng nề hai mí mắt không mở được mắt (khám mắt nhận thấy vận động nhãn cầu bình thường, giác mạc không biến đổi, trẻ vẫn nhìn thấy).
- Vài ngày sau có thể xuất ngoại, thành túi mủ ở góc trong mắt. Có trường hợp gây mù loà, biến chứng nội sọ.

3.2. Điều trị.

- Kháng sinh liều cao.
- Thuốc chống viêm.
- Có khi phải chích rạch tháo mủ.

Viêm xương - tuỷ hàm trên

4.1. Diễn biến:

- **Trẻ còn nhỏ, xoang hàm chưa phát triển. Thực chất là viêm xương - tuỷ hàm trên.**
- Hội chứng nhiễm khuẩn: sưng đỏ mí mắt dưới và vùng má, chảy mũi mủ, lợi răng sưng đỏ có lỗ rò.

4.2. Điều trị: Kháng sinh, khi cần nạo bỏ mảnh xương chết

Viêm xoang mạn tính

Là do sự biến đổi không hồi phục của niêm mạc xoang, gây nên loạn sản, dạng polyp, tiết dịch, tiết nhầy hoặc viêm mủ.

5.1. Nguyên nhân.

- Vẹo vách ngăn cao, phì đại xương xoăn giữa, dị ứng, gây nên tình trạng dẫn lưu kém, kéo dài không thoát mủ ra khỏi xoang được (vì lỗ thông tự nhiên bị tắc) hoặc sau một viêm xoang cấp tính có hoại tử xương trong 1 bệnh nhiễm trùng cúm, sởi... hoặc sau một viêm xoang mủ do răng.
- Vai trò thể địa cũng rất quan trọng, nhất là thể địa dị ứng. Dị ứng dẫn tới nhiễm trùng phát triển và khi bị nhiễm trùng lại làm dị ứng nặng lên. Do đó điều trị bệnh thường làm bệnh thuyên giảm nhưng ít khi khỏi hẳn.

5.2. Triệu chứng.

5.2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Đau: Viêm mạn tính thường không đau, trừ những đợt hồi viêm. Thường chỉ là cảm giác nặng đầu, vị trí tùy theo loại xoang viêm. Viêm xoang trước thường nhức quanh mắt, ở hàm trên. Viêm xoang sau thường nhức sâu hoặc ở vùng đỉnh chẩm.
- Ngạt tắc mũi thường xuyên.
- Chảy mũi kéo dài ra mủ xanh hoặc mủ vàng, nếu là viêm xoang trước mạn tính. Viêm xoang sau: triệu chứng âm ỉ dễ nhầm lẫn. Mủ hoặc chất nhầy chảy xuống họng, bệnh nhân phải khịt, khạc, nhổ thường xuyên. Hay có biến chứng mắt như viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu, viêm mống mắt thể mi...

5.2.2. Triệu chứng thực thể.

Triệu chứng viêm nhóm xoang trước mạn tính:

- Ngách giữa nề và ướt hoặc mủ chảy từ ngách giữa xuống xương xoăn dưới, hoặc có ít mủ đọng khô ở bờ dưới xương xoăn giữa.
- Xương xoăn dưới nề to.
- Niêm mạc ngách giữa phù nề, có khi thoái hoá thành polip. Xuất hiện gờ Kauffman (do phì đại niêm mạc ở ngách giữa thành một đường gờ dài, trông như một xương xoăn thứ hai nằm ngoài xương xoăn giữa).
- Soi mũi sau: mủ đọng ở sàn mũi hoặc ở đuôi xương xoăn dưới.

Triệu chứng viêm nhóm xoang sau mạn tính:

- Soi mũi trước nhiều khi không thấy gì.
- Soi mũi sau: thấy chất nhầy mủ xuất phát từ ngách trên chảy ra cửa mũi sau, tỏa xuống

vòm mũi họng.

- Khám họng: thành sau họng viêm mạn tính với nhiều tổ chức lymphô đỏ và chất nhầy đặc bám.

5.2.3. X-Quang.

Blondeau và Hirtz có giá trị trong chẩn đoán xác định: hình xoang mờ đều hoặc hình vòng cung, hình polyp...

5.3. Chẩn đoán.

Dựa vào các yếu tố sau:

- Triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng thực thể.
- Soi bóng mờ.
- Chọc thông xoang hàm.
- X-quang: tư thế Blondeau, Hirtz và C.T.Scan

5.4. Điều trị.

5.4.1. Phương pháp điều trị bảo tồn viêm đa xoang mạn tính:

- Kháng sinh, chống viêm, giảm đau... (nếu có hồi viêm).
- Khí dung, Proetz...
- Chọc dò xoang hàm để ống dẫn lưu, rửa và bơm thuốc.
- Nhổ, chữa răng nếu do răng.
- Vacxin chống nhiễm khuẩn.
- Vitamin A và B.
- Giảm miễn cảm nếu có dị ứng.

5.4.2. Phương pháp điều trị phẫu thuật viêm đa xoang mạn tính:

- Mở lỗ thông xoang hàm thường xuyên ở ngách mũi dưới.
- Phẫu thuật nội soi chức năng mũi, xoang (FESS).
- Mở xoang (Caldwell Luc, Delima).
- Mở vách ngăn (nếu nguyên nhân do dị hình vách ngăn).

Chỉ định phẫu thuật xoang:

- Viêm xoang gây ra các biến chứng: não, mắt, xuất ngoại...
- Viêm xoang nguyên nhân do các dị vật trong xoang.
- Viêm xoang đã có thoái hoá dạng políp.
- Các khối u trong xoang (khối u lành tính hoặc ác tính).
- Viêm xoang mãn tính, chọc dò xoang hàm để ống dẫn lưu và rửa nhiều lần nếu qua 10 lần không đỡ nên chuyển sang phẫu thuật.

5.5. Biến chứng của viêm xoang.

5.5.1. Biến chứng mắt:

- Viêm mô tế bào ở mắt cấp tính: Phù nề mi mắt và kết mạc, có khi khó đánh giá về vận nhãn, lồi mắt. Khó khăn cơ bản là phân biệt viêm mô tế bào đơn thuần, chỉ cần điều trị nội

khoa với mũ trong hốc mắt. Cần phải dẫn lưu kịp thời tránh khỏi mù. Cần chỉ định phẫu thuật khi có một trong ba dấu hiệu:

Nhãn cầu cố định.

Giãn đồng tử.

Mất nhạy cảm giác mạc.

- Lồi mắt, liệt vận nhãn, viêm thần kinh thị giác có thể do viêm hoặc u nhầy các xoang sau.

Chẩn đoán xác định bằng chụp X-quang.

5.5.2. Biến chứng não.

- Viêm màng não mũ.

- Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não, viêm tắc xoang tĩnh mạch dọc trên, xoang hang... thường do viêm xoang trán cấp tính.

Cần chú ý khi có những tình huống sau đây xuất hiện:

- *Viêm xoang trán cấp tính điều trị tích cực nhưng triệu chứng không giảm.*

- *Có các triệu chứng của nhiễm khuẩn nội sọ, khi tìm nguyên nhân cần nghĩ tới viêm xoang.*

38. VIÊM XOANG MŨI DỊ ỨNG

Viêm mũi dị ứng là biểu hiện của bệnh ở mũi, do niêm mạc mũi bị viêm kèm theo các triệu chứng: hắt hơi, chảy mũi, phù nề niêm mạc mũi, dẫn đến nghẹt mũi, rối loạn sự thông khí, làm ứ đọng dịch trong các xoang và hậu quả là bị viêm mũi xoang dị ứng.

Ở Mỹ có khoảng 20% dân số bị viêm mũi dị ứng.

Viêm mũi dị ứng thường bắt đầu trước 20 tuổi, cao nhất từ 12 – 15 tuổi. Tuy nhiên mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh. Bệnh tiến triển ngày một nặng hơn. Trường hợp viêm mũi dị ứng do phấn hoa có thể giảm khi di chuyển khỏi vùng có phấn hoa bệnh sẽ đỡ.

Nguyên nhân của viêm mũi dị ứng:

- Môi trường sống: do bụi nhà, bọ chét, bào tử nấm, lông chó, mèo, chăn gối lông thú.

- Tác nhân theo mùa: phấn hoa, cây cỏ.

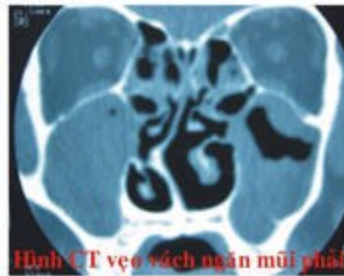
- Liên quan đến nghề nghiệp: hóa chất.

- Thực phẩm: các loại thực phẩm như cá, cua, tôm...

NHỮNG YẾU TỐ DỊ ỨNG

- Cơ địa: cơ thể dễ phản ứng với các vật lạ, mùi lạ.

- Di truyền từ đời trước sang đời sau với một loại dị ứng. Khi cả mẹ và cha đều dị ứng con cái sẽ bị dị ứng nặng hơn.
- Tiếp xúc: thường xuyên tiếp xúc với hóa chất.
- Khu trú địa lý: ảnh hưởng đến dị ứng hoặc tốt hơn hoặc xấu hơn.
- Sự ô nhiễm: không khí bị ô nhiễm, thậm chí người mẹ hút thuốc con họ có thể bị dị ứng với khói thuốc.
- Dị hình hốc mũi: vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, polype mũi, VA là yếu tố ảnh hưởng đến viêm mũi dị ứng.
- Nhiễm trùng: nhiễm trùng đường hô hấp trên thường xảy ra cũng là yếu tố ảnh hưởng đến dị ứng.



DỊ ỨNG XẢY RA NHƯ THẾ NÀO?

- Vật lạ (phấn hoa, lông thú, hóa chất ...gọi là kháng nguyên) xâm nhập vào cơ thể, cơ thể bạn sẽ sản xuất ra chất chống lại vật lạ đó (gọi là kháng thể IgE), hay bạn được di truyền IgE từ cha mẹ.
- Khi vật lạ (kháng nguyên) xâm nhập vào cơ thể bạn lần thứ 2: IgE của cơ thể bạn sẽ gắn với vật lạ đó và tạo ra hàng loạt phản ứng trong cơ thể tạo ra hóa chất trung gian làm cho vi mạch giãn ra và chứa đầy máu, các chất dịch được tiết ra, niêm mạc mũi bị sưng phù. Tất cả những chuỗi phản ứng xảy ra cộng với hiện tượng viêm cũng đồng thời xảy ra, làm cho nghẹt mũi, chảy dịch, hắt hơi, ngứa mũi. Phản ứng dị ứng tại mũi xảy ra.

VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

Viêm mũi xoang dị ứng là bệnh viêm xoang ở người bị dị ứng, do vậy các triệu chứng của viêm mũi dị ứng luôn tồn tại và biểu hiện trên lâm sàng ở mức độ nặng hơn.

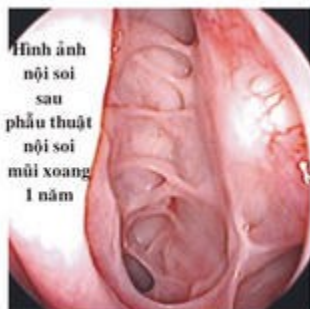


Polype che kín hốc mũi ở bệnh nhân viêm mũi xoang dị ứng

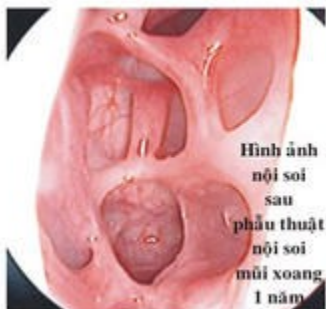
- Ngứa mũi, hắt xì, chảy mũi, nghẹt mũi là triệu chứng luôn xuất hiện. Do thời gian viêm mũi dị ứng kéo dài, niêm mạc hốc mũi, niêm mạc trong các xoang bị phù nề thoái hóa dạng polype.
- Các dị hình hốc mũi: vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi làm tăng các triệu chứng dị ứng.

Bệnh tiến triển càng ngày càng nặng, niêm mạc các xoang dày lên dần dần chiếm hết diện tích trong các xoang, polype phát triển ra hốc mũi, che kín dần hốc mũi gây nghẹt mũi thường xuyên, chảy mũi, nặng đầu. Bệnh nhân nói giọng mũi kín.

Nội soi mũi xoang thấy polype che một phần hay toàn bộ hốc mũi. Phim chụp cắt lớp điện toán có hình ảnh mờ các xoang và hốc mũi một hay hai bên.



Hình ảnh
nội soi
sau
phẫu thuật
nội soi
mũi xoang
1 năm



Hình ảnh
nội soi
sau
phẫu thuật
nội soi
mũi xoang
1 năm

Điều trị: phẫu thuật nội soi mũi xoang cố gắng lấy sạch các tế bào sàng, xoang hàm đồng thời kết hợp với Steroid xịt mũi. Việc chăm sóc sau mổ rất quan trọng, sau mổ cần tái khám định kỳ để bác sĩ lấy những polype còn sót.

39. VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM

NGUYỄN NHÂN

- *Viêm đường hô hấp trên*: chảy mũi, ho, nghẹt mũi, sốt nhẹ, viêm tai giữa và nhức đầu nhẹ.
- *Viêm mũi dị ứng*: có khoảng 40% trẻ viêm mũi dị ứng liên quan suyễn.
- *Suyễn*: có khoảng 80% trẻ em suyễn liên quan đến dị ứng.
- *Suy giảm miễn dịch*: ở trẻ có liên quan cha mẹ bị AIDS
- *Bệnh trào ngược dạ dày thực quản*: chiếm tỷ lệ cao ở trẻ viêm mũi xoang.
- *Bất thường về hốc mũi*: vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, quá phát VA vòm và VA vòi.

Các nguyên nhân trên kéo dài dai dẳng dẫn đến niêm mạc phù nề, ứ đọng dịch dẫn đến tắc lỗ thông mũi xoang.

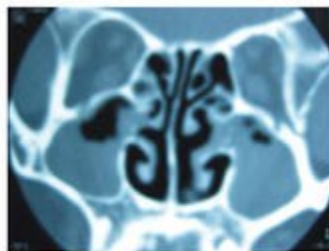
TRIỆU CHỨNG

- Chảy mũi đặc, tanh.
- Ho do đàm, dịch chảy xuống họng thanh quản.
- Sốt: sốt nhẹ hay sốt cao tùy theo mức độ bội nhiễm phổi hợp.
- Thở hôi, khò khè do dịch chảy xuống hạ họng.
- Trẻ quấy khóc: do nghẹt mũi, phải há mồm để thở, trẻ hay quấy khóc.

Nội soi mũi xoang: khe mũi hai bên nhiều dịch nhày, đặc, chảy từ cửa mũi sau xuống họng, niêm mạc cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới phù nề. Vòm mũi họng VA quá phát che kín cửa mũi sau đè vào vòi Eustache.



Khe mũi nhiều mủ đặc



Hình ảnh CT scan mờ xoang hàm và xoang sàng

CT scan: hình ảnh mờ các xoang hàm, xoang sàng hay xoang trán một hay hai bên.

ĐIỀU TRỊ

1.Nội khoa: dùng thuốc hiệu quả tốt với Amoxiciline, Cefuroxime, Clarithrocine hay Azithromycine. Trường hợp không đáp ứng điều trị với Amoxilline cần thay bằng Clavulanate (90mg/kg). Thời gian điều trị trung bình từ 10 – 21 ngày. Hỗ trợ với Steroid xịt mũi. Rửa mũi làm sạch hốc mũi mỗi ngày. Kháng histamine có tác dụng hỗ trợ tốt.

2.Ngoại khoa:

-Nạo VA: là một phẫu thuật ngoại khoa được ưu tiên do VA phì đại gây tắc cửa mũi sau. Cần nạo VA cho trẻ sau 18 tháng tuổi.

-Phẫu thuật nội soi mũi xoang chức năng(Fess): lấy đi tối thiểu bệnh tích mũi xoang, để lại các mô bình thường.

Chỉ định phẫu thuật Fess ở trẻ em:

+Nghẹt mũi hoàn toàn do polype mũi.

+Polype cửa mũi sau.

+Biến chứng nội sọ do viêm xoang.

+Áp xe quanh ổ mắt.

+Làm tổn thương thần kinh thị giác.

+Viêm túi lệ.

+Viêm xoang do nấm.

BIẾN CHỨNG

1.Biến chứng ổ mắt: 75% bệnh nhi nhiễm trùng ổ mắt do viêm xoang. Biến chứng này nhiều hơn ở người lớn.

2.Biến chứng nội sọ:

Viêm màng não

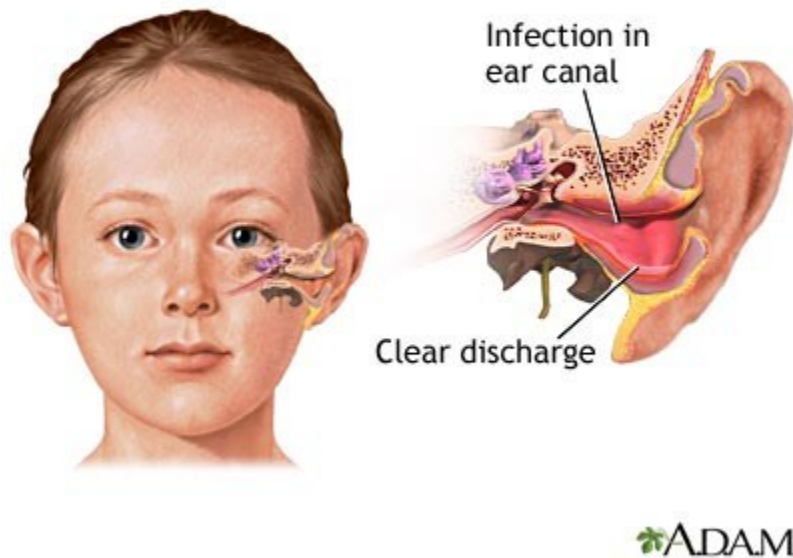
Áp xe ngoài màng cứng, dưới màng cứng.

Áp xe não.

Thuyên tắc tĩnh mạch dọc trên.

40. LAO TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng Đại Học Y Dược TpHCM



Lao tai có thể khu trú ở tai ngoài, tai giữa hoặc tai trong. Lao tai ngoài khá hiếm. Lao tai trong thuần túy không được thấy trên lâm sàng. Trái lại lao tai giữa là một bệnh tương đối phổ biến, nó thường hay gây ra biến chứng tai trong.

Chúng ta sẽ nói đến lao tai ngoài và lao tai giữa.

LAO TAI NGOÀI

Thể thông thường của lao tai ngoài là lao da luput. Bệnh tích hay khu trú ở da tai và vành tai. Luput tai thường song song tồn tại với luput ở mũi hoặc ở mặt.

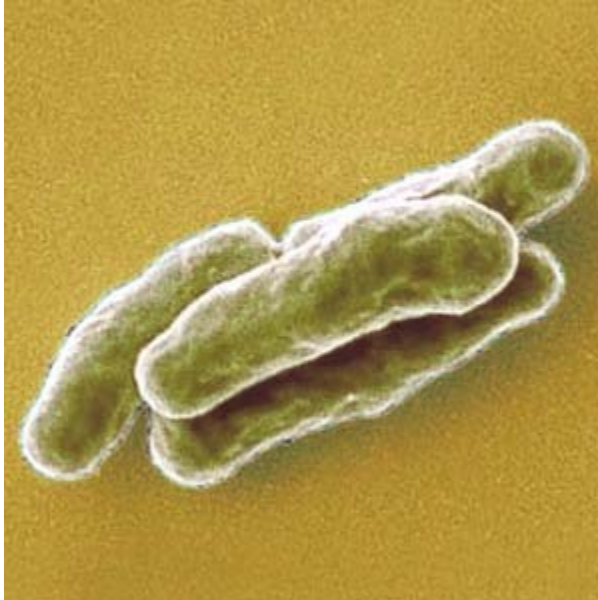
Thương tổn có thể khu trú ở lớp nông hoặc ăn sâu vào đến sụn. Nếu sụn bị tiêu hủy thì vành tai sẽ bị co dúm.

Luput cũng có thể ăn vào ống tai và gây ra sẹo hẹp ống tai.

Những thể khác như lao bòn, lao hạt cơm..., rất ít gặp.

Chẩn đoán bệnh dựa vào sinh thiết.

Điều trị luput tai cũng giống như điều trị luput mũi: Vitamin D2 và canxi theo phương pháp Sapy (Charpy).



LAO TAI GIỮA

Quan niệm của chúng ta hiện nay về lao tai giữa có khác với quan niệm cũ.

Trước kia người ta chỉ nói đến lao tai ở những bệnh nhân có lao phổi rõ rệt, nhưng ngày nay, bên cạnh thể điển hình đó chúng ta còn thấy thể lao tai không điển hình ở những bệnh nhân không có lao phổi. Thể này khó chẩn đoán, cần phải có xét nghiệm cận lâm sàng và thời gian theo dõi chúng ta mới phát hiện được bệnh lao.

ĐẠI CƯƠNG

1. Bệnh sinh :

Vi trùng lao có thể vào tai bằng nhiều lối.

Vòi ơxtasi là lối vào phổ biến. Vòi ơxtasi của hài nhi to và ngắn còn với ơxtasi của người lao phổi nặng thì rộng (vì lớp mỡ ở loa vòi bị teo) do đó vi trùng lao có trong đờm, trong nước bọt xâm nhập vào tai một cách dễ dàng.

Ở trẻ em bị viêm V.A, chẳng những vi trùng lao vào tai theo đường vòi mà cả vi trùng sinh mũi thông thường cũng xâm nhập vào hòm nhĩ bằng lối này.

Các ống bạch huyết cũng có thể đưa vi trùng lao từ các hạch, từ V.A vào tai giữa.

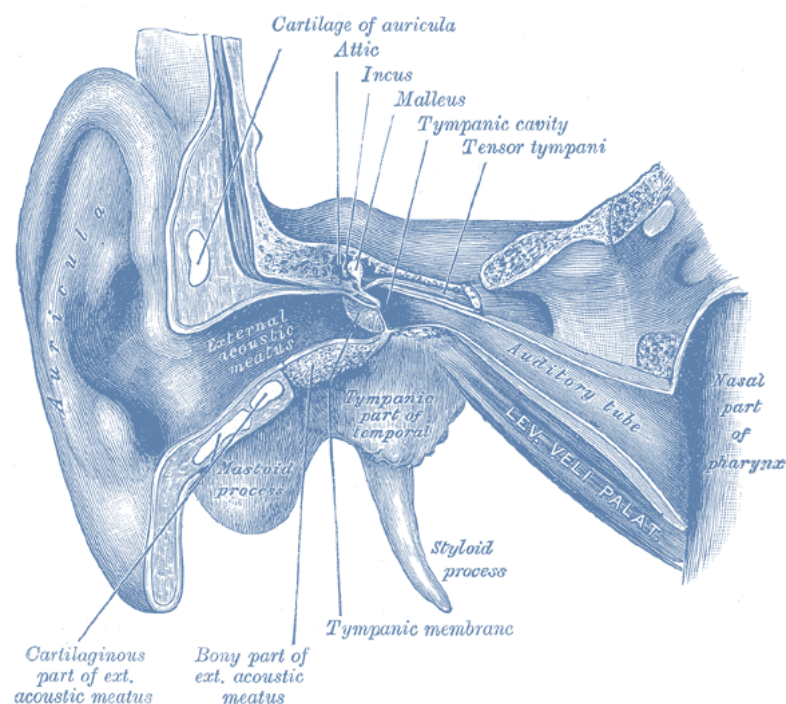
- Đường mạch máu cũng được một số tác giả nêu lên : ở bệnh nhân bị lao kê phổi, vi trùng Koch tràn lan vào máu gây ra lao kê ở tai và nhiều chỗ khác.
- Đường da : rất hiếm. Luput ăn dần từ vành tai vào ống tai, vào màng nhĩ, vào hòm nhĩ.

2. Giải phẫu bệnh học.

Bệnh tích niêm mạc : trên niêm mạc tai giữa xuất hiện những củ lao bằng hạt kê mũ vàng xám gồm có nhiều nang lao. Những hạt lao này nhuyễn hóa và loét. Màng nhĩ sẽ bị thâm nhiễm và thủng ở nhiều điểm nhỏ.

Bệnh tích xương : sau khi niêm mạc bị loét, xương bị bóc trần, các mạch máu bị tắc, xương sẽ bị hoại tử theo kicu hà trắng (carie blanche), nhất là ở lic.U cốt và ở thành hòm nhĩ. Quá trình hoại tử ngày càng lan rộng đ(n cống Falôp, đến mê nhĩ, đến ống cảnh, làm thương tổn dây thần kinh số VII, hoạt động mạch cảnh trong, bóc trần màng não, nhưng ít khi gây ra viêm màng não lao.

Vi trùng gây bệnh là vi trùng Koch nhưng khi màng nhĩ đã thủng thì có nhiều vi trùng khác phụ thêm vào.



TRIỆU CHỨNG

Lao tai có hai thể chính : lao tai ở người bị lao phổi và lao tai ở người không bị lao phổi.

1. Lao tai ở người bị lao phổi còn được gọi là lao tai thứ phát. Đây là thể lao tai kinh điển, gồm có lao tai thâm nhiễm và lao tai loét sùi.

A) Lao tai thâm nhiễm có triệu chứng giống như chảy tai thông thường : đầu tiên màng nhĩ dày đục, có xuất tiết trong hòm nhĩ nhưng về sau màng nhĩ bị

Thủng, một ít nước trong và loãng chảy ra. Thể này có thể khỏi hoặc biến thành viêm tai lao loét sùi

B) Viêm tai lao loét sùi :

Bệnh bắt đầu một cách kín đáo, không đau, không ù tai. Do đó ít khi bệnh nhận biết rằng tai của mình bị viêm từ bao giờ.

Bệnh chuyển thành mạn tính ngay từ lúc đầu.

- Triệu chứng chức năng :

Chỉ có hai triệu chứng : chảy tai và điếc.

Chảy mủ vừa, màu vàng, có mùi thối, đôi khi đóng cục lợn cợn. Mùi thối rất dai dẳng, sau khi chùi sạch mủ, tai vẫn thối.

Triệu chứng điếc xuất hiện sớm, mức độ điếc thay đổi luôn. Điếc có tính chất tiếp nhận (điếc tai trong) : Svabach dưới 20 giây, Rinơ dương tính, Voabe về bên bệnh...

- Triệu chứng thực thể :

Bệnh nhân đi khám bệnh khi tai bắt đầu chảy. Lúc đó chúng ta thấy màng nhĩ tai thủng nhiều lỗ tròn, bờ mỏng, có viền đỏ. Phần còn lại của màng nhĩ thì nhạt và thâm nhiễm. Dần dần những lỗ thủng nhỏ hợp lại thành lỗ thủng to Qua lỗ thủng chúng ta thấy đáy hòm nhĩ có nhiều nụ sùi mềm, màu hồng nhạt, tái phát nhanh chóng sau khi cắt bỏ. Trong một số trường hợp đáy hòm nhĩ bị che phủ bởi một lớp giả mạc trắng ngà. Thăm dò bằng que thăm cho thấy có hiện tượng chạm xương trong hòm nhĩ.

Bên ngoài xương chũm có vẻ bình thường, nhưng khi ấn vào vùng sào bào bệnh nhân kêu đau.

Hạch chung quanh tai thường bị sưng, nhất là hạch chũm (sau tai) và hạch trước bình tai.

- Biến diễn :

Lao tai có thể khỏi được nhất là khi bệnh ở phổi thuyên giảm nhờ được điều trị bằng thuốc chống lao.

Trong trường hợp không được điều trị, bệnh sẽ tiếp tục biến diễn âm ỉ, thỉnh thoảng có những đợt bộc phát do tập trùng bội nhiễm, làm cho xương chóng bị hoại tử và gây ra những biến chứng.

- Biến chứng :

+ Liệt mặt là biến chứng xuất hiện sớm và đột ngột, không có triệu chứng báo hiệu. Một đôi khi liệt mặt xuất hiện từ từ, mỗi ngày một nặng dần cho đến khi liệt hẳn. Liệt sẽ vĩnh viễn, không phục hồi.

+ Apxe dưới cốt mạc : apxe ở mặt ngoài xương chũm và gây ra lỗ rò ở sau vành tai hoặc trong ống tai ngoài. Apxe này có ít mủ. Miệng lỗ rò thường bị tổ chức hạt che lấp và có khi tổ chức hạt này sùi lên giống như khối u làm ta nghĩ đến ung thư.

+ Viêm mê nhĩ : trong đại đa số trường hợp, lao tai thường có thương tổn mê nhĩ.

Mê nhĩ có thể bị viêm do độc tố của vi trùng lao. Bệnh nhân bị điếc tai nặng theo kiểu tai trong và không có chóng mặt, không có động mắt. Khám mê nhĩ cho thấy mất phản ứng hoặc có phản ứng quá kích thích.

Mê nhĩ cũng có thể bị hủy hoại do Viêm xương. Chúng ta nghĩ đến nguyên nhân này, khi thấy mủ thối chảy nhiều và tổ chức sùi che lấp xương, ụ nhô bị hà trắng. Que thăm cho chúng ta cảm giác có mảnh xương mục di động trong hòm nhĩ. Sự hoại tử mê nhĩ này thường đi đôi với liệt dây thần kinh mặt tạo ra hội chứng mê nhĩ-mắt.

Sự xuất hiện một cách lặng lẽ hội chứng mê nhĩ mặt ở một bệnh nhân bị viêm tai không có cholestêatôma, làm cho chúng ta nghĩ đến nguyên nhân lao.

Khác với viêm mê nhĩ do viêm tai xương chũm thông thường, viêm mê nhĩ lao hầu như không gây ra viêm màng não, vì vậy chúng ta không đặt ra vấn đề khoan mê nhĩ.

+ Thủng động mạch cảnh trong là một biến chứng ít gặp, tai biến này được báo hiệu bằng hai triệu chứng : mủ trong hòm nhĩ đập rất rõ theo nhịp mạch và máu rỉ ra Ngoài ống tai. Máu rỉ ngày càng tăng và đến lúc nào đó động mạch sẽ vỡ và đưa đến tử vong. Ít khi động mạch vỡ một cách đột ngột không có tiền triệu

2. Lao tai giữa ở người không bị lao phổi hay được gọi là lao tai có vẻ nguyên phát ở thời kỳ hậu sơ nhiễm (période post-primaire).

Thể này được thấy ở trẻ con và có những triệu chứng giống như là viêm tai giữa cấp tính thông thường.

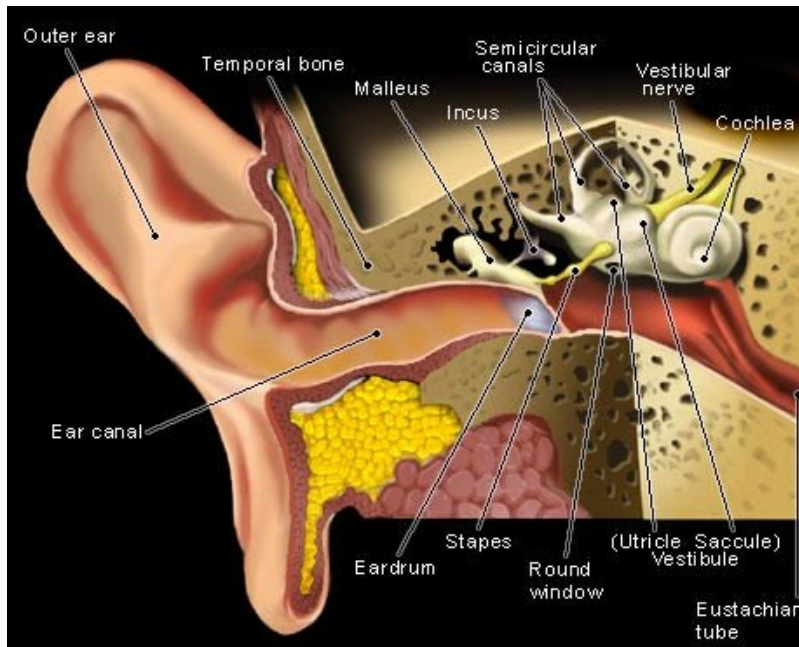
Bệnh thường xuất hiện sau đợt viêm mũi-họng với những triệu chứng sốt, đau tai, ù tai và thủng màng nhĩ chảy mủ. Hạch ở trước tai thường bị sưng.

Trong quá trình diễn biến chúng ta có thể thấy những đặc điểm sau đây : lỗ thủng lan rộng ra một cách nhanh chóng, đáy hòm nhĩ có nhiều nụ sùi nhọt nhọt.

Bệnh có thể khởi như là một trường hợp viêm tai thông thường và ít ai chẩn đoán là lao tai.

Bệnh cũng có thể kéo dài và đưa đến biến chứng.

Trong thể này biến chứng có khác hơn thể trên : bệnh nhân không hay bị liệt mặt, nhưng thường bị viêm xương chũm lao hoặc chảy tai mạn tính.



A) Viêm xương chũm lao :

Viêm tai lao dễ đưa đến viêm xương chũm hơn là viêm tai thông thường.

Triệu chứng của viêm xương chũm lao giống như triệu chứng của viêm xương chũm cấp tính hoặc bán cấp thông thường, kể cả triệu chứng X quang.

Ít khi chúng ta nghĩ đến nguyên nhân lao trong giai đoạn này, trừ khi bệnh nhân có sưng hạch ở trước tai một cách rõ rệt và nếu chúng ta làm xét nghiệm mủ thì sẽ thấy vi trùng lao.

Những triệu chứng đại thể trên bàn mổ sẽ làm cho chúng ta nghĩ đến lao : xương mềm như đường bánh, sào bào đầy nụ sùi nhọt nhạt hoặc đầy bã đậu (không nên nhầm với cholesteatoma). Sự có mặt của xương mục cũng có giá trị gợi ý lớn:

Ngoài viêm tai do sởi, do bạch hầu ra, xương mục chỉ được thấy trong lao tai. Giải phẫu bệnh học sẽ cho chúng ta thấy có nang lao trong nụ sùi.

Nhưng trong một nửa số xương chũm lao, tai không có những bệnh tích đại thể rõ rệt như trên. Do đó chúng ta ít khi phát hiện được ra bệnh.

Sau khi phẫu thuật rồi cũng có một số hiện tượng làm cho chúng ta nghĩ đến lao : vết mổ chậm liền da, biến thành lỗ rò bờ tím và co dúm, bệnh nhân gầy xanh, ăn kém... Trước bệnh cảnh đó chúng ta phải chụp X quang phổi, làm phản ứng da, tìm tốc độ huyết trầm... để phát hiện lao.

Vết mổ xương chũm sẽ lành trong vòng bốn năm tháng nhưng tai vẫn tiếp tục chảy trong một thời gian dài.

Trái với thể thứ phát, chúng ta rất ít thấy biến chứng mê nhĩ, hoặc liệt mặt trong thể lao tai nguyên phát này.

B) Viêm tai lao mạn tính :

Thể này cũng giống như viêm tai giữa mạn tính thông thường. Sở dĩ chúng ta nghĩ đến lao vì thấy em bé gầy xanh, có nhiều hạch cổ và có tiền sử gia đình lao. Xét nghiệm cận lâm sàng giúp chúng ta khẳng định nguyên nhân lao.

CÁC THỂ LÂM SÀNG

A) Lao tai hài nhi:

Lao tai hài nhi có kèm theo sãng lao ở vòm mũi họng mới thật là lao tai nguyên phát chuyển dương tính của phản ứng BCG test tai bắt đầu chảy.

B) Lao tai ở người bị lao kê phổi :

Bệnh nhân bị lao kê phổi thể nguội (bán cấp) đồng thời bị ù tai, chóng mặt, đau tai và điếc. Khám tai thấy da ống tai ngoài bị thâm nhiễm dày cứng và đau, màng nhĩ đục, lấm tấm trắng, rỉ nước vàng, cả hai bên tai đều bị thương tổn.

Bệnh nhân sốt và nhức đầu.

Đây là lao kê tai, bệnh tích ăn lan cả tai ngoài, tai giữa và tai trong.

C) Lao tai giữa thể luput : rất hiếm.

Nguyên nhân do lao da từ tai ngoài lan vào tai giữa. Niêm mạc hòm nhĩ có hòn lổn nhổn và rỉ ít nước.

D) Viêm xương - màng xương do lao khu trú ở xương chũm. Đây là sự khu trú của quá trình lao xương chũm gây apxe lạnh, trước khi gây ra bệnh tích ở tai.

Main sites of Extrapulmonary tuberculosis

Central nervous system

- Meningitis

Lymphatics

- Scrofula (of the neck)

Pleura

- Tuberculosis pleurisy

Disseminated

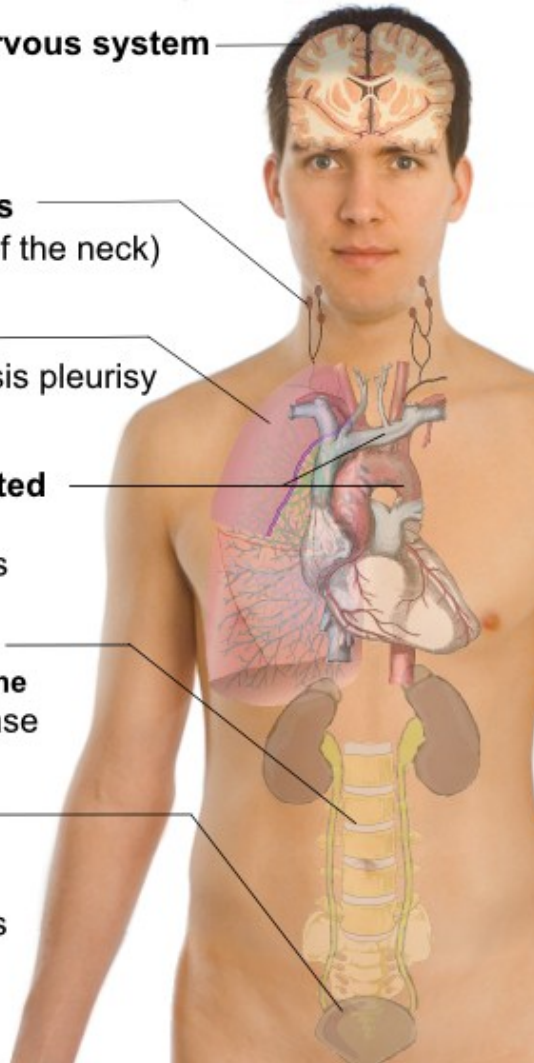
- Miliary tuberculosis

Bones and joints of spine

- Pott's disease

Genito-urinary

- Urogenital tuberculosis



CHẨN ĐOÁN

Điểm khó nhất là chẩn đoán xác định : không bỏ sót viêm tai lao.

A) Nếu là một bệnh nhân đang bị lao phổi, thì những triệu chứng như là điếc kiểu tai trong, liệt dây thần kinh mặt, thủng màng nhĩ nhiều lỗ... về hướng chúng ta làm những xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để tìm ra bệnh lao tai.

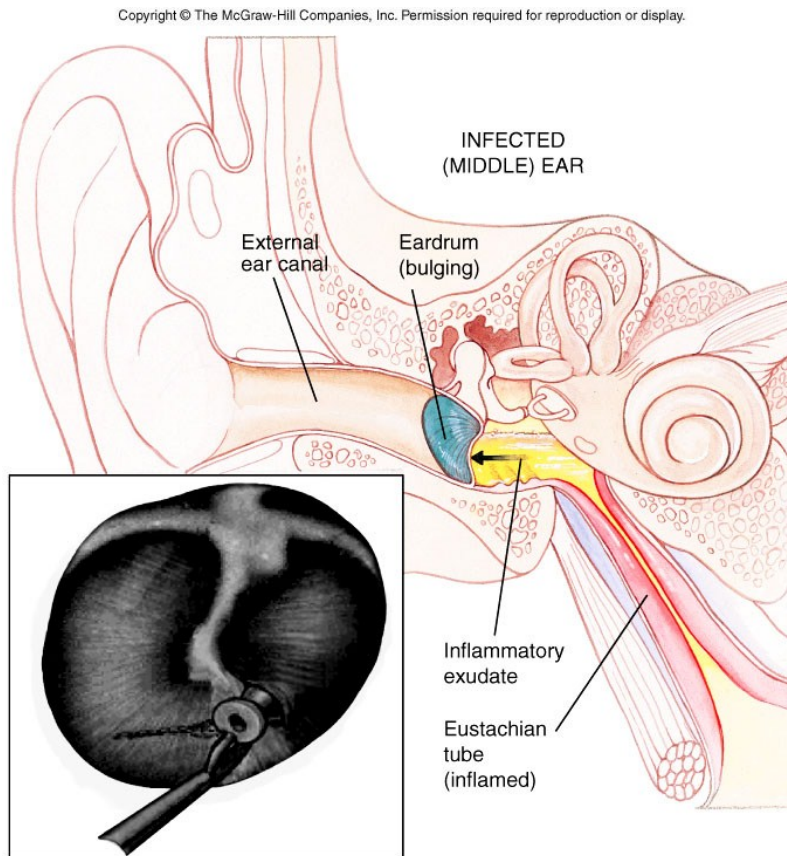
B) Nếu là một bệnh nhân không bị lao phổi thì những triệu chứng như hạch trước tai, chảy tai kéo dài xương bị bốc trần sẽ gợi ý chúng ta về lao tai. Nhưng ít khi chúng ta chẩn đoán ra nguyên nhân trước khi mổ.

Xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán lao :

Tìm vi trùng lao trong mủ : tìm trực tiếp, hoặc tìm chuột lang, hoặc cấy trên môi trường Lowenstein.

Xét nghiệm giải phẫu bệnh học những vụn sùi trong hòm nhĩ hoặc trong sào bào để tìm nang lao. Đôi khi trên tiêu bản chúng ta thấy được vi trùng lao.

Làm phản ứng da bằng tuberculin hoặc làm B.C.G test. Làm tốc độ lắng máu.



ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG

1 Đối với người có bệnh lao phổi :

A) Nếu là bệnh phổi đang tiến triển thì không nên phẫu thuật, trừ trường hợp có biến chứng nguy hiểm đến tính mạng. Nếu phải mổ thì chỉ nên gây tê.

Phẫu thuật có thể làm cho lao phổi trở nên nặng thêm.

Nếu điều trị được bằng thuốc thì tốt hơn.

Điều trị toàn thân : uống isoniasid (I.N.H.), Rifampin, ethambutol, P.A.S, licm streptomycin, bơm sublilis vào phế quản, uống vitamin, canxi...

Điều trị cục bộ : đặt bắc thấm hêparin và hydrocortison hoặc I.N.H., rắc cloramphenicon chống tạt trùng hội nhiễm.

B) Trong trường hợp lao phổi không tiến triển :

Chúng ta xử trí như là đối với viêm tai xương chũm mạn tính.

Nếu không có hủy hoại xương : nên điều trị bằng thuốc (toàn thân và cục bộ như đã nói ở trên).

Nếu có viêm xương nặng, có xương mục chúng ta làm phẫu thuật khoét rỗng đá chũm, gắp xương mục. Trong viêm tai xương chũm lao, những biến chứng xảy ra như trong viêm tai xương chũm thông thường nhưng nó lại hay gây ra liệt mặt, vì vậy chúng ta phải mổ sớm khi toàn thể trạng bệnh nhân cho phép.

Nếu đờ liệt mặt xuất hiện rồi mới mổ thì phẫu thuật sẽ không phục hồi lại được dây thần kinh số VII. Mổ xong cũng phải tiếp tục điều trị bằng thuốc chống lao như trên.

Tiên lượng phụ thuộc vào bệnh tích phổi.

Nếu lao phổi biến diễn tốt, bệnh nhân sẽ khỏi tai tuy rằng vết mổ có chậm liền da và bệnh nhân hay bị điếc.

2. Đối với những không có lao phổi.

Ít khi chúng ta chẩn đoán đúng bệnh trước khi mổ. Do đó chúng ta xử trí như là đối với viêm tai thông thường.

Trong trường hợp có triệu chứng viêm tai giữa cấp, chúng ta chích rạch màng nhĩ. Nếu có triệu chứng viêm xương chũm chúng ta phải phẫu thuật. Trên bàn mổ,

Khi chúng ta thấy những bệnh tích khả nghi thì phải làm những xét nghiệm cận lâm sàng đã nói ở phần chẩn đoán và chỉ nên đục rộng xương chũm, tránh làm phẫu thuật khoét rỗng đá chũm.

Sau khi phẫu thuật chúng ta dùng streptomycin tiêm vào bắp thịt và uống rimifon. Ngoài ra chúng ta phải lưu ý đến bồi dưỡng bệnh nhân, cho họ nghỉ ngơi và sống ở nơi thoáng đãng, có nhiều ánh sáng mặt trời (tác dụng tốt của tia cực tím).

Nói chung vết mổ chậm lành da, chảy nước vàng kéo dài nhiều tháng.

Viêm tai lao ở hài nhi thường nhạy cảm với streptomycin và I.N.H. (Rimifon).

Tiên lượng của thể lao tai ở người không bị lao phổi tốt : bệnh nhân không bị điếc mà cũng không bị liệt mặt, tai sẽ khô hoàn toàn, tuy rằng vết mổ có chậm lành da.

41. GIANG MAI TAI

Bộ Môn Tai Mũi Họng Đại Học Y Dược TpHCM

Bệnh giang mai có thể gây ra bệnh tích ở tai suốt trong thời gian biến diễn của nó, bất kỳ là trong thời gian nào. Nhưng tầm quan trọng của từng thời kỳ không đồng đều : giang mai thời kỳ hai và thời kỳ ba có nhiều đặc điểm đáng chú ý hơn giang mai thời kỳ một.

GIANG MAI THỜI KỲ MỘT

Săng giang mai ở vành tai, ở dái tai rất hiếm. Bệnh tích không có gì đặc biệt, nó cũng giống như săng giang mai ở nơi khác, nhưng bệnh có xu hướng biến diễn theo thể giang mai nặng.

Chẩn đoán thường dễ bị nhầm lẫn vì chúng ta không nghĩ đến giang mai.

Kính ultropak sẽ cho thấy ví trùng *Treponema pallidum* ở vết loét (cạo bờ vết loét rồi bôi lên phim kính).

GIANG MAI THỜI KỲ HAI

Giang mai thời kỳ hai có thể thương tổn tai ngoài, tai giữa hoặc tai trong.

1. Tai ngoài :

Bệnh tích ở tai ngoài giống như những bệnh tích thông thường ở ngoài da của giang mai thời kỳ hai : mụn sần hoặc loét nông, rỉ nước vàng ở ống tai, ở vành tai. Một đôi khi chúng ta thấy da quá phát biến thành u lồi condylôm bịt kín ống tai và làm cho thầy thuốc nhầm vào viêm ống tai ngoài thông thường.

Phản ứng B.W. Giúp chúng ta chẩn đoán bệnh.

2. Tai giữa :

Tai giữa có thể bị viêm gián tiếp hoặc trực tiếp.

A) Trong thể gián tiếp, nhưng bệnh tích giang mai ở mũi hoặc vòm mũi họng làm tắc vòi ơxtasi dẫn đến viêm tai giữa cấp do các vi trùng thông thường. Các triệu chứng không có gì đặc biệt.

B) Trong thể trực tiếp tai giữa bị viêm do vi trùng giang mai. Thương tổn khu trú vừa ở tai giữa vừa ở mê nhĩ. Bệnh tích ở tai giữa không nặng : màng nhĩ sung huyết đỏ hoặc có xuất tiết ở , mặt trong, ít khi bị thủng cháy mũ. Trái lại thương tổn của tai trong làm cho thấy thuốc lo ngại : bệnh nhân điếc kiểu tiếp nhận ở mức độ cao, Svabach rất ngắn (dưới 10 giây).

Sự chênh lệch giữa triệu chứng tai giữa và tai trong này làm cho chúng ta nghĩ đến giang mai tai và yêu cầu thử B.W. Cho bệnh nhân.

3. Tai trong.

Giang mai trong thời kỳ hai, nhất là thể giang mai nặng, có năng gây ra viêm màng não - dây thần kinh (méningonévrite) đối với dây thần kinh sọ số VIII. Một đôi khi các dây thần kinh sọ khác như dây số III, VI, số III, v.V... cũng có thể bị liệt

A) Triệu chứng.

Bệnh bắt đầu xuất hiện ngay trong những tháng đầu của thời kỳ hai.

Đột nhiên bệnh nhân bị ù tai và chóng mặt nhẹ, nhất là khi quay đầu mạnh.

Thính lực giảm nhanh và nhiều.

Soi tai thấy màng nhĩ bình thường.

Khám thính lực bằng âm thoa cho thấy Svabach rất ngắn (dưới 10 giây) rơi dương tính. Vobe thiên về tai lành. Bệnh nhân còn nghe được chút ít giọng trầm bằng khí đạo.

Các triệu chứng tiền đình như chóng mặt, động mắt tự phát, nôn mửa, mất thăng bằng... thường chỉ thoáng qua, không tồn tại lâu.

Nghiệm pháp nước lạnh cho thấy rằng tiền đình không trả lời. Trong nghiệm pháp ghế quay, tiền đình còn trả lời nhưng yếu ớt.

Ngoài ra chúng ta còn thấy một số triệu chứng màng não như nhức đầu về ban đêm, cứng gáy nhẹ, tăng phản xạ đầu gối, thay đổi thành phần của nước - não tủy (anbumin và tế bào lympho đều tăng). Nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng mức, điếc có thể tăng lên và trở thành vĩnh viễn. Nếu được điều trị sớm và đúng, điếc có thể bớt đi hoặc tai sẽ hoàn toàn bình phục.

B) Các thể lâm sàng

- **Thể thặng cấp** : bệnh xuất hiện một cách hết sức đột ngột và các triệu chứng chóng mặt ù tai, điếc lên đến mức tối đa giống như hội chứng Mènie. Bệnh nhân có thể bị cả hai bệnh cùng một lúc.

- **Thể bán cấp** : bệnh diễn biến từ từ, điếc càng tăng dần, không chóng mặt rõ rệt. Svabach rất ngắn.

Tiền đình không trả lời đối với nghiệm pháp nước lạnh nhưng còn trả lời đối với ghế quay.

- **Thể phân ly** : thương tổn chỉ khu trú ở ốc tai : bệnh nhân chỉ điếc kiểu tai trong, không có chóng mặt.

Thương tổn khu trú ở tiền đình hoặc ở một bộ phận của tiền đình, thí dụ như ở ống bán khuyên nằm (nghiệm pháp nước lạnh cho thấy rằng thiếu động mắt nằm ở tư thế Bruning I).

- **Thể phối hợp**: giang mai tai có thể phối hợp với liệt mặt, liệt nhãn cầu hoặc liệt họng... do thương tổn các dây thần kinh sọ.

GIANG MAI THỜI KỲ BA

Giang mai thời kỳ ba có thể khu trú ở tai ngoài, tai giữa hoặc tai trong và bệnh tích ở mê nhĩ bao giờ cũng khá nặng.

1. Tai ngoài.

Bệnh tích ở tai ngoài tương đối hiếm.

Gôn vành tai tiến triển như là viêm màng sụn và cũng đưa đến biến dạng vành tai.

- Viêm xương ống tai ngoài do giang mai thường đưa đến hoại tử xương nhĩ, sẹo hẹp ống tai ngoài.



2. Tai giữa.

Giang mai có thể gây ra nhiều loại bệnh tích ở tai giữa.

A) Viêm tai giữa thông thường do bệnh tích giang mai ở mũi, ở vòm mũi họng làm tắc vòi oxtasi.

B)Viêm tai khô giang mai : quá trình xơ hóa phát triển mạnh trong hòm nhĩ, lan vào các cửa sổ gây ra điếc dẫn truyền giống như xốp xơ tai.

C) Viêm xương chũm giang mai :

Thương tổn có thể ở màng xương hoặc ở trong xương.

Viêm màng xương : cốt mạc xương chũm sưng nề, da đỏ và căng mỏng như có apxe (apxe giả hiệu). Bệnh nhân kêu đau nhức sau tai. Màng nhĩ bình thường, thính lực tốt. Đối với thể này, người ta không mổ mà chỉ điều trị bằng thuốc.

Viêm xương : xương chũm bị viêm kiểu gồm.

Trong giai đoạn đầu da vùng sau tai bị sưng phồng, vành tai bị đẩy dồn về phía trước. Da có thể bình thường, không đỏ, không viêm. Thành ống tai ngoài bị sụp và che gần hết màng nhĩ. Thính lực vẫn tốt.

Về sau gôn vỡ ra, chảy nước vàng và có những mảnh xương mục. Trong thể này người ta chỉ mổ tối thiểu ở xương chũm. .

D) Viêm tai xương chũm mủ ở người bị bệnh giang mai.

Thể địa giang mai có ảnh hưởng xấu đối với viêm tai xương chũm, nó làm cho bệnh kéo dài, dễ bị mục xương. Sau khi mổ, vết thương liền da rất chậm và có xu hướng thành lỗ rò. Thuốc chống giang mai có tác dụng tốt đối với những vết mổ này.

3. Tai trong.

Khi nói đến giang mai thời kỳ ba ở tai chúng ta hay nghĩ đến viêm thần kinh mê nhĩ (neuro-labyrinthite) vì bệnh tích chính của giai đoạn này là ở tai trong.

Viêm thần kinh - mê nhĩ ở đây có phần nào khác với viêm màng não - dây thần kinh của thời kỳ hai.

Bệnh thường xảy ra trong thể giang mai nhẹ, ít triệu chứng. Bệnh nhân không nhức đầu, không chóng mặt. B.W. Có thể âm tính trong máu, nhưng lại dương tính trong nước não tủy, tế bào lymphô trong nước não tủy cũng tăng.

Triệu chứng lâm sàng chính là ù tai và điếc kiểu tai trong, ngày càng tăng với nghiệm pháp Svabach bị rút ngắn. Hiện tượng chóng mặt là thứ yếu .Ít khi thấy động mắt. Màng nhĩ và vòi oxtasi hoàn toàn bình thường.

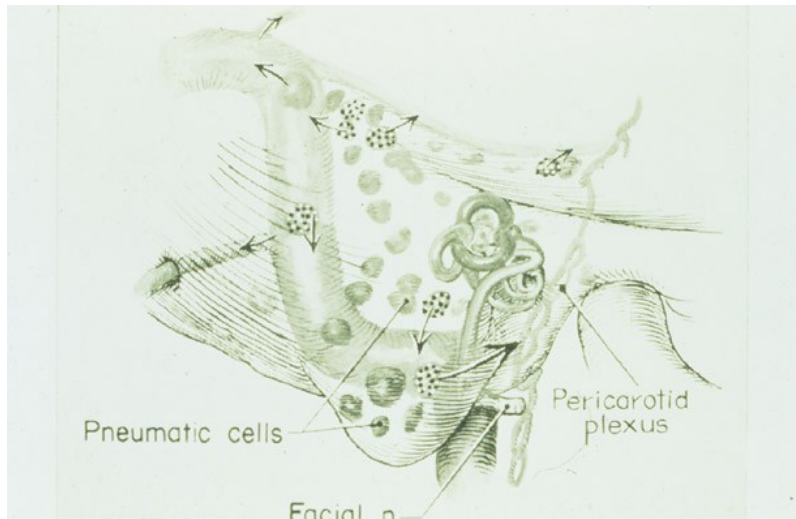
Trong viêm thần kinh - mê nhĩ chúng ta ít thấy liệt các dây thần kinh sọ như trong viêm màng não dây thần kinh.

A) Các thể lâm sàng :

Các thể lâm sàng cũng giống như trong viêm màng não - dây thần kinh của thời kỳ hai : thể thậm cấp (điếc đột ngột thể mạn tính (điếc từ từ ngày càng tăng), thể phân ly (điếc đơn thuần).

B) Tiên lượng :

Tiên lượng đây xấu hơn tiên lượng ở thời kỳ hai : viêm thần kinh - mê nhĩ nhạy cảm với thuốc vì thương tổn dây thần kinh số VIII và thương tổn mê nhĩ thành cố tật.



GIANG MAI THỜI KỲ BỐN

Giang mai thời kỳ bốn gây ra bệnh Tabet.

Khi Tabet bắt đầu xuất hiện chúng ta có thể thấy một số hiện tượng bệnh lý ở tai.

1. Tai ngoài :

Da ống tai bị loét do rối loạn dinh dưỡng.

Xương bị bóc trần, bệnh nhân không cảm thấy đau.

2. Tai giữa:

Viêm tai giữa do rối loạn thần kinh dinh dưỡng, kèm theo rối loạn cảm giác dây thần kinh tam thoa (ở mặt có vùng quá cảm giác và vùng mất cảm giá, leo da,...)

3. Tai trong :

Viêm thần kinh - mê nhĩ xảy ra ở giai đoạn tiền thất điều (période pré-ataxique).

Bệnh nhân vừa bị điếc kiểu tai trong vừa có triệu chứng tiền đình. Các triệu chứng mất thăng bằng ở đây rất phức tạp vì bên cạnh những triệu chứng thuộc về dây thần kinh số VIII còn có những triệu chứng thuộc về Tabet.

Ở một bệnh nhân đã bị giang mai từ lâu (vài chục năm về trước) sự xuất hiện của viêm thần kinh-mê nhĩ và mất thăng bằng làm cho chúng ta nghĩ đến

Tabet đang bắt đầu và tìm hai triệu chứng chính của bệnh : mất các phản xạ và triệu chứng Acghin - Robcxon (Argyll - Robertson), tức là mất phản xạ đồng tử đối với ánh sáng nhưng còn phản xạ đôi với điều tiết xa gần của mắt.

GIANG MAI BẨM SINH

Có hai thể giang mai bẩm sinh : giang mai bẩm sinh sớm, thấy ở nhũ nhĩ, ở trẻ em nhỏ và giang mai bẩm sinh sinh muộn, thấy ở trẻ em lớn, hoặc thiếu niên.

GIANG MAI BẨM SINH SỚM

Giang mai bẩm sinh sớm gây ra hai loại thương tổn : thương tổn loạn dưỡng và thương tổn đặc hiệu :

1. Thương tổn loạn dưỡng là những dị hình ở tai như : thiếu vành tai, thiếu ống tai ngoài, thiếu tai giữa, thiếu tai trong...

Những dị hình này không phải hoàn toàn do giang mai, mà một số nguyên nhân khác cũng có thể gây ra.

2. Thương tổn đặc hiệu :

Ở tai ngoài, chúng ta có thể thấy ban giang mai, nhất là ở trẻ sơ sinh.

Ở tai giữa người ta có tả bệnh viêm lai mủ do giang mai bẩm sinh ở trẻ em nhỏ trong đó bệnh tích lan rộng cả tai giữa và tai trong làm cho em bé bị điếc rất sớm. Và như chúng ta biết, nếu em bé không nghe được thì nó sẽ không nói được. Bệnh biến diễn không có triệu chứng toàn thân (không sốt, không rối loạn tiêu hóa...) và không nhạy cảm với những phương pháp điều trị thông thường.

Ở tai trong : giang mai có thể làm hỏng cơ quan Cocti, hạch xoắn ốc, mê nhĩ mềm, dây thần kinh số VIII lúc còn trong bào thai hoặc sau khi ra đời. Kết quả là các bộ phận này biến thành khối xơ vô dụng và em bé bị câm-điếc. Chúng ta chẩn đoán bệnh bằng cách hỏi tiền sử gia đình (sẩy thai, đẻ non, con chết nhỏ tuổi liên tục...), tìm các triệu chứng khác của giang mai bẩm sinh (pemphigut, ban giang mai, mảng niêm mạc, gan to, lách to, kiệt dinh dưỡng, viêm mũi giang mai...) và thử B.W. Người mẹ.

GIANG MAI BẨM SINH MUỘN

Giang mai bẩm sinh muộn là một nguyên nhân phổ biến của điếc ở trẻ em lớn và thiếu niên. Bệnh tích chủ yếu là ở mê nhĩ và có một bệnh cảnh lâm sàng khá đặc biệt : hội chứng Hutchinson gồm có viêm giác mạc kẽ, biến dạng răng và điếc

Bệnh nhân thường là trẻ em vào khoảng sáu đến mười lăm tuổi. Bệnh có thể biến diễn đột ngột : em bé bị ù tai trong vòng vài giờ hoặc vài ngày rồi điếc.

Hoặc bệnh biến diễn từng đợt cách nhau vài tháng hoặc vài năm, mỗi đợt một nặng thêm và cuối cùng đưa đến điếc đặc.

Hai tai không điếc đồng đều nhau : thường bên bị điếc trước nặng hơn bên bị điếc sau.

Điều này không gây ra câm, vì đây là những em bé trên sáu bảy tuổi, đã biết nói rồi. Tuy vậy cách nói, giọng nói và sự học bành của em bé có bị ảnh hưởng nhiều : vốn danh từ bị hạn chế nói năng cục mịch, vẽ mặt ngây ngố.

Rối loạn tiền đình không quan trọng lắm : ít khi bệnh nhân kêu chóng mặt, không có mất thăng bằng, không có đổng mất.

Một đôi khi bệnh nhân kêu nhức đầu, không học hành hoặc lao động được.

Khám tai chúng ta thấy màng nhĩ bình thường trong 50% số trường hợp số còn lại là màng nhĩ đục hoặc dày, không thủng.

Khám thính lực cho thấy rằng bệnh nhân bị điếc đặc kiểu dẫn truyền : khi đạo mất nhiều, cốt đạo mất ít, Rinơ âm tính, Vơbe thiên về tai điếc nhẹ, đường cốt đạo tương đối và đường cốt đạo tuyệt đối chồng lên nhau.

Những nghiệm pháp tiền đình cho chúng ta thấy sự thay đổi khá đặc biệt : nghiệm pháp nước lạnh cho kết quả gần như bình thường, trái lại nghiệm pháp góc quay không kích thích được tiền đình. Về sau khi bệnh đã thật nặng rồi thì cả hai nghiệm pháp này đều không làm cho mê nhĩ trả lời được.

Đối với dòng điện một chiều tiền đình cũng trả lời một cách khác thường : có động mắt nhưng không nghiêng đầu.

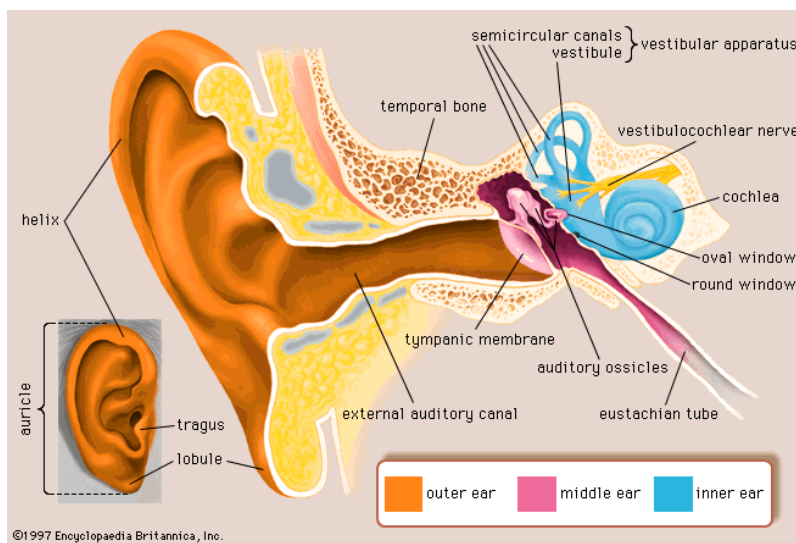
Ngoài ra chúng ta còn phát hiện triệu chứng Henơbe (Hennebert) bằng cách dùng spéculum Siccglơ bơm nén không khí vào ống tai ngoài và gây ra động mắt đáp về phía đối diện (trong triệu chứng lỗ dò Lukê, động mắt đập về bên tai bị bơm không khí).

Động mắt có thể thuộc về loại ngang hoặc quay hoặc chéo. Một đôi khi động mắt được thay thế bằng động tác giật chậm nhãn cầu về phía tai bị bơm không Sau đó chúng ta tìm các triệu chứng khác như viêm giác mạc kẽ, dị dạng ở răng và làm phản ứng B.W. Hoặc Nensơn (Nelson). Nên nhớ rằng phản ứng B.W.

Có thể âm tính trong giang mai bẩm sinh.

Tiền lượng của giang mai bẩm sinh xấu. Chức năng nghe sẽ không hồi phục lại được mặc dù có điều trị.

Chẩn đoán bệnh phải dựa vào hội chứng Hutchinson, bệnh tích giác mạc thường có mặt trong giang mai bẩm sinh có thương tổn tai.



ĐIỀU TRỊ GIANG MAI TAI

Thầy thuốc Tai Mũi Họng cần phối hợp với chuyên khoa Da liễu để điều trị giang mai. Tùy theo thời kỳ của giang mai, cách điều trị có khác nhau

1. Giang mai thời kỳ một :

Điều trị bằng penicillin 15 triệu đơn vị trong 15 ngày phối hợp với bitmut (iodo-bismuthate de quinine hoặc campho-carbonate de bismuth ống 2ml), mỗi tuần lễ hai lần tiêm vào bắp thịt. Tổng số 15 ống.

Sau đó phải tiêm lại nhiều đợt bitmut nữa. Thời gian điều trị là ba năm.

Thuốc có chất asen (novarsénobenzol) rất công hiệu đối với giang mai nhưng nguy hiểm nên người ta ít dùng.

2. Giang mai thời kỳ hai:

Cần phải điều trị thật mạnh và nhanh như trong thời kỳ một : penixilin và bitmut hoặc asen và bitmut. Người ta hay dùng loại asen hóa trị năm (acétylarsan) ít nguy hiểm như novarsénobenzol.

Phải điều trị làm nhiều đợt. Thời gian điều trị là ba năm hoặc năm năm tùy theo thể bệnh.

3. Giang mai thời kỳ ba :

Tác dụng của thuốc đối với điếc không rõ rệt, nhưng vẫn phải điều trị để phòng ngừa những thương tổn ở chỗ khác do giang mai gây ra .Nên tiêm xen kẽ những đợt bitmut với đợt thủy ngân (xyanua thủy ngân ống 1cg)chúng ta cũ nên cho uống thêm iodua kali (một ngày 2g).

4. Giang mai bẩm sinh :

Đối vớ trẻ em nhỏ : tiêm sunfasenon (sulfasénol) vào bắp thịt, cho uống lactat thủy ngân 1% XV giọt hoặc dung dịch Van Swieten (Van Swieten) XII giọt cho một kilôgam cơ thể trong 24 giờ, hoặc xoa thuốc bôi mỡ thủy ngân (onguent napolitain).

Đối vớ trẻ em lớn tiêm axetylarsan vào dưới da, tiêm bitmut, cho uống sirô Gibert tức là diiodua thủy ngân (mỗi tuổi uống một phần ba thìa cà phê).

5. Tai biến do thuốc :

A) Phản ứng Hecxhême (Herxhelmer) :

Phản ứng do dùng thuốc có chất asen : sau khi tiêm thuốc bệnh nhân có triệu chứng màng não (nhức đầu, cứng gáy...) liệt một số dây thần kinh sọ. Đồng thời ở ngoài da có những nốt mẩn xuất hiện.

Những hiện tượng này sẽ tự khỏi, không cần phải ngừng thuốc.

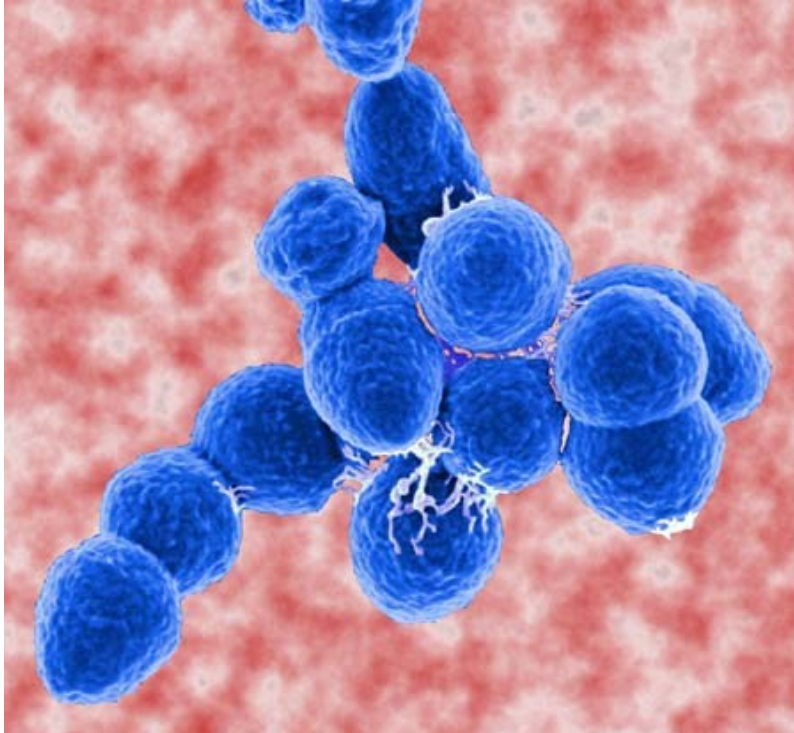
B) Tái phát thần kinh :

Sau khi tiêm một đợt thuốc, bệnh nhân bị bại liệt một số dây thần kinh.

Đây là một hiện tượng bệnh lý do giang mai chưa được dẹp tắt chứ không phải tại thuốc. Chúng ta phải thay thuốc và dùng liều lượng mạnh.

C) Nhiễm độc :

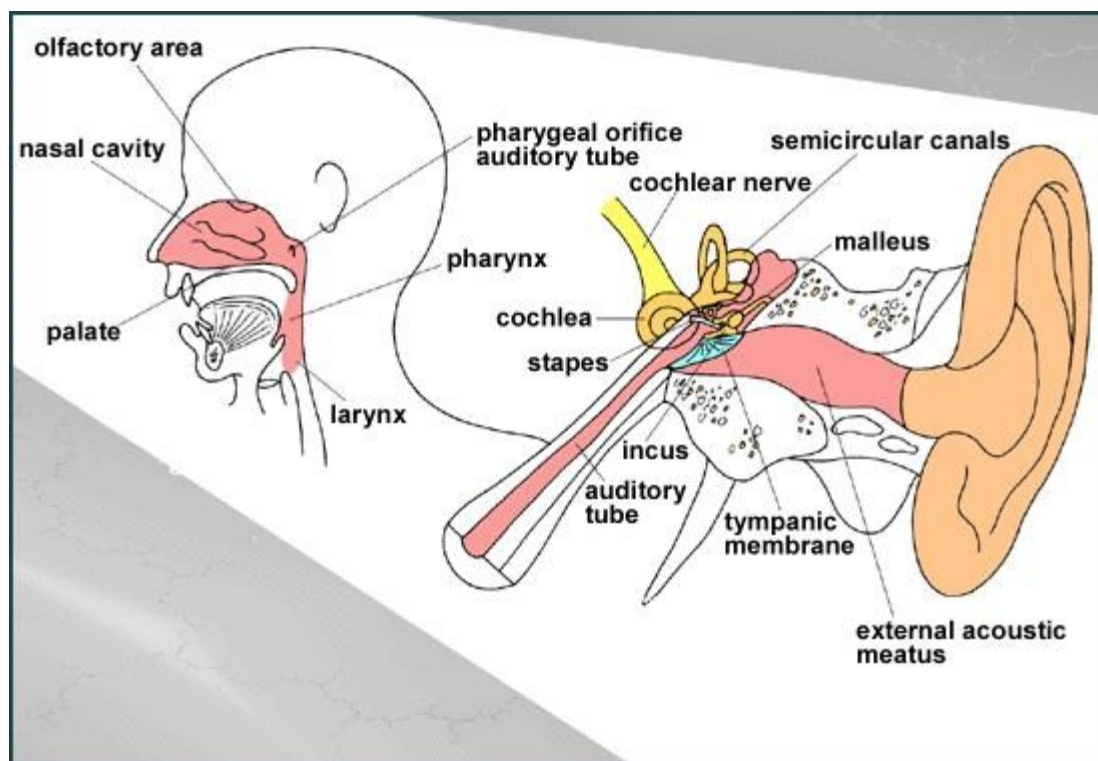
Thường thấy trong khi điều trị bằng chất asen (novarsénobenzol) liều lượng quá cao và kéo dài. Bệnh nhân kêu ù tai và điếc tăng lên. Nếu chúng ta nghỉ thuốc hoặc thay thuốc khác thì tượng này sẽ hết.



42. LỐI XƯƠNG ỐNG TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng ĐH Y Dược Tp.HCM

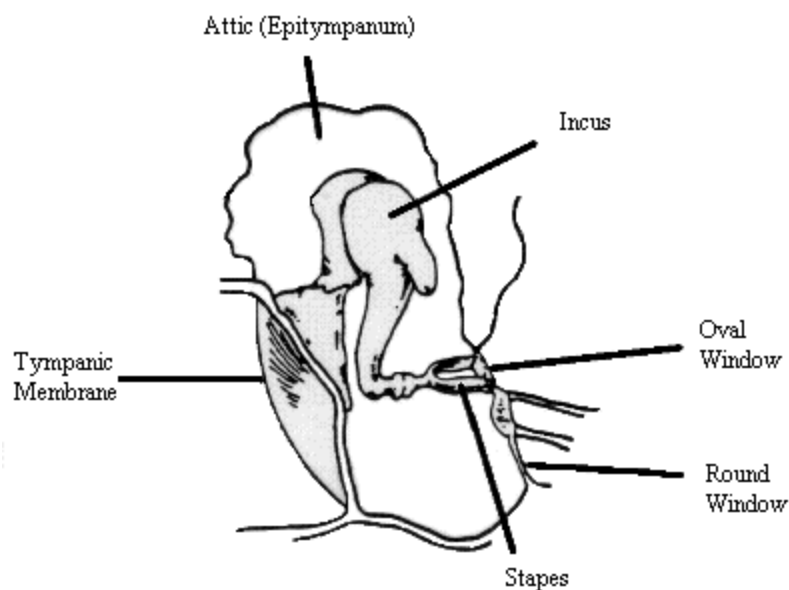
Lối xương là những khối xương phát triển từ thành ống tai ra và làm hẹp lòng ống tai. Lối xương thường có cả ở hai tai và hay có tính cách di truyền.



Trong lối xương nhỏ, bệnh không có triệu chứng chức năng. Tình cờ trong khi khám tai mũi họng, thầy thuốc phát hiện ra bệnh.

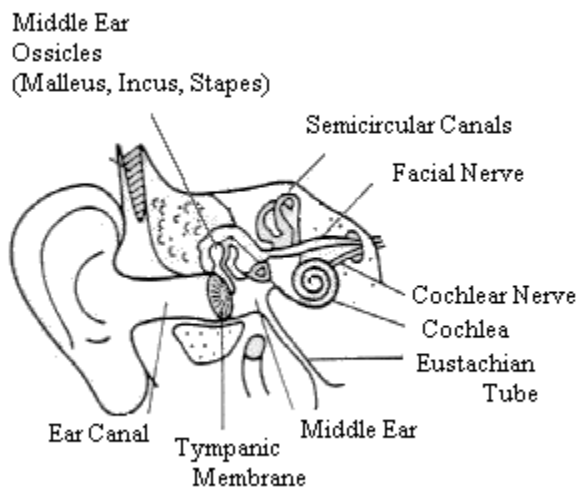
Trái lại nếu là lối xương nhiều thì ống tai sẽ bị tắc bởi ráy tai, bởi nút biểu bì và gây ra điếc, ù tai.

Những nghiệm phát âm thoa cho thấy rằng bệnh nhân bị điếc tai giữa : Svabach (Schwabach) trên 20 giây, Rinơ (Rinne) âm tính, Vơbe (Weber) thiên về bên điếc.



Khám bệnh thấy trong ống tai có một hoặc vài khối u to bằng hạt đỗ, cứng, tròn nhẵn, da co về bình thường. Khi que thăm chạm vào bệnh nhân không đau. Lòng ống tai bị thu hẹp lại thành một cái khe và thường bị ráy tai bịt kín. Xem màng nhĩ . U tay ở về phía sau và trên của ống tai. Cả hai tai đều có bệnh tích giống như nhau.

Những khối u lồi này phát triển rất chậm ở trẻ em. Khi bệnh nhân đến tuổi trưởng thành thì u không lớn nữa.



Bản thân u lồi xương không gây ra tác hại gì lớn ngoài triệu chứng nghẽn ngang nhưng vì nó trở ngại sự dẫn lưu của ống tai, nên đôi khi chúng ta thấy có biến chứng như mềm ống tai ngoài. Hơn nữa nếu bệnh nhân bị viêm tai giữa, mủ sẽ không có lối thoát, dễ gây ra viêm xương chũm.

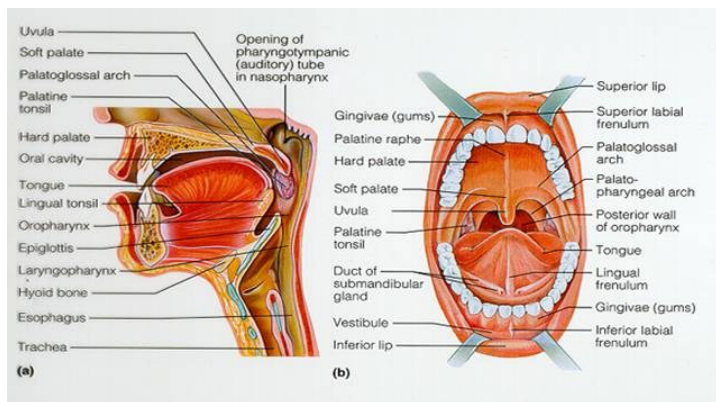
- Đối với lồi xương nhẹ, không có triệu chứng chức năng thì không can thiệp. Nếu có ráy tai thì phải bơm nước 37 độ để lấy nó ra:

- Nếu lồi xương to có ảnh hưởng đến thính lực hoặc gây tích mủ thì phải can thiệp. Trong trường hợp u ở nông, chúng ta nên phẫu thuật bằng đường trong ống tai.

Trong trường hợp u ở sâu, chúng ta nên mổ theo đường sau ống tai. Sau khi bóc tách da ống tai, chúng ta dùng đục lòng máng để xén khối u, hoặc dùng khoan điện (flaise) mài khối u xương.

43. APXE QUANH HỌNG VÀ Ở CỔ DO TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng ĐHYD



Những biến chứng ở cổ và ở họng do viêm tai thường xuất hiện muộn có khi ổ viêm ở tai đã gần khỏi rồi mà biến chứng mới bắt đầu. Do chúng ta hay tập trung lưu ý ở cổ mà bỏ sót nguyên nhân gây bệnh ở tai.

ĐẠI CƯƠNG .

1. Nguyên nhân :

Nguyên nhân gây bệnh thường là viêm tai cấp tính hoặc viêm xương chũm ngoài cũng có thể gây ra viêm tấy hạch ở cổ.

2. Bệnh sinh :

Quá trình viêm nhiễm đi từ tai xuống họng và cổ bằng một trong ba lối sau đây :

A) Đường bạch huyết: thường thấy ở trẻ em bị viêm ống tai ngoài.

Bệnh nhân bị viêm tấy hạch ở cổ hoặc hạch tuyến mang tai hoặc hạch sau tai.

B) Đường tĩnh mạch: thường thấy trong viêm tai xương chũm có kèm theo viêm nghẽn ở vịnh cảnh hoặc ở tĩnh mạch cảnh. Hạch và tổ chức liên kết ở máng cảnh bị viêm và có khi biến thành viêm tấy

C) Đường xương : là lối phổ biến.

Quá trình viêm lan từ sào bào và các tế bào chũm xuống mặt dưới xương chũm (tam giác cảnh nhĩ thân của Mouret, tam giác mỏm của Bezold và từ mặt này xuống tổ chức liên kết ở cổ gay ra các thể lâm sàng Murê hoặc Bezon mà chúng tôi đã trình bày ở phần viêm xương chũm. Quá trình viêm cũng có thể xuất phát từ apxe ngoài màng cứng, tiến về phía nền sọ. Mủ sẽ đổ vào tổ chức liên kết cổ qua lỗ rách sau hoặc qua lỗ rò xương chũm.

TRIỆU CHỨNG .

1. Apxe bên cạnh họng :

Mủ đi từ xương đá hoặc mỏm xương chũm hoặc tam giác cánh nhị thân Murê đổ vào khoảng sau trâm (khoảng dưới tuyến mang tai sau của Sêbilô).

Trong giai đoạn đầu chúng ta chỉ thấy có chảy mủ tai và triệu chứng toàn thân như sốt dao động, bộ mặt nhiễm trùng, toàn thân suy sụp. Những triệu chứng đó làm cho chúng ta nghĩ đến một ổ viêm mủ ở sâu.

Sang giai đoạn toàn phát có triệu chứng nuốt đau, nhai đau, quay cổ khó, tiếng nói thay đổi âm sắc (nói như người ngậm kẹo trong miệng). Sờ vào cổ bệnh nhân kêu đau ở máng cảnh, ít khi có hiện tượng đóng bánh. Khám họng chúng ta thấy thành bên họng nổi phồng về phía trong, amydan và trụ sau cũng bị đẩy dồn về phía trong. Một đôi khi khối sưng lan xuống đến hạ - họng và gây ra khó thở.

Ngón tay sờ vào khối sưng có cảm giác căng.

Tiền lượng của apxe này tốt : sau khi giải quyết ổ viêm và chích rạch họng, apxe se khỏi, không để lại di chứng.

2. Apxe thành họng :

Mủ xuất phát từ ổ viêm ở mỏm xương đá, đổ vào thành họng, giữa niêm mạc và lớp cân chung quanh họng. Túi mủ thường khu trú vào những điểm sau đây : loa vòi ơxtasi, màn hầu, nóc vòm.

Apxe loa vòi ơxtasi : bệnh nhân kêu nhức tai, ù tai, đau họng. Thành họng ở sau màn hầu sưng phồng.

Apxe màn hầu : nửa bên màng hầu bị sưng phồng và xệ xuống, lưỡi gà bị Phù nề, trụ trước bị nhâm nhiễm. Bệnh nhân nuốt đau, nói giọng mũi hở, uống nước hay sặc lên mũi.

Apxe nóc vòm : túi mủ khu trú ở sau cửa mũi sau làm cho bệnh nhân tắc mũi, nói giọng mũi kín. Soi mũi sau thấy một khối u tròn, nhẵn, đỏ che gần hết vòm mũi họng. Ngón tay sờ có cảm giác căng mọng.

3. Apxe ở vùng cổ :

Viêm nghẽn xoang tĩnh mạch bên hoặc vịnh cảnh thường hay gây ra viêm tấy máng cảnh. Riêng đối với túi mủ chung quanh xoang tĩnh mạch bên, nó có thể thoát qua lỗ rách sau và chảy xuống cổ gây ra apxe cổ. Nhưng bên cạnh những nguyên nhân này phải nói rằng, đại đa số các túi mủ ở cổ đều do viêm xương ở mặt dưới của xương chũm mà ra.

Triệu chứng không có gì đặc biệt.

Trong thể Bezold (Bezold) vùng sau tai có vẻ bình thường, vùng bên cạnh cổ sưng phồng, đầu trên và bờ sau của cơ ức đòn chũm sưng đỏ, da bị thâm nhiễm và đau. Quay cổ có khó khăn.

Trong thể Bezold giả hiệu, mụn chỉ khu trú ở mỏm chũm gây ra hiện tượng đóng bánh và viêm cơ ức đòn chũm: Bệnh nhân thường bị vẹo cổ hoặc quay cổ rất khó khăn.

Trong thể viêm tấy máng cảnh, túi mụn thường xuất hiện ở bờ trước cơ ức đòn chũm. Trong thể viêm xương chũm sau dưới, mụn thường đổ về phía dưới cằm và vùng gáy tạo thành một túi mụn lưng nhùng dưới da đầu.

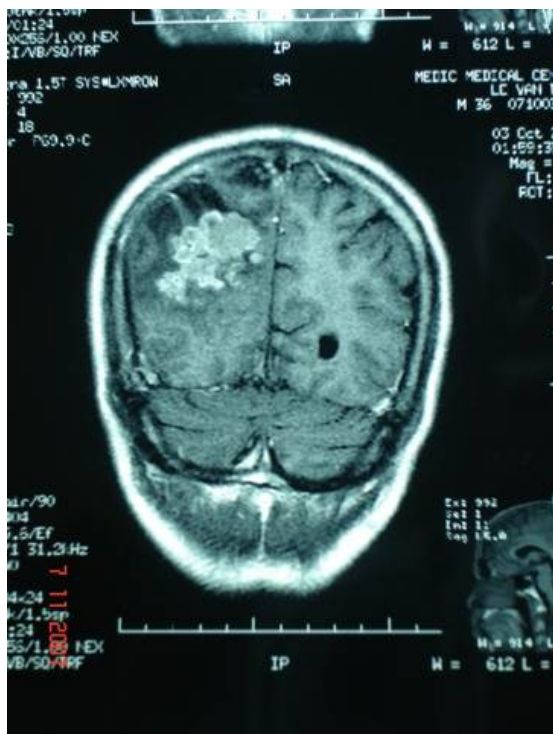
ĐIỀU TRỊ

Đối với viêm hạch chúng ta có thể điều trị bằng kháng sinh hoặc vắc xin (propidon) và có khi phải chích apxe.

Đối với túi mụn ổ viêm xương hoặc viêm tĩnh mạch chúng ta phải giải quyết ổ viêm (phẫu thuật nạo xương chũm, mở sào bào thượng nhĩ, khoét rỗng đá chũm...) và rạch da ở cổ để dẫn lưu mụn. Trong trường hợp apxe thành họng chúng ta phải chích rạch trong họng để tháo mụn.

Kháng sinh ở đây chỉ có tác dụng tốt sau khi phẫu thuật.

44. APXE TIỂU NÃO



Theo tài liệu nước ngoài, apxe tiểu não ít hơn apxe đại não. Ở Việt Nam trong ba năm 1957, 1958, 1959 các tác giả Trần Hữu Tước, Phan Trinh và Nguyễn Ngọc Thắng đã gặp 20 ca apxe tiểu não và 15 ca apxe đại não.

NGUYÊN NHÂN - BỆNH SINH

Hầu hết các apxe tiểu não đều do viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm không có hoặc có cholestêatôma.

Tuổi thường hay mắc bệnh này là khoảng 9 - 10 tuổi trở lên ; chúng tôi không gặp ca bệnh nào ở trẻ con dưới 5 tuổi.

Viêm nhiễm ở tai-xương chũm xâm nhập vào tiểu não bằng một trong ba đường sau đây :

- **Đường tĩnh mạch** : đây là lối phổ biến nhất. Viêm tắc tĩnh mạch bên là bước trung gian giữa bệnh tích tai-xương chũm và tiểu não. Triệu chứng viêm tắc tĩnh mạch ít khi thiếu.
- **Đường mê nhĩ** : bệnh bắt đầu bằng viêm mê nhĩ mủ, sau đó viêm nhiễm vào màng não-tiểu não qua cống tiền đình và túi nội dịch hoặc qua ống bán khuyên sau.
- **Đường xương** : các tế bào ở phía sau mê nhĩ bị viêm (viêm mặt sau xương đá) xương bị hà. Màng não đối diện bị vi trùng xâm nhập.

GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

Ap xe có thể ở hoàn toàn trong chất não, hoặc ở trong chất não nhưng có cuống ra đến dưới màng não.

1. Vị trí : ap xe thường hay ở về phần ba trước của bán cầu tiểu não tức là ở trước tĩnh mạch bên và đối diện với mặt sau trên của xương đá (ap xe do viêm mê nhĩ hay do viêm mặt sau xương đá). Loại này chiếm đa số ở Việt Nam.

Ap xe cũng có thể ở về hai phần ba sau của bán cầu tiểu não tức là sau tĩnh mạch bên (ap xe do viêm tắc tĩnh mạch bên).

2. Số lượng :

Có thể thấy một ap xe hoặc nhiều ap xe. Khả năng nhiều ap xe không hiếm.

3. Khối lượng :

Túi mũ không lớn bằng ap xe đại não, thường chỉ to bằng ngón tay cái. Nhưng vì ap xe ở trong hố sau của sọ nên nó hay gây ra chèn ép nguy hiểm như :

- Chèn ép cống Sylvius gây ra thủy thủng não thất và tăng áp lực nội sọ.
- Đè gập khuỷu bó tháp bên đối diện vào bờ lỗ chấm gây ra bại liệt cùng bên ở các chi (bệnh tích ở trên chỗ bắt chéo của bó tháp).

Rối loạn hành não do tụt kẹt hạnh nhân tiểu não vào lỗ chấm (ngừng thở nhưng tim vẫn đập, chết đột ngột...)

4. Mủ và vi trùng của ap xe tiểu não cũng giống như trong ap xe đại não mà chúng ta đã học.

5. Vỏ ap xe tiểu não cũng giống như vỏ ap xe đại não. Nhưng trong ap xe tiểu não, bệnh nhân thường tử vong sớm nên bọc xơ chưa có thời giờ để hình thành một cách rõ rệt.

Ap xe thường hay có cuống và ăn thông ra đến màng não bằng một cái lỗ rò ở phía trước tĩnh mạch bên (Trần Hữu Tước, Nguyễn Ngọc Thắng).

TRIỆU CHỨNG

Trên lý thuyết ap xe tiểu não có khá nhiều triệu chứng phong phú, nhưng trên thực tế bệnh này là một trong những bệnh nghèo nàn về triệu chứng và khó chẩn đoán.

Sở dĩ có hiện tượng này là vì mấy lý do sau đây :

Phần lớn của bán cầu tiểu não là vùng câm, khi bị phá hủy nó không có biểu hiện lâm sàng.

Tiểu não có khả năng bù trừ rất lớn : những chức năng bị thương tổn suy yếu thường được gánh vác bởi phần còn lại của tổ chức tiểu não. Do đó các triệu chứng tiểu não thường kín đáo và thoáng qua không tồn tại lâu.

Các bệnh tích phối hợp như viêm tắc tĩnh mạch bên, viêm mê nhĩ hay gây ra những triệu chứng ò ạt và thường làm lu mờ các hiện tượng lâm sàng của apxe tiểu não.

Bệnh tiến triển, cũng như trong apxe đại não, qua bốn giai đoạn : giai đoạn bắt đầu, giai đoạn tìm tòi, giai đoạn toàn phát và giai đoạn cuối cùng. Cách xuất hiện và sự biến diễn của từng giai đoạn cũng tương tự như trong apxe đại não.

Thí dụ như giai đoạn bắt đầu tương xứng với đợt hồi viêm tai xương chũm mạn tính, giai đoạn thứ hai với thời kỳ trầm lặng... nên chúng tôi không nhắc lại (xem phần apxe đại não). Bệnh có thể xuất hiện ở một bệnh nhân chưa được mổ xương chũm hoặc đã được mổ rồi.

Ở đây chúng tôi nhấn mạnh giai đoạn toàn phát và những triệu chứng giúp thầy thuốc chẩn đoán apxe tiểu não.

1. Hội chứng tăng áp lực nội sọ.

Các triệu chứng của tăng áp lực nội sọ khá rõ rệt.

Nhức đầu nhiều, tập trung ở vùng chẩm. Ngón tay gõ vào xương chũm cũng làm cho bệnh nhân đau. Bóp gáy bệnh nhân cũng kêu đau.

Nôn nhiều về buổi sáng. Nôn vọt một cách dễ dàng, khi ăn cũng nôn, khi uống cũng nôn, không ăn cũng nôn. Nôn nhiều hơn trong apxe đại não, nhưng không phải mọi ca đều nôn.

- Tinh thần trì trệ : bệnh nhân ngủ gà gật.

Khi gọi dậy họ trả lời chậm chạp, tiếng một, xong rồi lại nhắm mắt lim dim.

Mạch chậm cũng là một triệu chứng có sớm. Nhưng vì bệnh nhân thường bị viêm tắc tĩnh mạch bên nên nhiều khi mạch lại nhanh.

Phù nề gai mắt thường gặp hơn trong apxe đại não.

- Nước não tủy có áp lực cao hoặc bình thường.

Ngoài ra liệt dây thần kinh số VI (lác mắt về phía trong) cũng được coi là hậu quả của tăng áp lực nội sọ.

2. Hội chứng viêm nhiễm.

Gầy là triệu chứng rất quan trọng và luôn luôn có mặt. Bệnh nhân gầy nhanh và nhiều : có thể mất hàng chục cân trong vòng một tuần lễ. Trong apxe đại não, bệnh nhân cũng gầy nhưng gầy chậm hơn.

Bạch cầu trong máu có tăng, nhưng số lượng bạch cầu không nói lên được mức độ nặng của bệnh. Con số thường gặp là trên 10.000 trong một milimét khối.

Tế bào trong nước não tủy cũng tăng.

Nhiệt độ không cao (38^0) trừ trường hợp có viêm tắc tĩnh mạch bên.

3. Hội chứng định khu.

Hội chứng này trên lý thuyết rất phong phú và gồm có các triệu chứng tiểu não triệu chứng mê nhĩ, triệu chứng bó tháp và triệu chứng hành não.

A) Triệu chứng tiểu não .

Các triệu chứng chức năng tiểu não xuất hiện cùng một bên với tai bệnh và được xếp làm ba loại :

Rối loạn dáng bộ :

Mất thăng bằng khi đứng, hay là về phía sau hoặc phía bên mặc dù nhắm mắt hay mở mắt. Khi đi thì chệnh choạng như người say rượu.

Trong trường hợp nặng, bệnh nhân nằm liệt giường và có hiện tượng giữ nguyên thế (catalepsie ccrbelleuse) thí dụ như lúc nào cũng ngoẹo đầu và co tay về một bên, không sửa ngay ngắn lại được.

Rối loạn vận động chủ động :

Quá tầm (hypcrmetrie) : chúng ta bảo bệnh nhân nhắm mắt và lấy ngón tay hỉ mũi, ngón tay sẽ đi quá tầm lên trán.

Nghiệm pháp Stêva - Honmêt (Stewart - Holmes) : chúng ta bảo bệnh nhân nắm bàn tay lại, co gấp cánh tay trước ngực và ra sức giữ không cho nó duỗi ra.

Thầy thuốc kéo cánh tay bệnh nhân khỏi ngực độ 30cm rồi đột nhiên buông ra, cho nó bật trở về chỗ cũ. Ở người bình thường tay sẽ dừng lại cách ngực độ 5cm.

Ở người bị quá tầm, tay sẽ đi quá đà và đập mạnh vào ngực.

Mất liên động (adiadococinésie) : không làm động tác múa rối các ngón tay một cách cân đối và nhanh được.

Mất đồng vận (asynelgie) : bảo bệnh nhân nằm ngửa và đá gót chân vào mông.

Bệnh lành chúng ta thấy bệnh nhân làm cùng trong một lúc ba động tác : bàn chân lướt trên mặt giường, căng chân và đùi gấp lại. Trái lại ở bên bệnh ba động tác đó tách rời ra : đầu tiên bệnh nhân nhấc đùi lên, sau đó họ gấp căng chân lại và cuối cùng họ hất gót vào mông.

Rung hữu ý : khi cử động cầm một vật gì đó biên độ rung khá rộng :

Rối loạn vận động thụ động :

Trương lực cơ bị giảm nên chúng ta thấy có hiện tượng :

- Triệu chứng hành tay chết.
- Phản xạ gân bánh chè kéo dài : căng chân đưa đi đưa lại như quả lắc đồng hồ.

Như chúng tôi đã nói ở đoạn đầu, các triệu chứng tiểu não kể trên tuy rằng khá phong phú nhưng không tồn tại lâu, khó phát hiện. Do đó apxe tiểu não thường ít triệu chứng hơn apxe đại não.

B) Triệu chứng tiền đình:

Chúng ta quen gọi là triệu chứng tiền đình, nhưng thực ra nguyên nhân của các triệu chứng này ở tiểu não (Hội chứng tiền đình trung ương).

- Chóng mặt là triệu chứng thường xuyên và sớm, nhưng không đặc hiệu.
- Động mắt tự phát :

Chúng ta nghĩ đến bệnh tích tiểu não :

1. Khi thấy động mắt tự phát đập về bên bệnh (động mắt tự phát do hồng mê nhĩ đập về bên lành), nhất là trong trường hợp mê nhĩ đã chết do bệnh hoặc do phẫu thuật khoét mê nhĩ. Nếu mê nhĩ chưa chết (còn trả lời khi chúng ta làm nghiệm pháp tiền đình. Chúng ta phải theo dõi xem nó có kéo dài nhiều ngày không. Nếu động mắt về bên bệnh kéo dài chúng ta phải nghĩ đến apxe tiểu não.

2. Khi thấy động mắt tự phát đập về bên lành chúng ta chưa kết luận vội là không có apxe tiểu não mà phải theo dõi, nếu động mắt kéo dài quá 6 ngày hoặc đã hết rồi nhưng tái diễn trở lại chúng ta phải nghĩ đến apxe tiểu não.

3. Khi động mắt tự phát liếp tục đập, bất kỳ hướng nào sau khi khoan mê nhĩ, chúng ta phải nghĩ đến apxe tiểu não.

Đặc điểm của động mắt do tiểu não biên độ rộng, có thể thay đổi hướng, thuần túy, nghĩa là đơn thuần nằm hoặc quay, hoặc đứng chứ không có hỗn hợp.

Động mắt đứng rất có giá trị trong chẩn đoán apxe tiểu não.

- Động mắt do gây ra :

Động mắt do gây ra ít có giá trị và thường khó thực hiện vì bệnh nhân mệt nặng. Sự trả lời "kém kích thích" hoặc "không kích thích được" ở một bệnh nhân có hội chứng tiểu não làm cho chúng ta nghĩ đến apxe trước tĩnh mạch bên : sự trả lời "quá kích thích" hoặc "kích thích bình thường" gợi ý cho chúng ta rằng _apxe có thể ở sau tĩnh mạch bên.

- Nghiệm pháp ngón tay chỉ.

Lệch tự phát trong apxe tiểu não chỉ có một tay bên bệnh bị lệch và hướng lệch không nhất định, khi thì sang bên phải khi thì sang bên trái (Trong bệnh tích mê nhĩ cả hai tay đều lệch và hướng lệch tay luôn luôn đối lập với hướng động mắt).

Lệch tay do gây ra : sau khi bơm nước lạnh vào tai chỉ có bên lành bị lệch còn tay bên bệnh đứng trơ hoặc lệch theo hướng riêng của nó làm cho hai tay phân ly.

Ngoài ra ở apxe tiểu não chúng ta còn thấy hiện tượng mất hài hòa (dyssharmonie) trong sự phản ứng của mê nhĩ như là động mắt và lệch ngón tay cùng một hướng hoặc động mắt và Rômbec (Romberg) cùng một hướng.

C) Triệu chứng bó tháp :

Phản xạ Babinski : các ngón chân xò ra.

Phản xạ gân lỏng.

Liệt nhẹ các chi .

Những triệu chứng này ở cùng một bên với apxe tiểu não.

Ngoài ra chúng ta còn có thể thấy liệt dây thần kinh số VII (liệt mặt) thương tổn dây số V (mất phản xạ giác mạc, quá cảm giác ở nửa bên mặt).

D) Rối loạn hành não :

Chúng ta chỉ thấy rối loạn này trong apxe to và ở giai đoạn cuối cùng : rối loạn nhịp thở và nhịp mạch, khó nuốt, khó nói.

4. Các xét nghiệm cần làm :

Soi đáy mắt : ứ đọng hoặc phù nề gai mắt, động mạch teo, tĩnh mạch giãn và ngoằn ngoèo, đôi khi có xuất huyết hình ngọn lửa. Hai phần ba số apxe tiểu não có ứ đọng hoặc phù nề gai mắt.

- **Chọc dò tủy sống** : chọc dò tủy sống ở đây nguy hiểm hơn trong apxe đại não. Tuy vậy nếu chúng ta làm một cách thận trọng (xem cách chọc tủy sống ở apxe đại não) thì cũng ít khi gặp tai biến. Rủi có xảy ra tai biến chúng ta cũng có thể giải quyết kịp thời.

Áp lực của nước não tủy thường rất cao : 50 cm nước (theo áp kế Claude).

Sự (hay đổi) của nước não tủy về mặt hóa học và tế bào cũng giống như trong apxe đại não.

- **Chụp động mạch** : chụp X quang sau khi tiêm chất cản quang vào động mạch đốt sống cho chúng ta thấy động mạch thân nền (trunc basilaire) bị lệch sang bên lành.

CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể cấp tính.

Bệnh tích chính là viêm não mô cấp và tỏa lan. Bệnh nhân sốt cao, mạch chậm, gầy nhanh, có cả triệu chứng màng não (cứng gáy, nước não tủy đục...).

Bệnh biến diễn nhanh. Tiên lượng đen tối.

2. Thể tiềm tàng.

Các triệu chứng apxe tiểu não bị che lấp bởi những triệu chứng của viêm mê nhĩ (chóng mặt, nôn, ù tai, điếc...) hoặc của viêm tắc tĩnh mạch bên (rét run, sốt dao động, thể trạng suy sụp...). Ít khi chẩn đoán được bệnh. Bệnh nhân sẽ chết đột ngột vì biến chứng hành não : tụt kẹt hạnh nhân tiểu não vào lỗ chằm.

BIẾN DIỄN VÀ TIÊN LƯỢNG

Không được điều trị, apxe tiểu não sẽ đưa đến hôn mê và tử vong. Trong một số trường hợp bệnh nhân sẽ chết vì hành não bị chèn ép do tụt kẹt amygdan tiểu não.

Nếu được điều trị, tiên lượng có khá hơn nhưng vẫn có thể tử vong vì biến chứng sau mổ (viêm màng não, viêm não lan tỏa). Tiên lượng apxe tiểu não, đặc biệt là loại trước tĩnh mạch bên xấu hơn tiên lượng apxe đại não. Tỷ lệ tử vong còn cao vì thường không chẩn đoán ra bệnh hoặc có chẩn đoán nhưng không tìm ra được apxe để tháo mủ.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán apxe tiểu não khó hơn chẩn đoán apxe đại não vì tiểu não thường kín tiếng và các triệu chứng chỉ thoáng qua không tồn tại lâu. Chúng ta không có triệu chứng đặc hiệu để dựa vào.

1. Chẩn đoán xác định thường được tiến hành bằng hai bước : trong bước thứ nhất chúng ta chẩn đoán apxe não nói chung, sang bước thứ hai chúng ta khu trú apxe ở tiểu não. Tập chứng Becman giúp chúng ta chẩn đoán apxe não. Các triệu chứng tiểu não, mê nhĩ... giúp chúng ta định khu apxe ở tiểu não.

2. Chẩn đoán phân loại ở đây cũng gần giống như trong apxe đại não.

Nếu chúng ta không biết rằng bệnh nhân đang bị viêm tai xương chũm chúng ta có thể nhầm với những bệnh thần kinh như xuất huyết tiểu não, u tiểu não, u góc cầu tiểu não.

Nếu chúng ta biết bệnh nhân có bị viêm tai xương chũm thì chúng ta phải loại ra những biến chứng khác của bệnh này : apxe đại não, viêm màng não, viêm tắc tĩnh mạch bên.

Trong trường hợp không có triệu chứng khu trú ở tiểu não hoặc mê nhĩ, sự chẩn đoán sẽ rất khó khăn, có khi chỉ thực hiện được trên bàn mổ. Có thể nhầm với apxe ngoài màng cứng, apxe đại não, thủy thủng não thất, nhất là khi chúng ta không chụp được động mạch não để loại ra apxe đại não.

Trong trường hợp có triệu chứng mê nhĩ tiểu não chúng ta phải loại ra ba lệnh :

A) Viêm mê nhĩ :

Trong bệnh này động mắt đập về bên lành (Hội chứng mê nhĩ ngoại biên).

Mê nhĩ bị chết không kích thích được hoặc chưa chết hẳn còn phản ứng và trả lời một cách hòa hợp. Tai bị điếc theo kiểu tai trong.

Ngoài ra bệnh nhân không có tăng áp lực nội sọ, không có sự thay đổi trong nước não tủy.

Viêm mê nhĩ có thể cùng tồn tại với apxe tiểu não. Nếu mê nhĩ đã chết thì sự chẩn đoán tương đối dễ : sự có mặt của động mắt tự phát đập về bên bệnh, hoặc động mắt hay đổi hướng, hoặc động mắt kéo dài nói lên thương tổn ở tiểu não. Nếu mê nhĩ chưa chết hẳn thì rất khó chẩn đoán. Gặp trường hợp này chúng ta nên khoét mê nhĩ và đợi vài ngày : nếu các triệu chứng không giảm bớt hoặc tăng lên, thì đó là apxe tiểu não.

B) Viêm màng não khu trú :

Viêm màng não mủ khu trú ở nền sọ (viêm màng não đáy) và viêm màng não thanh dịch khu trú ở hố cầu tiểu não, có thể gây ra những triệu chứng giống như apxe tiểu não cụ thể là hiện tượng tăng áp lực nội sọ và rối loạn tiền đình tiểu não.

Trong viêm màng não thanh dịch, thể trạng bệnh nhân không suy sụp lắm, tinh thần có chậm chạp nhưng chưa đến nỗi đờ đẫn. Bệnh nhân không sốt. Bạch cầu trong máu không tăng, gầy ít. Khi mổ ra, chúng ta chọc dò không thấy mủ mà chỉ có nhiều nước não tủy.

C) Apxe phía sau mê nhĩ do viêm túi nội dịch :

Túi mủ ở giữa màng cứng tiểu não và mặt sau xương đá. Chẩn đoán chỉ thực hiện trên bàn mổ.

ĐIỀU TRỊ

Những nét lớn của điều trị apxe tiểu não cũng giống như trong apxe đại não (Xem điều trị apxe đại não).

Trong giai đoạn cấp tính bệnh tích còn tỏa lan chúng ta không nên châm chọc vào tiểu não mà chỉ nên điều trị bằng thuốc, mở cửa sổ giảm áp ở phía sau và chọc dò não thất. Apxe tiểu não hay gây ra tắc cống Sylvius và phù thũng não thất. Khi bệnh tích đã bắt đầu khu trú, chúng ta sẽ giải quyết apxe.

Trong trường hợp apxe bán cấp.

Chúng ta khoét rỗng đá chũm toàn phần, khoan mê nhĩ, nếu có động mắt và chóng mặt, chúng ta bóc lộ tĩnh mạch bên, bóc lộ màng của tiểu não rộng về phía trước và phía sau tĩnh mạch bên. Sau đó chúng ta sẽ xử trí khác nhau tùy theo tình trạng của màng não.

1. Nếu màng não có vẻ lành mạnh và tình trạng bệnh nhân không nguy cấp, chúng ta đợi trong 24 giờ hoặc 48 giờ. Nếu triệu chứng lâm sàng tốt lên thì thôi, bằng không chúng ta sẽ dùng kim chọc dò tiểu não.

- Chúng ta chọc ở trước tĩnh mạch bên nếu là apxe do viêm mê nhĩ hoặc viêm xương ở mặt sau xương đá (vùng tam giác Trautmann).

- Chúng ta chọc ở sau tĩnh mạch bên nếu bệnh nhân không có triệu chứng tiền đình, hoặc có viêm xoang tĩnh mạch bên.

Nếu chọc dò có mủ chúng ta sẽ hút bớt mủ rồi đặt ống dẫn lưu apxe. Ở đây chúng ta nên áp dụng phương pháp loại trừ của Lơmetrơ (Lemaitre) để bảo vệ màng não. Vì khoảng cách dưới màng nhện ở góc cầu tiểu não dễ bị viêm.

Theo phương pháp này chúng ta tạo ra sự dính giữa các lớp màng não chung quanh lỗ dẫn lưu bằng cách rạch màng não độ 2mm, đặt ống dẫn lưu đường kính 2mm, hôm sau thay bằng ống 3mm ngày thứ ba bằng ống 4mm và cứ như thế lên dần đến 8mm.

2. Nếu màng tiểu não có bệnh tích rõ rệt : sùi hoặc có lỗ rò.

Đây là loại apxe có cuống thường thấy ở Việt Nam. Chúng ta cứ theo đường rò mà chọc kim vào hút mủ, rồi đặt hai ống cao sù song song với nhau để dẫn lưu Trong trường hợp này chúng ta ít sợ gây ra nhiễm trùng ở khoảng cách dưới màng nhện vì các lớp màng não đã dính vào với nhau rồi.

Qua ống dẫn lưu, chúng ta sẽ hút mủ và bơm penixilin hằng ngày. Phẫu thuật cắt bỏ bọc cũng được áp dụng trong apxe tiểu não.

Sau khi mổ chúng ta phải tiếp tục dùng kháng sinh trong một thời gian.

Trong thời kỳ hậu phẫu, bệnh nhân còn có thể tử vong vì phù nề não (tụt kẹt hạnh nhân tiểu não) vì viêm não tỏa lan, vì viêm màng não...

45. APXE ĐẠI NÃO

Bộ môn TMH ĐH Y Dược Tp.HCM

Apxe não, cả đại não và tiểu não, là một biến chứng của viêm tai xương chũm khá phổ biến ở Việt Nam. Trong ba năm 1957, 1958 và 1959, bệnh viện Bạch Mai Hà Nội đã điều trị 38 trường hợp apxe não do tai trong đó có 19 apxe đại não (Lương Sĩ Cần, Nguyễn Văn Bích, Nguyễn Thị Liên).

BỆNH SINH

Nguyên nhân chính của apxe đại não là viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm. Viêm tai cấp tính ít khi gây ra apxe não.

Biến chứng này thường xảy ra trong vòng mười năm đầu sau khi tai bị viêm.

Tuổi thường hay mắc phải biến chứng này là 10 đến 20 tuổi. Các lứa tuổi khác cũng có thể bị apxe não, nhưng ít hơn. Chúng ta có thể chỉ quá trình xâm nhập của viêm nhiễm vào đại não ra làm hai giai đoạn

Giai đoạn tiến triển của viêm từ tai vào màng não. Quá trình viêm lan vào nội sọ bằng cách tiêu hủy xương ở trần hòm nhĩ hoặc ở trần sào bào gây ra viêm màng cứng; đó là cách xâm nhập phổ biến nhất. Nhưng một đôi khi viêm nhiễm có thể vào nội sọ bằng đường máu hoặc bằng những khe hở bất thường ở trần hòm nhĩ hoặc trần sào bào.

Giai đoạn xâm nhập từ màng não vào não : từ những bệnh tích ở màng cứng quá trình viêm có thể vào não bằng hai lối :

- **Lối tiếp cận** : viêm nhiễm xâm nhập vào màng cứng, màng nhện, màng nuôi : các lớp màng não đối diện với ổ viêm bị dính lại. Sau cùng vỏ não cũng bị viêm và hình thành túi mủ.

- **Lối mạch máu** : do huyết khối tắc mạch mang vi trùng gây ra bởi viêm tĩnh mạch, viêm bạch mạch. Trong tình huống thứ hai này, apxe thường ở sâu.

GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

1. Đặc điểm.

A) Vị trí của apxe não thường theo đúng quy luật Coocne (Korner) : " Những biến chứng nội sọ xuất hiện ở nơi mà ổ viêm xương xâm nhập vào sọ ". Trên thực tế chúng ta thấy apxe hay khu trú ở thùy thái dương-bướm, nhất là ở phần trước của hồi thái dương thứ hai.

Trong một số ít trường hợp apxe có thể ở xa ổ viêm xương, thí dụ như bên bán cầu não đối diện. Apxe ở trong chất não trắng và có xu hướng lan vào sâu đến não thất bên.

B) Số lượng :

Thường chỉ có một apxe. Nhưng túi mủ có thể có nhiều chi nhánh nối liền bằng eo hẹp làm cho chúng ta tưởng lầm rằng có nhiều apxe. Trường hợp có nhiều apxe thật sự (có tổ chức não lành mạnh ngăn cách) rất hiếm. C) Khối lượng : bằng đầu ngón tay hoặc bằng quả trứng vịt.

D) Thành apxe :

thành apxe trẻ thì mềm và gồm có ba lớp :

-Lớp ngoài là tổ chức não bị viêm phù nề có hiện tượng xuất huyết và quá sản tổ chức thần kinh đệm.

-Lớp giữa là tổ chức não bị viêm mủ có nhiều tế bào đa nhân thoái hóa.

-Lớp trong là tổ chức bị hoại tử lẫn với mủ. Trái lại ở những apxe cũ, thành trở nên dày và biến thành cái bọc xơ.

E) Nội dung của apxe là mủ hoặc chất não hoại tử.

Mủ đặc màu vàng xanh hoặc màu nâu có lẫn chất não nát. Mủ có thể thối hoặc không thối tùy theo loại vi trùng gây bệnh.

F) Vi trùng gây bệnh thường là streptococ.

Các loại vi trùng khác cũng khá phổ biến : staphylococ, pneumococ, trực trùng coli, trực trùng Friedlander, vi trùng yếm khí..., ở một số ít trường hợp, chúng ta không tìm thấy vi trùng trong mủ.

2. Quá trình hình thành apxe.

Sự hình thành apxe gồm ba giai đoạn giải phẫu bệnh học :

A) Giai đoạn viêm não :

Tổ chức não bị phù nề tỏa lan trên một khối lượng lớn. Các mao quản bị giãn. Bạch cầu xuyên mạch (diapedese) nhưng còn nguyên vẹn.

B) Giai đoạn mưng mủ :

Hiện tượng phù nề giảm bớt. Bệnh tích tập trung lại chất não trắng. Các tế bào đa nhân bị hư hỏng, tổ chức não bị hoại tử. Mủ xuất hiện và hình thành apxe trẻ chưa có bọc. Apxe này có thể lan rộng về phía não thất hoặc khu trú tại chỗ.

C) Giai đoạn nang hóa:

Thành của apxe bị xơ hóa và biến thành cái bọc dày bao vây túi mủ. Sự nang hóa này có nghĩa là quá trình bệnh lý bị hạn chế bởi sức đề kháng. Tuy vậy cái bọc không có khả năng chặn đứng sự phát triển của apxe, làm cho nó không lớn thêm hoặc không đi về phía não thất.

Nang hóa cũng có thể đưa đến vô hóa apxe và khỏi bệnh. Nhưng hiện tượng này rất hiếm có.



TRIỆU CHỨNG

Apxe đại não biến diễn làm bốn giai đoạn : Giai đoạn bắt đầu, giai đoạn tiềm tàng, giai đoạn toàn phát và giai đoạn kết thúc.

1. Giai đoạn mở đầu.

Giai đoạn đầu thường không được rõ rệt lắm và ít khi bệnh nhân chú ý.

Chúng ta phải gợi ý thì may ra bệnh nhân mới nhớ ra. Đây là giai đoạn hơi viêm của viêm tai xương chũm mạn tính. Bệnh nhân bị chảy tai từ lâu, gần đây họ bị sốt, nhức đầu, mệt mỏi, bơ phờ. Mủ ở lại có thể bết chảy hoặc chảy tăng, thính lực giảm nhanh.

Sau đó bệnh nhân được điều trị (bằng kháng sinh hay phẫu thuật), hoặc không điều trị và các triệu chứng nói trên giảm dần.

2. Giai đoạn tiềm tàng.

Giai đoạn này có thể kéo dài từ một vài tuần đến một vài tháng. Bệnh nhân bề ngoài có vẻ lành mạnh. Họ đi lại bình thường và làm được những công việc nhẹ thông thường.

Nhưng nếu chúng ta theo dõi kỹ, sẽ thấy bệnh nhân có những đợt sốt nhẹ, ớn lạnh kèm theo nhức đầu, khó tập trung tư tưởng, kém trí nhớ ; có xu hướng ngủ gà. Đôi khi có cả chóng mặt và nôn. Bệnh nhân bắt đầu gầy. Những triệu chứng này có giá trị gợi ý rất lớn.

3. Giai đoạn toàn phát

Các triệu chứng trở lại phong phú và được xếp thành ba hội chứng lớn : hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng nhiễm trùng và hội chứng định khu (Bergmann).

Trên thực tế ít khi chúng ta thấy được tập chứng Becman (Bergmann) hoàn toàn đầy đủ. Sự có mặt một số triệu chứng chính cũng đủ cho chúng ta chẩn đoán bệnh.

A) Hội chứng tăng áp lực nội sọ :

Nhức đầu là triệu chứng chính, và thường xuyên có mặt, nhức ở vùng thái dương-đỉnh, lan ra nửa bên đầu, nhức một cách liên tục kèm theo những cơn đau dữ dội : Nhức đầu tăng khi bệnh nhân ho hoặc rặn. Sau mỗi cơn đau bệnh nhân lại buồn nôn.

- Nôn là triệu chứng quan trọng thứ hai. Bệnh nhân nôn một cách dễ dàng, nôn vọt có ăn cũng nôn, không ăn cũng nôn. Triệu chứng này chỉ thấy trong hai phần ba số apxe đại não.

- Tinh thần trì trệ là triệu chứng chủ yếu thứ ba. Bệnh nhân có vẻ ngủ gà, lĩnh hội chậm, mỗi lần hỏi, bệnh nhân trả lời chậm chạp, không nhớ rõ ngày tháng. Dần dần bệnh nhân rơi vào tình trạng đờ đẫn, u muội. Mạch chậm là triệu chứng lớn thứ tư.

Chúng tôi chỉ gặp triệu chứng này trong hai phần ba các trường hợp apxe đại não. Mạch đập chậm, 50 lần trong một phút nẩy mạnh và đều.

Ứ đọng gai mắt chỉ gặp trong 50% trường hợp apxe não. Ở mức độ nặng, gai mắt nổi gờ lên, có những vết xuất huyết, tĩnh mạch bị giãn ngoằn ngoèo, động mạch thu bé.

Chọc dò tủy sống là cần thiết nhưng phải hết sức thận trọng. Bệnh nhân đang bị tăng áp lực nội sọ, nếu làm không đúng quy cách chúng ta sẽ gây ra tai biến chết người (tụt kẹt hạnh nhân tiểu não). Trong khi rút nước não tủy chúng ta phải để bệnh nhân nằm. Chỉ nên lấy độ 5ml và phải lấy thật chậm không cho nước chảy phọt thành tia (hạn chế lưu lượng, cho chảy từng giọt bằng cách đút nút bốt lòng kim với cái cốt kim).

Nên thực hiện thủ thuật này ở phòng mổ để phòng rủi ro có xảy ra biến chứng thì có thể can thiệp bằng phẫu thuật ngay lập tức.

Nước não tủy trong, áp lực cao, có phản ứng màng não : anbumin tăng nhẹ, tế bào tăng ít, natri clorua bình thường.

Nguyên nhân của phản ứng màng não là do ổ viêm xương hoặc apxe não. Trong viêm tai xương chũm nếu sau khi phẫu thuật giải quyết ổ viêm xương rồi mà phản ứng màng não vẫn tồn tại hoặc tăng lên, chúng ta phải nghĩ đến apxe não.

B) Hội chứng nhiễm trùng.

Gầy là triệu chứng chủ yếu của hội chứng nhiễm trùng. Bệnh nhân gầy rất nhanh và ngày càng gầy nhiều.

Hiện tượng này có giá trị trong chẩn đoán khi nó xảy ra ở một bệnh nhân đang bị chảy mủ tai mà không có bệnh gì khác.

- Bạch cầu trong máu tăng, tế bào đa nhân chiếm tỷ lệ cao hơn bình thường.
- Sốt là triệu chứng thứ yếu : bệnh nhân chỉ sốt nhẹ hoặc không sốt.

C) Hội chứng định khu.

Hội chứng này xuất hiện muộn và do phù nề não chung quanh apxe gây ra. Nó có những triệu chứng sau đây :

- Tăng phản xạ gân và triệu chứng Babinski bên đối diện nói lên sự chèn ép bó tháp.
- Bại liệt một chi hoặc hai chi bên đối diện. Trong một số ít trường hợp có triệu chứng bại liệt ở cùng một bên với apxe não. Người ta giải thích hiện tượng này như sau : phù nề não đẩy dồn khối não sang bên đối diện, làm cho bó tháp bên đối diện bị ép vào bờ khe Bica (Bichat) (cạnh của lều tiểu não). Bó tháp này sẽ bắt chéo ở hành não và sang chi phối các chi bên phía apxe.
- Cơ động kinh kiểu Brave - Giắcson (Bravais - Jackson).
- Bán manh cùng lên (hémianopsie homonymic) do phù nề thùy chẩm.
- Mất ngôn ngữ nếu apxe ở bên bán cầu trái đối với người quen dùng tay phải, ở bán cầu phải đối với người quen dùng tay trái.

Đây là mất ngôn ngữ giác quan kiểu Vecnik (Vernicke) : bệnh nhân nói được nhưng quên danh từ, phải dùng "cái ấy" "cái đó" thay vào. Thậm chí họ quên cả tên gọi của cái thìa, cái cốc ; nhưng khi đưa những vật đó ra thì họ biết sử dụng.

Bệnh nhân bị điếc lời (surdit  verbale) tức là họ nghe được lời nói nhưng họ không hiểu nghĩa.

Bệnh nhân cũng có thể mù đọc tức là nhìn thấy chữ nhưng không đọc được

Triệu chứng mất ngôn ngữ xuất hiện ở một bệnh nhân đang bị viêm tai xương ch m là một chỉ định phẫu thuật.

Giai đoạn toàn phát kéo dài một vài tuần hoặc hơn rồi chuyển sang giai đoạn cuối cùng.

4. Giai đoạn cuối cùng.

Ap xe não không điều trị sẽ biến diễn một cách liên tục và lũy tiến hoặc bằng những đợt bốc phát đưa đến tử vong do những tai biến sau đây : Hôn mê, lên cơn co giật ưỡn người ra sau (crise post rieure de Jackson) do t t kẹt thùy thái dương vào khe Bica.

- Hôn mê, ngừng thở nhưng tim vẫn đập do t t kẹt hạnh nhân tiểu não vào lỗ ch m.

- Hôn mê do viêm não tỏa lan.

-Vỡ ap xe vào não thất hoặc vào khoảng cách dưới màng nh n gây ra viêm màng não tỏa lan.

Chúng ta dựa vào những triệu chứng sau đây để nghĩ đến ap xe vỡ vào não thất, sốt cao, hôn mê có kèm theo triệu chứng viêm màng não, có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hóa trong nước não t y.

CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể màng não :

Chúng ta hay gặp thể màng não trong ap xe não tỏa lan. Bệnh nhân có những triệu chứng của viêm màng não, nhất là có sự thay đổi quan trọng trong nước não t y về tế bào và sinh hóa, nhưng bệnh nhân lại đỡ đỡ nhiều hơn viêm màng não thông thường.

Sau khi chữa bằng phẫu thuật kho t r ng đá ch m và kháng sinh, các triệu chứng về nước não t y có khá lên, nhưng triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân lại xấu hơn. Chúng ta phải nghĩ đến ap xe não (quy luật Borri s). Ap xe não thể màng não thường gặp ở trẻ em nhiều hơn ở người lớn.

Trong một số trường hợp ap xe não xuất hiện sau khi viêm màng não đã hoàn toàn khỏi, nhất là viêm màng não prpomp c.

2. Thể nhiều apxe.

Các triệu chứng cũng giống như trong thể điển hình có một apxe, nhưng sau khi mổ tháo mủ các triệu chứng lâm sàng không thuyên giảm hoặc có thuyên giảm chút ít rồi lại trở lại như cũ. Trong khi đó hiện tượng viêm nhiễm không tăng.

3. Thể cấp tính.

Apxe cấp tính thể hiện sự viêm não rộng ít có xu hướng tập trung. Bệnh nhân sốt cao, gầy nhanh, lim lợc, có nhiều bạch cầu trong máu, có triệu chứng màng não khá rõ rệt. Chọc dò não không tìm được túi mủ. Bệnh biến diễn nhanh và thường đưa đến tử vong vì viêm não tỏa lan hoặc viêm màng não cấp.

4. Thể apxe di căn.

Vi trùng xâm nhập vào não bằng đường máu.

Bệnh bắt đầu một cách đột ngột : sốt nhiều, nhức đầu, cứng gáy, tăng áp lực nội sọ .Chúng ta chẩn đoán apxe não và đưa đi mổ. Sau khi giải quyết apxe, bệnh nhân có đỡ nhưng ít hôm sau lại sốt trở lại kèm theo những triệu chứng tăng áp lực nội sọ. Một hoặc nhiều apxe nữa đang hình thành. Apxe này có thể ở thùy khác hoặc ở bên bán cầu đại não đối diện.

5. Thể apxe mạn tính.

Các triệu chứng nhiễm trùng hầu như không có. Các triệu chứng tăng áp lực nội sọ, nhất là nhức đầu kéo dài làm cho chúng ta nghĩ đến u não. Thể này có thể đưa đến chết đột ngột vì không chẩn đoán ra bệnh, để cho apxe vỡ vào não thất.

- Thể này còn làm cho chúng ta chẩn đoán nhầm rằng apxe xuất hiện sau phẫu thuật khoét rỗng đá chũm. Thật ra apxe đã có từ trước khi mổ nhưng vì nó ít có triệu chứng nên chúng ta không chẩn đoán ra.

TIỀN LƯỢNG

Ap xe não được điều trị sẽ đưa đến tử vong. Trường hợp bệnh tự khỏi do ap xe vô hóa hoặc do mủ xuất ngoại qua xương thái dương là một hiện tượng hết sức cá biệt chúng ta không nên dựa vào đấy.

Thời gian biến diễn của ap xe có thể kéo dài từ vài tuần đến nhiều tháng.

Ap xe não do tai có xu hướng tiến về phía não thất. Nếu ap xe đang căng mủ mà vỡ vào trong não thất thì tiên lượng rất đen tối. Trái lại nếu não thất bị căng, nước não tủy vỡ vào trong ap xe đã được mổ tháo mủ rồi thì tiên lượng không xấu lắm. Tình huống thứ hai này có thể gặp sau khi phẫu thuật và hút mủ ở ap xe ra. Chúng ta thể hiện sự thông thương giữa ap xe và não thất bằng cách bơm lipiodol vào túi ap xe qua ống cao su dẫn lưu rồi chụp X quang.

Tiên lượng của ap xe não phụ thuộc vào tính chất khu trú hay tỏa lan. Trong loại khu trú liên lượng tốt. Trái lại trong thể tỏa lan, tiên lượng xấu. Ap xe não kèm theo viêm màng não hữu trùng thường là vô hy vọng.

Trong trường hợp bệnh nhân được chữa khỏi ap xe, chúng ta có thể thấy những di chứng như động kinh, co giật, mất ngôn ngữ, giảm trí tuệ...

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán ap xe não trong thể điển hình tương đối dễ, nhờ sự có mặt của tập chứng Bergmann. Trái lại trong những thể mạn tính, thể phối hợp (với viêm não, viêm màng não) vấn đề chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Do đó chúng ta phải làm thêm một số xét nghiệm như ghi vang siêu âm não (Echo. Encephalography), chụp động mạch não, chụp não thất, chụp não có bơm hơi.

Các thấy thuốc phẫu thuật thần kinh hay chụp não thất bằng cách bơm không khí trực tiếp vào não thất hay bơm không khí vào tủy sống để chụp não. Các thủ thuật này không thích hợp với ap xe não do tai và hay gây ra biến chứng nguy hiểm.

Chỉ có chụp động mạch não là ít nguy hiểm và có thể thực hiện được cả ở bệnh nhân bi hôn mê. Người ta tiêm 20ml Díodone hoặc Visostrast vào động mạch cảnh bên bệnh và chụp trong hai tư thế : thẳng và nghiêng. Phim sẽ cho chúng ta thấy các động mạch lớn ở não giữa (arriere sylvienne) bị đẩy dồn về một bên, tạo ra một khoảng trống. Trong những ap xe cũ chúng ta có thể thấy cái vành đai mao mạch chung quanh bọc ap xe.

Phương pháp này giúp chúng ta biết rõ vị trí của ap xe và đặt ra hướng điều trị chính xác.

Ghi vang siêu âm não cho ta thấy các sóng siêu âm phản chiếu của mặt phẳng giữa bị lệch về một bên.

- Phương pháp dùng kim chọc dò để tìm apxe chỉ nên dùng trên bàn mổ. Nó giúp chúng ta phát hiện ra apxe, nhưng nó cũng có thể gây ra biến chứng như xuất huyết não, nhiễm trùng não. Muốn áp dụng phương pháp này chúng ta phải bóc lộ rộng màng cứng trên một diện tích có đường kính độ 3cm và chọc kim vào chỗ màng não lành mạnh và không quá 4cm. Nên dùng kim đầu tù. Hiện nay phương pháp hiện đại để chẩn đoán apxe não đó là chụp cắt lớp bằng điện toán theo trục thẳng (computerized axial tomography scan) và chụp cắt lớp bằng điện toán cộng hưởng từ hạt nhân (nuclear magnetic resonance computed tomography). Những phương pháp này cho phép xác định ổ apxe có kích thước nhỏ chỉ vài milimet.

CHẨN ĐOÁN PHÂN LOẠI

1. Nếu chúng ta không biết bệnh nhân có bị viêm tai xương chũm thì chúng ta có thể nhầm với các bệnh : viêm màng não lao, nhuyễn não, viêm não, u não, apxe não do nguyên nhân khác... Do đó chúng ta phải khám tai cho tất cả bệnh nhân có triệu chứng tăng áp lực nội sọ.

2. Nếu là một bệnh nhân có viêm tai xương chũm, chúng ta có thể nhầm với những biến chứng khác của bệnh này. Trong trường hợp diễn biến theo lối cấp tính chúng ta loại ra :

- Apxe ngoài màng cứng : thường có giãn đồng tử. Nhưng triệu chứng này không đặc hiệu. Apxe dưới màng cứng (ở giữa màng cứng và vỏ não). Triệu chứng lâm sàng giống như apxe não nhưng hình ảnh động mạch não trên phim không bị đẩy dãn.

Hai loại apxe này ít khi được chẩn đoán trên lâm sàng. Thường chúng ta nghĩ đến apxe não và đưa đi phẫu thuật. Chính trong khi mổ chúng ta mới phát hiện ra túi mủ ở màng não. Sự nhầm lẫn này không có hại gì cho bệnh nhân vì những bệnh này cũng đòi hỏi phẫu thuật mở sọ.

Phù nề não

- màng não hay apxe não giả hiệu. Bệnh này biến diễn không liên tục như apxe não, có những lúc triệu chứng lâm sàng thuyên giảm một thời gian xen kẽ với những đợt tăng áp lực nội sọ.

- Viêm não tỏa lan không mủ : bệnh nhân sốt cao, mê sảng, kèm theo triệu chứng bại liệt hoặc co giật.

- Viêm màng não : các triệu chứng màng não khổng chế bệnh cảnh (xem bài viêm màng não do tai). Nhưng không nên quên rằng viêm màng não có thể che dấu apxe não. Chúng ta phải vận dụng quy luật Boriet (Borriès) để phát hiện bệnh.

Nhất là đối với viêm màng não đáy, thường có triệu chứng bại liệt và tăng áp lực nội sọ nhẹ.

- Apxe tiểu não : trên lý thuyết chúng ta dựa vào các triệu chứng như nhức đầu vùng chẩm, rối loạn thăng bằng, quá tầm, mất liên động (adiadococinésie), mất trương lực cơ, động mắt... để chẩn đoán apxe tiểu não. Nhưng trên thực tế rất khó vì apxe tiểu não thường hay "cảm". Chúng ta phải chụp động mạch cột sống hoặc phẫu thuật thăm dò mới phát hiện được bệnh.

B) Trong trường hợp bệnh biến diễn theo hướng mạn tính, chúng ta loại ra các bệnh : u não, phù sừng não thất. Chụp động mạch não và chọc dò não thất sẽ giúp chúng ta giải quyết vấn đề này.

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc chung của điều trị apxe não là loại bỏ ổ viêm xương và tháo mủ trong apxe ra. Điểm này ai cũng thống nhất nhưng trên thực tế các thầy thuốc phẫu thuật thần kinh làm hơi khác các thầy thuốc tai mũi họng ; họ giải quyết apxe não trước rồi sau mới mổ ổ viêm tai xương chũm. Sau đây chúng tôi chỉ nói đến cách điều trị của các thầy thuốc tai mũi họng.

Tùy theo giai đoạn của apxe, phương pháp điều trị có khác nhau.

1. Giai đoạn cấp tính.

Bệnh tích chính là viêm não và phù nề não.

Do đó hướng điều trị là làm phẫu thuật khoét rỗng đá chũm, bóc lột màng não (không rạch màng não, không chọc dò) và điều trị bằng thuốc.

Điều trị bằng thuốc :

Chống phù nề : tiêm vào mạch máu dung dịch glucoza ưu trương 30% hoặc dung dịch NaCl ưu trương 20%, hoặc dung dịch sunfat magie 15% (không được dùng SO_4Mg nếu có uống sunfamid) hoặc dung dịch manitol 20%, 200ml.

Chống viêm : Penicillin G 20 - 40 triệu đơn vị và Chloramphenicol 4 - 6 gam truyền tĩnh mạch. Đối với streptococcus yếm khí dùng Metronidazole (Flagyl) 500mg mỗi 6 giờ với Cefotaxime 12g/ngày. Kháng sinh phải duy trì trong một tháng sau khi phẫu thuật.

Sau khi được điều trị như trên, bệnh có thể khỏi hoặc biến thành bán cấp.

2. Giai đoạn bán cấp :

túi mủ đã hình thành.

Đây là giai đoạn mà chúng ta thường thấy ở bệnh viện. Chúng ta cũng bắt đầu bằng phẫu thuật khoét rỗng đá chũm và bóc lộ màng não. Phẫu thuật này cho phép chúng ta loại ra các bệnh có triệu chứng tương tự với áp xe não : áp xe ngoài màng cứng, áp xe dưới màng cứng. Sau đó chúng ta kiểm tra màng não.

Có hai khả năng :

A) Màng não dày, sù sì hoặc có lỗ rò ; ngón tay ấn vào màng não cảm giác có khối u ở dưới sâu. Chúng ta nên chọc dò tìm áp xe bằng kim to đầu tù. Nếu có mủ chúng ta sẽ rạch màng não rộng độ 15mm và đặt hệ ống cao su to bằng cây bút chì vào túi mủ để dẫn lưu ở mặt dưới của thùy thái dương.

B) Màng não có vẻ bình thường, chưa nên chọc dò vội. Hãy mở cửa sổ giảm áp ở vùng thái dương và đợi 24 giờ xem bệnh biến diễn thế nào (trong khi đó chúng ta vẫn điều trị bằng thuốc).

Nếu bệnh không thuyên giảm. Chúng ta sẽ dùng kim chọc thăm dò : nếu có áp xe chúng ta sẽ rạch màng não và đặt ống dẫn lưu.

Chúng ta có thể tháo mủ ra và rửa ổ áp xe bằng dung dịch penicillin (10.000 đơn vị /1ml). Không nên tiêm penicillin vào tổ chức não (sẽ gây ra động kinh). Song song với phẫu thuật chúng phải điều trị bằng thuốc chống viêm nhiễm, chống phù nề như đã nói ở đoạn đầu. Sau một thời gian điều trị áp xe có thể khỏi hẳn hoặc để lại một cái bọc xơ.

3. Giai đoạn bọc xơ.

Áp xe não sẽ bị bao vây bởi một cái bọc xơ sau một thời gian tiến triển từ năm đến tám tuần. Chúng ta biết bọc xơ đã hình thành khi chọc dò tay có cảm giác chạm vào một cái túi dày.

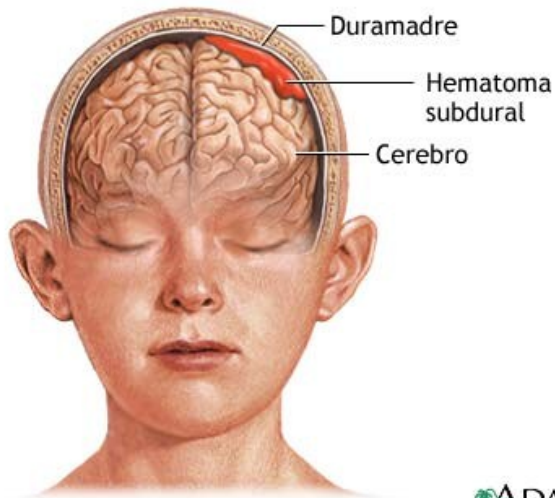
Nên cắt bỏ toàn bộ bọc xơ theo phương pháp phẫu thuật thần kinh.

PHÒNG BỆNH

Ap xe não được hình thành là do sự lơ là của bệnh nhân hoặc sự thiếu thận trọng của thầy thuốc. Khi tai bị chảy mủ kéo dài thì bệnh nhân phải đi điều trị.

Lúc khám bệnh, nếu thầy thuốc thấy có viêm tai xương chũm, nhất là khi có hôi viêm, thì phải đặt ra vấn đề phẫu thuật.

46. APXE NGOÀI MÀNG CỨNG



 ADAM. Ap xe ngoài màng cứng là một túi mủ ở giữa

màng cứng và xương sọ.

Nguyên nhân của ap xe ngoài màng cứng thường là viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm hoặc viêm xương chũm cấp tính. Viêm nhiễm vào đến màng cứng bằng cách phá vỡ lớp vỏ trong của xương đá hoặc đi theo các mạch máu trong.

Chúng ta thường thấy ap xe ngoài màng cứng ở những vị trí sau đây : chung quanh tĩnh mạch bên, ở trên trần thượng nhĩ, ở mặt sau xương đá. Bệnh tích ở màng cứng là : hạt lẩn nhẩn, nụ sùi, dày màng cứng.

TRIỆU CHỨNG

Ap xe ngoài màng cứng thể hiện dưới nhiều bệnh cảnh khác nhau và các triệu chứng thay đổi tùy trường hợp.

1. Trong đại đa số trường hợp ap xe ngoài màng cứng không có triệu chứng lâm sàng. Bệnh nhân bị viêm xương chũm, chúng ta chỉ định mổ và nghĩ đến biến chứng này khi đục xương chũm, thấy mủ từ trong sâu tràn ra liên tục. Trước hiện tượng này, chúng ta phải bóc lột màng não và thấy túi mủ và bệnh tích ở màng cứng.
2. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có những triệu chứng gợi ý như là: buồn nôn, nhức đầu kéo dài ở một bên, đồng tử mở rộng, phù nề gai mắt, mạch chậm. Những triệu chứng này thường hay bị các triệu chứng viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm che mờ.
3. Trong một số trường hợp khác chúng ta thấy có phản ứng màng não : nhức đầu, cứng gáy, nước não tủy đục nhưng vô trùng, bạch cầu và anbumin tăng.
4. Đặc biệt lắm chúng ta mới thấy hiện tượng chèn ép não như mất ngôn ngữ, liệt chi bên đối diện hoặc co giật.

BIẾN DIỄN

Nếu được mổ kịp thời, ap xe ngoài màng cứng sẽ khỏi nhanh chóng như là viêm xương chũm thông thường. Nếu không được điều trị, ap xe sẽ tự vỡ ra. Túi mủ thường vỡ vào khoảng cách dưới màng nhện gây ra viêm màng não tỏa lan rất nặng. Ít khi túi mủ ăn thủng vảy (tra)i thái dương và vỡ ra ngoài da. Túi mủ cũng có thể gây ra ap xe não.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán rất khó. Trong loại không có triệu chứng lâm sàng, chúng ta chỉ có thể chẩn đoán trên bàn mổ. Trong loại có triệu chứng tăng áp lực nội sọ chúng ta rất dễ nhầm với ap xe não. Có tác giả cho rằng hiện tượng giãn đồng tử là triệu chứng cá biệt của ap xe ngoài màng cứng nhưng trên thực tế chúng tôi ít gặp hiện tượng này. Gặp trường hợp khó khăn này chúng ta phải bóc lột màng não và đợi 48 giờ. Nếu sau đó các triệu chứng tăng áp lực không thuyên giảm chúng ta phải chọc dò não tìm ap xe.

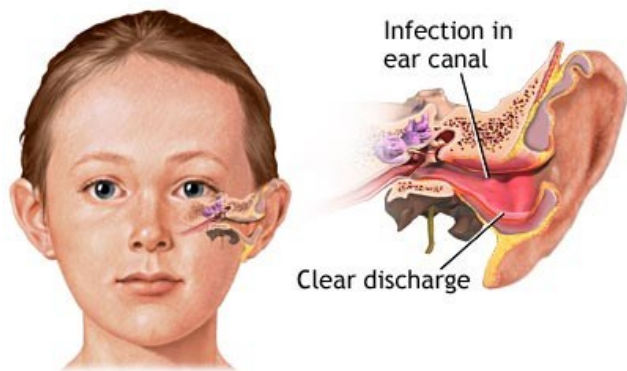
Chụp động mạch não cho thấy động mạch không bị đẩy lệch.

ĐIỀU TRỊ

Làm phẫu thuật khoét xương chũm hoặc khoét rỗng đá chũm kèm theo bóc lột màng não ở vùng xương viêm.

47. ECZÊMA TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng Đại Học Y Dược Tp.HCM



✿ADAM.Ở tai chúng ta có thể gặp nhiều loại eczêma : eczêma cấp tính, eczêma mạn tính, eczêma chốc lở (eczêma impétigineux)...

Nguyên nhân của eczêma có thể là do thể địa dị ứng, do tạng khởp, do kích thích cục bộ... Do đó trong khi điều trị bệnh này chúng ta nên phối hợp với khoa da liễu.

ECZÊMA CẤP TÍNH

Eczêma cấp tính hay lan rộng cả ở ống tai và vành tai. Bệnh thường hay gặp ở trẻ con, nhất là ở những em đang chảy tai.

Triệu chứng chức năng chính là ngứa, giống như trong giai đoạn đầu của viêm ống tai tỏa lan? Triệu chứng đau không rõ rệt.

Da ở vành tai và ống tai dày, đỏ, bóng, rỉ nước và keo. Nước này khô lại và biến thành vảy vàng, mịn như cám. Kính lúp cho chúng ta thấy những cái lỗ nhỏ bằng mũi kim gọi là "giếng eczêma" trên khắp lớp biểu bì.

Eczêma có thể lan rộng xuống má hoặc xuống cổ.

Nếu được điều trị đúng, bệnh có thể khỏi nhanh chóng. Trái lại nếu điều trị sai, bệnh sẽ kéo dài rất lâu.



Biến chứng thường gặp của eczêma là nhọt ống tai kéo dài và đưa đến viêm ống tai tỏa lan.

Điều trị

"Eczêma không thích nước". Chúng ta chỉ nên bôi pômat Oxit kẽm 5%.

Về sau, khi eczêma khô rồi chúng ta có thể bôi pômat Oxit thủy ngân vàng. Nếu là eczêma do chảy tai thì việc đầu tiên là phải điều trị tai giữa, đặt bông vào ống tai, mỗi ngày thấy ba bốn lần không cho mủ lan ra ngoài.

Nếu là eczêma chốc lở ma impétigineux có vảy nâu chúng ta phải làm bong vảy bằng cách đắp gạc thấm nước Dalibua (Dalibour). Sau đó chúng ta sẽ băng bằng pômat aurêômyxin, pômat pênixilin.



ECZÊMA MẠN TÍNH Ở TAI

Eczêma mạn tính thường khu trú ở rãnh sau tai hoặc ở ống tai. Có khi toàn bộ ống tai bị bệnh, có khi chỉ có một vài điểm bị bệnh.

Triệu chứng nghèo nàn.

Bệnh nhân chỉ ngứa tai và thường hay cho que diêm hoặc cặp tóc vào tai để ngoáy.

Biểu bì bị long thành vảy mịn như cám và có thể kết lại thành nút biểu bì ở

Ống tai. Da khô và hơi dày.

Bệnh kéo dài vô thời hạn, thỉnh thoảng có những đợt bộc phát cấp tính. Lâu ngày về sau da có thể dày cộm hoặc nề.



Điều trị

- Điều trị cục bộ : bôi dung dịch nitrat bạc hai ngày một lần với đám độ ngày càng tăng từ 1% đến 5%.

Pômat oxyt kem 5% cũng có tác dụng tốt.

- Điều trị toàn thân :

Kiêng rượu, gia vị, cá bẽ, thì để lâu ngày. Nên cho uống thuốc tẩy thường kỳ, tránh táo bón. Dùng thuốc chống dị ứng như thuốc kháng histamin tổng hợp (AH3, thiantettes), dimedrol.

48. NHIỄM TRÙNG KHOANG BÊN HỌNG



- Các khoang bên họng là khoang ảo, dễ bóc tách tụ mủ, tạo bởi các cân cổ nông và sâu, thông với nhau và thông với trung thất, vì thế nhiễm trùng thường lan tỏa.
- Nội dung bên trong các khoang có thể là mạch máu, thần kinh quan trọng nên khi tổn thương có rất nhiều biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao.
- Nguyên nhân gây bệnh thường vi khuẩn kỵ khí nên tổn thương rất trầm trọng.
- Giải phẫu rất phức tạp, liên quan nhiều bình diện và nhiều mạch máu lớn, thần kinh quan trọng nên phẫu thuật dẫn lưu phải do các phẫu thuật viên Đầu cổ, có kinh nghiệm, trang thiết bị thích hợp và có sự hỗ trợ thường trực của các phẫu thuật viên Mạch máu.

Giải phẫu

- Là 1 trong 11 khoảng của vùng cổ sâu, còn có rất nhiều tên khác là: Khoang bên họng (lateral pharyngeal space), Khoang họng hàm (pharyngomaxillary space), Khoang chân bướm hàm (pterygomaxillary space), Khoang chân bướm Họng (pterygopharyngeal space)
- Các khoảng đó là:
- Khoang quanh họng (Pharyngomaxillary hay là Parapharyngeal space): khoảng trước trâm, khoảng sau trâm

- Khoảng quanh Amidan (Peritonsillar space)
- Khoảng sau họng (Retropharyngeal space)
- Khoảng trước cột sống (Prevertebral space)
- Khoảng “Nguy hiểm” sát trước cột sống (Danger space)
- Khoảng mạch cảnh (Vascular visceral space)
- Khoảng cơ nhai(Masticator space)
- Khoảng dưới hàm (Submandibular space)
- Khoảng trước khí quản(Pretracheal hay là anterior visceral space)
- Khoảng quanh tuyến mang tai(Parotid space)
- Khoảng Thái dương(Temporal space)

Ngoài ra còn một số khoảng nhỏ khác như : Trên xương móng(Suprahypoid space), dưới xương móng(Infrahypoid space)

Mô tả giải phẫu:

- Hình tháp ngược: Đáy là nền sọ, Đỉnh là sừng lớn xương móng, Trên là xương thái dương, Dưới là phần nổi của bụng sau cơ nhị thân và xương móng
- Giữa: Cột họng và thành họng bên
- Thành bên: Cột cơ chân bướm giữa, Ngành đứng xương hàm dưới, Phần sâu của Tuyến mang tai, Bụng sau cơ nhị thân. Hai dây chằng: bướm hàm, trâm hàm
- Thành sau: cột sống, các cơ cạnh sống
- Thành trước: Cơ chân bướm giữa
- Hoàn trâm chia khoang này ra hai vùng: Trước trâm, Sau trâm
- Khoảng trước trâm:
 - Phần sâu tuyến mang tai
 - Tuyến nước bọt phụ
 - Nhánh dây V cho cơ căng màn hầu

- Động mạch hầu xuống và đám rối tĩnh mạch

- Khoảng sau trâm

- Động mạch cảnh trong
- Tĩnh mạch cảnh trong
- IX, X, XI, XII
- Glomus, tiểu thể quanh mạch máu lớn vùng cổ
- Hạch thần kinh giao cảm cổ

Triệu chứng lâm sàng:

- Đau họng
- Nuốt đau
- Sưng cổ
- Cứng cổ
- Khít hàm
- Đau tai
- Khàn tiếng
- Sốt cao
- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc
- Đầy phồng trụ sau Amidan, giọng nói thay đổi
- Chèn ép thần kinh, IX, X, XI, XII, giao cảm cổ...

Cận lâm sàng

- **CT Scanner:** khối mũ đẩy động mạch, bóc tách các khoang lân cận, phân biệt giữa ổ áp xe và viêm tấy tỏa lan vùng cổ sâu
- **MRI:** Nhìn được rõ ràng các lớp tổn thương hơn CT Scanner

Xử trí

1. Nội khoa

- Kháng sinh phổ rộng kết hợp chống kỵ khí
- Corticoid liệu pháp
- Điều trị triệu chứng

- Nếu sau 24h các triệu chứng không thuyên giảm thì chỉ định phẫu thuật

2. Ngoại khoa

- Vùng can thiệp rất nhiều tổ chức quan trọng và rất khó bóc lột nên phải được thực hiện tại các Trung tâm phẫu thuật Đầu cổ lớn, và có sự hỗ trợ thường trực của các phẫu thuật viên mạch máu.

- Chọc hút kim nhỏ

- Trích rạch dẫn lưu ổ mủ: Lưu ý là nên trích rạch từ trên cao xuống, không chọc ngay vào chỗ thấp, căng, đặc biệt khi ổ mủ lớn ở trẻ nhỏ, dễ bị sặc vào đường thở. Hút dần giảm áp lực ổ mủ rồi tiếp tục trích rạch rộng, dẫn lưu.

- Dẫn lưu đường ngoài: Rạch rộng dọc theo bờ cơ ức đòn chũm, bóc lột toàn bộ vùng máng cảnh, với nguyên tắc từ nông vào sâu theo bình diện ngang thật rộng rãi, từ vùng ít nguy hiểm đến vùng nguy hiểm, từ vùng dễ bóc tách đến vùng xơ dính, luôn sẵn sàng xử trí tai biến mạch máu lớn vì các mạch này rất dễ bị rách, thủng do nhiễm trùng.

Tai biến

- Chảy máu các mạch lớn: tỷ lệ tử vong rất cao

- Viêm trung thất, hay kèm nhiễm trùng nhiễm độc

- Nhiễm trùng máu

- Viêm tắc tĩnh mạch cảnh trong

- Viêm phổi

49. NGỦ NGÁY

Nguyên nhân

Mũi và họng, đặc biệt là khẩu cái mềm rung lên khi bạn hít vào thở ra tạo nên tiếng ngáy. Ban đêm, các cơ giúp cho đường thông khí mở ra để thư giãn và trở nên mềm hơn. Chính điều này khiến cho đường thở hẹp và rung mạnh hơn tạo nên tiếng khò khè rất to trong cổ họng. Có nhiều yếu tố khiến cho bệnh nhân ngáy trầm trọng hơn:

- Rượu và thuốc ngủ - làm giãn cơ.
- Béo phì – gây áp lực lên đường thở

- Cảm cúm, dị ứng, nghẹt mũi – mũi bị tắc (do vẹo vách ngăn, VA, polype mũi...) nên phải thở bằng miệng.
- Hút thuốc – Những người hút thuốc bị ngáy nhiều hơn gấp 2 lần những người không hút thuốc do đường thở bị viêm tấy và nghẹt mũi.
- Nằm ngửa khi ngủ.

Do ngáy to nên khiến cho vợ/chồng mất ngủ, khó chịu, bức bối... nghiêm trọng (ở Phương tây) có thể dẫn đến ly hôn hoặc cãi nhau.

Những người ngủ ngáy thường bị hội chứng ngưng thở khi ngủ. Trong điều kiện này, thanh quản giãn ra, nhưng sự hô hấp đình trệ, gây ngưng thở trong một thời gian ngắn với tần suất có thể lên tới hàng trăm lần mỗi đêm, làm giảm một lượng khí ôxy của cơ thể, bạn sẽ cảm thấy rất mệt mỏi trong cả ngày hôm sau, dễ nổi cáu và bồn chồn lo lắng. Nếu hiện tượng ngưng thở trong thời gian dài có thể dẫn đến cao huyết áp và đột quỵ.

Đề phòng

- Duy trì cân nặng lý tưởng
- Tránh uống bia rượu lúc đêm khuya
- Gối đầu cao
- Nằm nghiêng người khi ngủ, độn dưới lưng áo ngủ hoặc kê gối dưới lưng
- Thông mũi bằng cách hít hơi dầu gió hoặc dầu khuynh diệp, nhỏ vài giọt tinh dầu bạc hà vào gối ngủ. Bạn cũng có thể uống thuốc hoặc xịt thuốc kháng viêm vào mũi

50. NGÁY VÀ HỘI CHỨNG NGƯNG THỞ LÚC NGỦ

TS. BS. Đặng Xuân Hùng

Theo: Obstructive sleep apnea syndrome. Sydney Snoring Clinic-OSA. April 08 2008)

Giấc ngủ là nhu cầu sinh lý thiết yếu của con người, trung bình người bình thường cần 6-8 giờ ngủ trong một ngày hoặc ngủ chiếm khoảng 1/3 thời gian đời người. Ngủ được xem là một quá trình động liên quan đến sự tương tác phức tạp giữa não, các trung tâm tiềm thức và sự nghỉ

ngơi của cơ thể, vì vậy rối loạn giấc ngủ rất có hại cho sức khỏe nói chung và cho công việc hằng ngày nói riêng.

Ngáy là âm phát ra trong khi ngủ do sự rung động phần mềm ở mũi và thành sau họng. Âm ngáy do dòng không khí bị xáo động khi đi ngang qua khoảng hẹp. Nói chung trong hầu hết các trường hợp ngáy không phải là một bệnh lý ngoại trừ việc gây khó chịu hoặc làm mất ngủ cho những người xung quanh. Tuy nhiên một số bệnh lý quan trọng liên quan đến ngáy như ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn hoặc các bệnh lý tim mạch khác có thể gây đột tử trong khi ngủ.

CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY NGÁY

Tần xuất ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn gia tăng theo tuổi tác, ở tuổi 30-60, 2% phái nữ, 4% phái nam và khoảng 60% người lớn tuổi có hội chứng ngưng thở lúc ngủ và ngáy.

- Thường xảy ra ở người béo phì, mô mỡ tích tụ nhiều ở thành bên họng hoặc đáy lưỡi quá lớn gây hẹp đường thở và làm giảm trương lực cơ vùng họng gây ngáy và ngưng thở lúc ngủ.
- Phái nam thường bị 7-10 lần nhiều hơn so với phái nữ, ở phái nữ thường khởi phát sau tuổi mãn kinh.
- Có liên quan đến tiền sử gia đình và di truyền.
- Bại liệt và teo cơ gây ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn.
- Một số bệnh lý khác như viêm xoang, dị ứng, cảm nhiễm, các u vùng mũi và suy giáp cũng có thể gây ngáy và ngưng thở lúc ngủ tạm thời.

SINH LÝ BỆNH

Ngưng thở lúc ngủ là dạng nặng của tắc nghẽn đường hô hấp, biểu hiện đầu tiên thường là ngáy với những cơn ngưng thở kéo dài từ 10-20 giây do:

- Quá phát các cuống mũi nhất là cuống mũi dưới, vẹo lệch vách ngăn.
- Quá phát amidan, VA
- Bất thường khung sọ mặt.
- Các mô mềm vùng họng như khẩu cái mềm, lưỡi gà, đáy lưỡi bị sụp vào thành sau họng gây tắc nghẽn đường thở.
- Áp lực âm trong thì hít vào làm phần mềm bị hút vào lòng ống hô hấp khiến tiết diện ống hẹp lại và gây tắc nghẽn đường thở



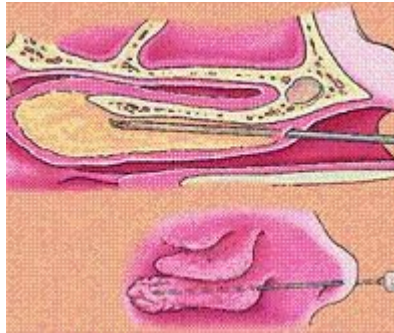
Vẹo vách ngăn mũi



Quá phát Amiđan



Polype mũi



Phì đại cuống mũi dưới

Chu kỳ ngáy-ngưng thở lúc ngủ:

- Trong hội chứng ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn: bắt đầu bằng ngáy, sau đó là ngưng thở từ 10-20 giây và không còn phát ra tiếng ngáy, để đưa không khí vào phổi ở cuối giai đoạn ngưng thở người bệnh thường trở giấc trong trạng thái lơ mơ, lúc này trương lực cơ họng, lưỡi, màng hầu tăng lên giúp đường thở mở ra, tiếp đến với tiếng khịt mũi hoặc âm ú ớ phát ra từ họng, cuối cùng bệnh nhân thở trở lại và tiếp tục ngủ. Chu kỳ ngáy có thể xảy ra 5-7 lần trong một giờ ngủ.
- Chu kỳ ngưng thở lặp lại nhiều lần trong đêm.

Các đặc trưng của ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn.

- Thay đổi tư thế nằm khi trở giấc để có thể thở dễ dàng hơn.
- Chứng ngủ gật ban ngày, khó tập trung vào công việc, trạng thái lo lắng, dễ bị trầm cảm và giảm khả năng tình dục.

Các bệnh lý liên quan.

- Tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, cơn đau tim và đột quỵ

- Tăng áp động mạch phổi.
- Lú lẫn, giảm trí nhớ, tâm lý không ổn định.

THĂM KHÁM VÀ XÉT NGHIỆM

- Đánh giá cân nặng và huyết áp.
- Chức năng tuyến giáp.
- Nội soi mũi xoang để phát hiện các bất thường ở vùng này như vách ngăn mũi, quá phát cuốn mũi hoặc các khối u vùng mũi.
- Thăm khám họng vòm họng để đánh giá khẩu cái mềm, lưỡi gà, đáy lưỡi.
- Trong trường hợp nặng bệnh nhân cần nhập viện và thực hiện các xét nghiệm trong khi ngủ nhằm đánh giá và xác định mức độ ngưng thở lúc ngủ.

ĐIỀU TRỊ

1. Tự điều trị

- Do ngáy thường xuất hiện khi ngủ ở tư thế nằm ngửa, vì vậy nên tập nằm nghiêng một bên, có thể hỗ trợ tư thế này bằng một gối dài chèn ép ở lưng.
- Tập thể dục thường xuyên và chế độ dinh dưỡng hợp lý để giảm cân.
- Tránh dùng rượu nhất là 4 giờ trước khi ngủ.
- Tránh dùng các thuốc an thần, thuốc ngủ. Điều cần lưu ý rượu, thuốc an thần và thuốc ngủ gây giãn các cơ họng, làm hẹp lòng đường thở gây ngáy và ngưng thở lúc ngủ.

2. Điều trị nội khoa

Đối với ngáy nhẹ do phù nề niêm mạc họng mũi

- Sử dụng các thuốc xịt corticoid tại chỗ.
- Thở áp lực dương liên tục qua mặt nạ thở giúp các mô mềm không bị sụp vào lòng ống hô hấp nhằm duy trì đường thở tốt. Phương pháp này được đánh giá thành công từ 90-95%, điểm bất tiện của phương pháp này là phải đeo mặt nạ suốt đêm và lệ thuộc vào sự vận hành của máy thở, sự vận hành máy này không đơn giản.

3. Phẫu thuật

- Chỉ thực hiện khi các biện pháp nêu trên thất bại và ngáy-ngưng thở lúc ngủ có nguyên nhân từ các bất thường cấu trúc giải phẫu.
- Nhiệt điện cực (somnoplasty): sử dụng điện cực nhỏ đặt ở màng hầu và nhiệt độ được tăng dần làm mô mềm ở vòm họng co và rút ngắn, phương pháp này kéo dài trong vài tuần.
- Cắt amidan, VA khi có chỉ định.
- Cắt một phần màng hầu và lưỡi gà.

Nghiên cứu gần đây cho thấy sự rung màng hầu là nguyên nhân chủ yếu gây ngáy, yếu tố gây rung lệ thuộc vào chiều dài và độ căng của màng hầu, vì vậy phẫu thuật điều trị ngáy dựa trên hai nguyên lý này với phẫu thuật cắt bỏ phần giữa niêm mạc màng hầu, kể cả lưỡi gà. Phương pháp này có ưu điểm:

- Xơ hóa cơ màng hầu.
- Tăng độ căng màng hầu.
- Ít đau.
- Chống hiện tượng trào ngược thức ăn, nước uống lên mũi.

Tuy nhiên hiệu quả lâu dài đối với ngáy vẫn cần phải nghiên cứu nhiều.

51. ĐIẾC VÀ CÁCH PHÁT HIỆN

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bethoven nhà soạn nhạc nổi tiếng, cả thế giới ai cũng biết đến khi bị điếc đã thốt lên: "Sự bất hạnh này của tôi làm nỗi đau tăng lên gấp hai, không ai hiểu được tôi. Tôi không còn những cuộc vui, những cuộc nói chuyện thú vị, không còn những buổi trao đổi kinh nghiệm với các bạn đồng nghiệp. Tôi muốn được hòa nhập với xã hội nhưng căn bệnh của tôi bắt tôi sống như một người bị ruồng bỏ".

Bác sĩ Nguyễn Thị Bích Thủy

Trưởng khoa thanh thính học

Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM

Ảnh hưởng điếc đối với người lớn đã vậy, nhưng đối với trẻ nhỏ còn nặng nề hơn nhiều, có thể ví như một thảm họa. Nó gây ra các hậu quả liên tiếp. Trẻ nghe kém thường chậm nói hoặc không nói được. Từ đó dẫn đến chậm phát triển ngôn ngữ và gây khó khăn cho việc học tập.

Theo số liệu thống kê của WHO năm 2000, trên thế giới có khoảng 250 triệu người điếc, chiếm 4,2 % dân số. WHO cũng ước tính số người điếc trên 14 tuổi của vùng Đông Nam Châu Á là 63 triệu người.

Riêng ở Việt Nam từ 12/2000 đến 12/2001 Trung tâm Tai Mũi Họng TP.HCM và Viện Tai Mũi Họng thực hiện điều tra “Bệnh tai và nghe kém” tại 6 tỉnh trên cả nước, 3 tỉnh phía Bắc và 3 tỉnh phía Nam, kết quả tỷ lệ điếc khoảng 6% tức là cứ 100 người có 6 người bị điếc. Đây là một tỷ lệ rất cao.

II. ĐIẾC VÀ ĐỘ ĐIẾC

1. Thế nào là điếc ?

– Người điếc là người không có khả năng nghe như người có sức nghe bình thường.

– Có nhiều mức độ điếc khác nhau :

- **Nghe bình thường:** có thể nghe được cả lời nói thầm
- **Điếc nhẹ:** chỉ nghe được lời nói bình thường khi đứng cách 1 mét
- **Điếc trung bình:** Chỉ có thể nghe nói lớn khi đứng cách 1mét
- **Điếc nặng:** chỉ có thể nghe khi được hét sát vào tai.
- **Điếc sâu (rất nặng) :** Không nghe được cả những từ hét sát tai = điếc

2. Điếc mức độ nào được coi là tàn tật ?

Người lớn: khi chỉ nghe được tiếng nói lớn hoặc các từ thét lên

Trẻ em: Khó khăn nghe khi giao tiếp bình thường

Vì sao mức độ điếc được coi là tàn tật của trẻ em so với người lớn lại nhẹ hơn ? vì trẻ em cần nghe tốt để học nói và phát triển ngôn ngữ

3. Để hiểu chúng ta nghe như thế nào, trước tiên xin nhắc lại

a. Giải phẫu tai:

– **Tai ngoài:** vành tai, ống tai ngoài, màng nhĩ

– **Tai giữa:** chuỗi 3 xương nhỏ (xương búa, xương đe, xương bàn đạp)

– **Tai trong:** ốc tai, hệ thống tiền đình, thần kinh thính giác

b. Vậy chúng ta nghe như thế nào?

1. Vành tai thu nhận âm thanh truyền qua ống tai ngoài đến màng nhĩ.

2. Âm thanh chạm vào màng nhĩ làm màng nhĩ rung động.

3. Sự rung động này chuyển qua chuỗi xương con đến ốc tai

4. Và làm cho dịch trong ốc tai chuyển động

5. Sự chuyển động của nước nội dịch làm cho các tế bào lông chuyển động từ đó tạo ra các tín hiệu điện rất nhỏ. Những tín hiệu điện này kích thích thần kinh thính giác. Các tế bào lông nằm ở đỉnh ốc tai tạo ra những thông tin âm trầm và các tế bào lông nằm ở đáy ốc tai tạo ra những thông tin âm cao

6. Các tín hiệu điện được truyền qua thần kinh thính giác đến não. Não có bộ phận phân tích những tín hiệu điện này thành các âm.

4. Có mấy loại điếc

4.1 Điếc dẫn truyền:

· Nguyên nhân: bệnh tích nằm ở tai ngoài và tai giữa, ngăn cản đường truyền của âm thanh đến tai trong như nút ráy tai, viêm tai giữa.v.v...

· Mức độ điếc: từ nhẹ đến vừa, có thể điếc tới 60-70 dB

· Một số trường hợp có thể chỉ bị điếc tạm thời.

· Điều trị:Nhiều trường hợp tùy theo nguyên nhân, có thể bằng thuốc hay phẫu thuật

· Máy nghe đối với dạng điếc này rất tốt

4.2 Điếc tiếp nhận ốc tai

· Nguyên nhân: bệnh tích nằm ở tai trong làm âm thanh truyền đến tai trong không biến đổi được thành các xung điện ví dụ như điếc già (lão thính) , Điếc nghề nghiệp (các tế bào của ốc tai bị hư hại do tiếng ồn), điếc do nhiễm khuẩn hoặc virus (quai bị, viêm màng não, giang mai...)

· Mức độ điếc: nhẹ, vừa, nặng, sâu, thậm chí điếc hoàn toàn

· Thường là điếc vĩnh viễn

- Điều trị: Tùy theo nguyên nhân, một số trường hợp có thể điều trị thuốc. Giải phẫu không tác dụng.

- Máy nghe: có thể giúp trong các trường hợp điếc nhẹ đến nặng

- Cấy điện ốc tai rất tốt trong các trường hợp điếc nặng và sâu

4.3 Điếc thần kinh sau ốc tai : rất hiếm

- Nguyên nhân: dây thần kinh thính giác không có hoặc bị hư hại vì thế tín hiệu không thể đưa lên não (u dây thần kinh thính giác. Tổn thương ở thân não (tắc mạch, u, nhiễm khuẩn, xơ cứng rải rác). Tổn thương ở vỏ não (viêm não, viêm màng não, chấn thương, xuất huyết, tắc mạch, u, thiếu máu...)

- Máy nghe: có tác dụng rất ít

- Cấy điện ốc tai: không ích lợi gì

- Cấy điện thân não: có thể giúp ở vài trường hợp

4.4 Điếc hỗn hợp: thường hay gặp

- Nguyên nhân: có thương tổn tai ngoài, hoặc tai giữa, hoặc cả tai ngoài và tai giữa với thương tổn tai trong

- Đặc điểm: có cả đặc điểm của điếc dẫn truyền lẫn đặc điểm của điếc thần kinh ốc tai.

III. NGUYÊN NHÂN ĐIẾC VÀ PHÒNG NGỪA

1. Các nguyên nhân trước và trong sanh

1.1. Di truyền: điếc truyền lại trong dòng họ và gia đình

1.2. Trong thời gian mang thai :

- Mẹ bị bệnh: sởi hoặc các bệnh virus khác

- Mẹ dùng thuốc có hại cho tai: quinin, streptomycin v.v

- Bệnh truyền qua đường sinh dục: giang mai

1.3. Trong sanh và ngay sau sanh

- Sanh: non, thiếu tháng

- Sanh khó: hút, mổ

- Sau sanh: ngạt, vàng da

Các biện pháp phòng ngừa điếc trước và trong sanh:

- Có chương trình thực hiện tiêm phòng một số bệnh trong cộng đồng trong đó có ngừa sởi
- Khám phát hiện và điều trị bệnh giang mai ở phụ nữ mang thai,
- Cần phải thận trọng khi ghi đơn thuốc cho phụ nữ mang thai vì có một số loại thuốc gây ngộ độc tai.
- Chăm sóc tốt từ khi mới mang thai đến khi sanh sẽ là điều kiện tốt nhất để sanh ra một em bé khỏe mạnh.
- Trẻ sanh ra bị vàng da cần được điều trị

2. Các nguyên nhân sau sanh

Bệnh trẻ em	Sởi, quai bị, viêm màng não
Nhiễm trùng tai	Viêm tai ngoài, viêm tai giữa, nhiễm trùng tai trong
Thuốc có thể gây ngộ độc tai	Thuốc kháng sinh: streptomycin, gentamycin Thuốc chống sốt rét: Kinin, chloroquin
Tiếng ồn	Làm việc trong môi trường ồn liên tục, trong tiếng nhạc lớn, hoặc tiếp xúc các tiếng nổ lớn
Tai nạn	Chấn thương đầu, chấn thương tai
Tuổi già	Khi tuổi càng lớn, hệ thống thính giác cũng bị lão hóa và gây điếc
Nút ráy tai	Cản trở đường truyền âm thanh có thể gây điếc ở bất cứ tuổi nào
Tai có dịch	Viêm tai giữa thanh dịch là nguyên nhân thường gặp gây nghe kém ở trẻ em

Các biện pháp phòng ngừa điếc sau sanh:

- Thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia
- Khám phát hiện và điều trị bệnh giang mai ở phụ nữ mang thai,

- Cần phải thận trọng khi ghi đơn thuốc cho trẻ em vì có một số loại thuốc gây ngộ độc tai.
- Điều trị sớm các nhiễm trùng tai
- Giáo dục cho cộng đồng về tác hại của tiếng ồn
- Trẻ sinh ra bị vàng da cần được điều trị
- Khuyến khích người dân mang nón bảo hộ khi đi xe máy

IV. ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC:

A. TẦM QUAN TRỌNG CỦA NGHE ĐỐI VỚI TRẺ EM

- 1. Nghe tốt rất quan trọng trong việc học nói**
- 2. Nghe tốt và nói tốt rất quan trọng trong giao tiếp**
- 3. Giao tiếp tốt rất quan trọng đối với việc học ở nhà và ở trường**
- 4. Học tốt giúp cho trẻ phát triển năng lực một cách toàn diện**

Trẻ có sức nghe bình thường, lúc đầu phát ra những âm ngẫu nhiên, rồi uốn nắn dần theo khuôn mẫu các âm phát ra từ người xung quanh. Sau nhiều lần nghe, tập nói theo trẻ bắt đầu lặp lại được những từ dễ nhất. Cứ như thế ngôn ngữ được hình thành theo chu kỳ nghe – phát âm.

Trẻ điếc nặng không nghe được các âm tự mình phát ra và các âm xung quanh mình vì vậy không học nói được. Không những tiếng nói không hình thành, ngôn ngữ không phát triển mà trẻ còn bị ảnh hưởng nhiều đến tâm lý. Trẻ điếc bị ngăn cách với bên ngoài vì không nghe được, nói được. Do thiếu giao tiếp trẻ bị cô lập với thế giới bên ngoài và dẫn tới rối loạn về tâm lý, thiếu quan hệ xã hội, kiến thức về thế giới bên ngoài nghèo nàn. Trẻ điếc thường bồn chồn, lo lắng, khổ sở trước các tình huống bất ngờ không được chuẩn bị, không hiểu nổi ý nghĩ của người khác và cũng không bộc lộ được ý muốn của bản thân. Từ đó mỗi trẻ phản ứng một cách khác nhau: cáu kỉnh, hay gây gổ, hoặc lãnh đạm thờ ơ, tính khí thất thường. Cách xử sự của gia đình như quá thương cảm rồi nuông chiều hay ghét bỏ lạnh nhạt đều làm cho tình trạng ngày càng xấu hơn

Vì những tầm quan trọng trên trẻ em từ khi mới sinh đến khi thành trẻ lớn phải thường xuyên được kiểm tra thính lực (sức nghe).

Nhà bảo sanh, trạm xá, khoa sản và khoa nhi của các bệnh viện huyện tỉnh là những địa điểm tốt để thực hiện việc đánh giá sức nghe cho trẻ.

Cần phải đưa các phương pháp đánh giá sức nghe đơn giản vào nội dung đào tạo nhân viên y tế và giáo viên

B. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ SỨC NGHE

Tổ chức y tế thế giới đề nghị sử dụng 2 phương pháp để đánh giá sức nghe

– Sử dụng máy đo thính lực (audiometer)

– Sử dụng giọng nói (voice test)

Độ điếc	Máy đo TL	Giọng nói	Xử trí
bình thường	≤ 25 dB	Nghe được tiếng nói thầm	
Nhẹ	26-40 dB	Nghe và nhắc lại giọng bình thường cách 1 mét	Có lúc cần máy nghe
Trung bình	41-60 dB	Nghe và nhắc lại giọng lớn cách 1mét	Cần máy nghe thường xuyên
Nặng	61-80 dB	Nghe 1 số từ hét lớn vào tai	Cần máy nghe thường xuyên. Nếu không có thì phải dạy đọc hình môi và ra dấu
Sâu	≥ 81 dB	Không có khả năng nghe và hiểu cả tiếng hét vào tai	Máy nghe có thể giúp phần nào. Phải có huấn luyện phục hồi thêm. Đọc hình môi và ra dấu là chủ yếu

1. ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC BẰNG MÁY ĐO THÍNH LỰC

Máy để kiểm tra độ điếc gọi là máy đo thính lực (audiometer). Có nhiều loại máy đo thính lực khác nhau. Có loại đơn giản chỉ để khám tầm soát điếc. Có loại máy phức tạp để xác định không những mức độ điếc mà còn xác định các dạng điếc Hiện nay ở nước ta, chỉ có một số bệnh viện lớn có loại máy này.

2. ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC BẰNG GIỌNG NÓI

Tại gia đình và ở hầu hết các cơ sở y tế tuyến dưới không có dụng cụ để kiểm tra thính lực vì thế có thể dùng giọng nói để phát hiện điếc. Các bước tiến hành:

**Đứng cách bệnh nhân 1 cánh tay ra phía sau,
chéch về 1 bên**

Yêu cầu bệnh nhân đề lên nắp tai bên kia

Lần lượt nói thầm nhiều từ

**Nếu bệnh nhân nhắc lại đúng,
tai đang thử P nghe bình thường**

Đổi tai thử

**Nếu bệnh nhân không nhắc lại được, tiếp tục thử bằng
cách phát ra nhiều từ ở giọng bình thường**

**Nếu bệnh nhân nhắc lại đúng,
tai đang thử P điếc nhẹ**

Đổi tai thử

Nếu bệnh nhân không nhắc lại được, tiếp tục thử bằng

cách phát ra nhiều từ ở giọng nói lớn

*Nếu bệnh nhân nhắc lại đúng,
tai đang thử bị điếc trung bình*

Đối tai thử

*Nếu bệnh nhân không nhắc lại được tiếp tục thử bằng
cách hét ra nhiều từ ở sát tai*

*Nếu bệnh nhân nhắc lại đúng,
tai đang thử bị điếc nặng*

Đối tai thử

Bệnh nhân thậm chí tiếng hét lớn cũng không nghe thì bị điếc sâu hay còn gọi là điếc

3. ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC TRẺ EM NHỎ

Đối với trẻ em nhất là trẻ nhỏ, mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc là người có thể biết tốt nhất trẻ có nghe được hay không. Trẻ phát triển bình thường, ở mỗi độ tuổi khác nhau có thể có những biểu hiện khác nhau với âm thanh. Vì vậy, chúng ta cần phải nắm được quá trình này.

Tuổi (tháng)	Đáp ứng với âm thanh
	Một vài dấu hiệu như mở mắt, chớp mắt
6	Quay đầu hoặc mắt nhìn theo hướng phát âm thanh
9	Lắng nghe và tự phát ra các loại âm từ lớn đến nhỏ
12	Biết tên mình và một số từ, bắt đầu bập bẹ nói

18	Biết chỉ một số đồ vật quen thuộc khi được yêu cầu, biết nói một số từ đơn giản
24	Có thể nghe những từ rất nhỏ và hướng của nó, có khả năng nói những câu đơn giản

BẢNG CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ SỨC NGHE CỦA TRẺ

Từ đáp ứng của trẻ nghe bình thường đối với âm thanh chúng ta có bảng câu hỏi để đánh giá sức nghe của trẻ như sau:

Tuổi (tháng)	Câu hỏi	có	không	
	Con của bạn có mở mắt, nhắm mắt khi nghe tiếng động? Bé có vẻ như lắng nghe khi bạn nói hoặc hát không?			
6	Con của bạn có nhìn theo hoặc quay đầu theo hướng phát âm thanh không? Bé có vui khi bạn nói chuyện với nó không?			
9	Con của bạn có nghe được âm rất nhỏ không? Có thích bập bẹ hay tạo ra các âm khác không?			
12	Khi bạn gọi tên, con của bạn có biết không? khi bạn nói tên một số đồ chơi bé có biết không? Có bắt đầu bập bẹ vài từ không?			
18	Khi bạn yêu cầu con của bạn cầm lên hay chỉ một đồ vật gì bé có làm theo không? Có biết sử dụng một số từ đơn giản không?			
24	Con bạn có nghe được ngay cả khi bạn nói nhỏ không? Có biết nói những câu đơn giản với bạn không?			

Nếu có câu hỏi nào trả lời không, có thể đứa trẻ này bị nghe kém. Cần giải thích với bố mẹ và giới thiệu trẻ đến nơi có máy móc đặc hiệu để chuẩn đoán xác định.

4. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC TRẺ SƠ SINH

Phương tiện: – Phòng yên tĩnh

- Dụng cụ: Giọng nói
- 01 người, tốt nhất là nữ, nếu là mẹ thì tốt nhất

Các bước tiến hành:

- Bé vừa mới ngủ không quá 5 phút
- Người thử: nói lần lượt năm chữ cái: A, I, M, X, S cách tai thử của bé 50 cm
- Đánh giá bé nghe được hay không bằng cách quan sát phản ứng của bé với tiếng động: chớp mắt, mở mắt, vận mình, cử động chân tay.
- Bé có phản ứng với âm thử có nghĩa bé nghe bình thường.

5. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC TRẺ 1-3 TUỔI

Phương tiện: – Phòng yên tĩnh

- Dụng cụ: lục lạc, ly, thìa, trống, chuông

Các bước tiến hành:

- Điều quan trọng là người thử phải đứng cách 1mét phía sau lưng bé không được để bé biết và tạo ra tiếng động từ các dụng cụ thử.
- Đánh giá bé nghe được hay không bằng cách quan sát phản ứng của bé với tiếng động: chớp mắt, lắng nghe, quay đầu về nơi phát ra tiếng động.
- Bé có phản ứng với những tiếng động nhỏ của lục lạc hay tiếng cà ly có nghĩa bé nghe bình thường.

6. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ THÍNH LỰC TRẺ 3-7 TUỔI

Phương tiện: – Phòng yên tĩnh

- Dụng cụ: một số tranh hình đơn giản

Các bước tiến hành:

- Người thử ngồi đối diện với bé, nói ra tên các hình để bé nghe và chỉ vào thực hiện cho đến lúc bé hiểu cách thử.

– Sau đó người thử đứng phía sau nói thì thầm tên các hình, mỗi hình nói từ 2-3 lần cho đến lúc chắc chắn bé nghe được .

– Đánh giá bé nghe được hay không bằng cách quan sát bé có chỉ đúng hình được nói ra hay không.

– Nếu không có tranh, có thể yêu cầu bé chỉ đồ vật quen thuộc trong phòng thử như bàn, ghế, bút, cửa v.v...hay chỉ các bộ phận cơ thể như tóc, tai, tay, mũi, miệng v.v...

– Nếu nói thầm bé chỉ không đúng thì dùng giọng nói thường, nếu không đúng nữa thì dùng giọng nói lớn, rồi đến hét lớn gần tai. Từ đó, ta có thể đánh giá sơ bộ bé điếc nhẹ, trung bình, hay nặng ...

V. PHÁT HIỆN SỚM VÀ CAN THIỆP SỚM

Khi bị điếc, cần phải được can thiệp sớm. Muốn can thiệp sớm thì phải phát hiện được sớm. Can thiệp càng sớm bao nhiêu thì tác hại của điếc giảm đi bấy nhiêu. Tùy theo từng loại điếc và nguyên nhân gây ra mà chúng ta can thiệp.

1. Điều trị bằng thuốc hoặc thủ thuật, phẫu thuật

- Tai ngoài: Có nhiều bệnh nhân sau khi đi tắm biển về hoặc sau khi tắm gội bị điếc luôn một hoặc hai tai, đó là do ráy tai bị nở ra bít kín đường truyền âm thanh đến màng nhĩ. Đối với những trường hợp này chỉ cần lấy ráy tai ra bệnh nhân sẽ nghe lại bình thường.

– Tai giữa: tắc vòi nhĩ hoặc viêm tai giữa thanh dịch nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến viêm tai giữa thủng nhĩ. Lúc này muốn tăng sức nghe lên không chỉ điều trị bằng thuốc mà còn phải thực hiện phẫu thuật vá nhĩ.

- Tai trong: Điếc đột ngột, bệnh nhân thường bị điếc sau một đêm ngủ dậy. Đây là bệnh không gây tử vong ngay như các bệnh cấp cứu khác nhưng cũng là một trong các bệnh cấp cứu tai mũi họng, vì kết quả điều trị rất khác nhau nếu ngay 1 ngày sau điếc hay một tuần sau mới điều trị.

Sau điều trị thuốc và phẫu thuật mà sức nghe đã cải thiện vẫn không đáp ứng được giao tiếp bình thường thì phải có thêm trợ thính bằng máy nghe hay cấy điện ốc tai

2. Cho bệnh nhân mang máy nghe.

Tất cả các trường hợp điếc nhẹ và điếc trung bình, thậm chí điếc nặng và điếc sâu mà không có đủ khả năng kinh tế để cấy điện ốc tai đều nên mang máy nghe càng sớm càng tốt. Những

người điếc nhẹ và điếc vừa nếu không can thiệp sớm sẽ ảnh hưởng đến sinh hoạt và công tác hàng ngày vì không giao tiếp tốt. Nếu để lâu không can thiệp, tiếng nói có thể bị méo. Không nghe được tốt và hiểu người khác cũng không tốt, dần dần họ trở nên cô lập, tâm sinh lý thay đổi và sức khỏe cũng ảnh hưởng.

3. Cấy điện ốc tai:

Bệnh nhân điếc nặng và sâu, máy nghe cũng không giúp được cho họ nữa thì có chỉ định cấy điện ốc tai. Đối với trẻ điếc bẩm sinh và điếc trước ngôn ngữ, thời gian bắt đầu mang máy nghe hoặc cấy điện ốc tai rất quan trọng, muốn đạt kết quả tốt nhất phải thực hiện trước 5 tuổi, tuổi thích hợp nhất là từ 2 đến 3 tuổi vì đây là giai đoạn học nói của trẻ.

Đối với người điếc nặng và sâu, sau khi có ngôn ngữ nếu không được can thiệp sớm dây thần kinh thính giác 15-10 năm không hoạt động khi có âm thanh trở lại nó cũng không truyền tải thông tin tốt đến vỏ não vì vậy dù có được cấy điện ốc tai kết quả cũng kém xa những người được cấy ốc tai sau 1,2 năm điếc. Tại bệnh viện Tai mũi họng, trong 3 năm qua có thực hiện 9 trường hợp cấy điện ốc tai, kết quả khả quan. Trẻ nghe được tốt và đang trong thời gian tập nói.

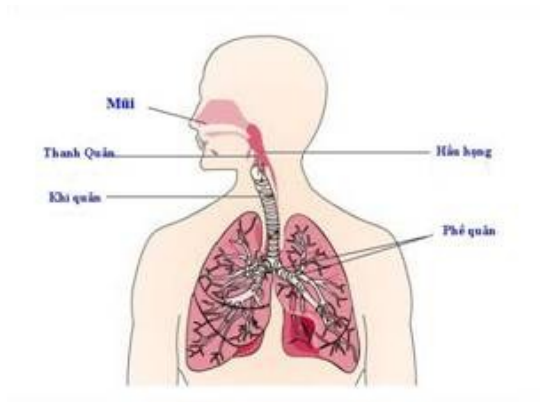
52. MỐI LIÊN HỆ GIỮA VIÊM MŨI DỊ ỨNG VÀ HEN PHẾ QUẢN

Ths. Bs. Nguyễn Hữu Phẩm

Đại Học Y Thái Bình

1- Viêm mũi dị ứng:

Viêm mũi dị ứng(VMDU) là phản ứng quá mức của cơ thể trước một hay nhiều yếu tố(kháng nguyên) xâm nhập vào cơ thể gây nên. Bệnh đặc trưng bằng các triệu chứng: ngứa mũi, ngạt mũi, hắt hơi từng tràng (5-10 cái trở lên) chảy nước mũi trong, đôi khi có ngứa mắt, tai hoặc vùng khẩu cái, làm cho người mệt mỏi.



Trong thời đại công nghiệp hóa ngày nay, viêm mũi dị ứng là một bệnh khá phổ biến, hay gặp ở nhân viên văn phòng dùng điều hòa nhiệt độ hoặc trong gia đình có người mắc bệnh. Bệnh có từ nhỏ, có khi mới xuất hiện nhân dịp có sự thay đổi nào đó: chỗ ở, khí hậu, ăn uống hay hít phải hóa chất, phấn hoa, vật lạ...

Tại Mỹ ước ngày nghỉ học do bệnh gây nên tiêu tốn cho việc điều trị bệnh mất 2,4 tỉ USD/năm. Nếu cộng cả phí điều trị những bệnh kèm theo như hen, polyp mũi, chi phí tổng cộng là 10 tỉ USD. Việt Nam, theo Gs Ts Nguyễn Năng An, nước ta hơn 80 triệu dân ước tính có 12,3% bị dị ứng mũi-xoang và 7,41% bị hen phế quản, thì số người mắc bệnh không nhỏ. Lý do của sự gia tăng này chưa rõ, có thể vì tăng ô nhiễm không khí, tăng số lượng vi sinh vật trong bụi nhà, giảm thông khí trong nhà và văn phòng, tăng thời gian sống trong nhà...



Viêm mũi dị ứng chia làm 2 loại là loại quanh năm và loại theo mùa: Viêm mũi dị ứng theo mùa người bệnh dị ứng với các dị nguyên xuất hiện theo mùa như phấn hoa. Viêm mũi dị ứng quanh năm bệnh nhân bị dị ứng với các dị nguyên xuất hiện quanh năm (bào tử nấm, mạt bụi nhà). Tuy vậy, hai loại trên có cùng chẩn đoán và cách điều trị.

Việc chẩn đoán: hỏi bệnh sử với các triệu chứng đặc trưng kể trên, kết hợp với niêm mạc phù nề và dịch tiết nhiều trong lỗ mũi.

Có thể xác định dị nguyên gây bệnh: dựa trên các test thử phản ứng da với các dị ứng nguyên như phấn hoa, nấm mốc, rệp bụi nhà, lông thú.

Viêm mũi dị ứng nhẹ không cản trở sinh hoạt, nhưng khi nặng khiến bệnh nhân phải thở bằng miệng, gây mất ngủ, mệt mỏi, ho nhiều, khò khè, làm giảm khả năng tập trung làm việc và học hành, người bệnh trở nên khó chịu, dễ gắt gỏng.

2- Bệnh hen phế quản: Hen phế quản(suyễn) cũng là một bệnh mạn tính của đường hô hấp, đặc biệt, trong vài thập niên gần đây tỉ lệ và tử vong do bệnh càng gia tăng. Bệnh được xem như một bệnh viêm mạn tính của đường dẫn khí do rất nhiều tế bào và hoá chất trung gian tham gia như: tế bào ái toan, dưỡng bào, tế bào lymphô T, bạch cầu đa nhân trung tính và có sự tham gia của cả tế bào biểu mô.

Triệu chứng của bệnh bao gồm: nặng ngực, khó thở chậm, khó thở ra, thở có tiếng rít, ho, khò khè thường khởi phát về đêm hoặc sáng sớm. Do tình trạng co thắt phế quản gây nên. Bệnh có thể tự thuyên giảm hay phải dùng thuốc.

Những yếu tố thường gây nên cơn hen là môi trường, hoạt động thể lực, nhiễm siêu vi và viêm mũi-xoang nhiễm trùng. Nhưng cơ địa dị ứng (atopy) với sự hoạt động ưu thế của hệ thống các tân bào Th2 là nguyên nhân chung của các hoàn cảnh khởi phát trên.



3. Mối liên hệ bệnh chứng:

1- Dịch tễ: Có khoảng 28 - 78% bệnh nhân bị hen có thêm bệnh viêm mũi dị ứng, ngược lại có khoảng 5 - 15% bệnh nhân viêm mũi dị ứng có bệnh hen kèm theo. Một số công trình nghiên cứu cho thấy bệnh hen- dị ứng có tỉ lệ mắc viêm mũi dị ứng là 99% đối với người lớn và 93 % bệnh nhân tuổi thanh niên. Theo Greisner.W.A -Trường đại học Brown ở Mỹ sau 23 năm đã theo dõi ghi nhận: viêm mũi dị ứng bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh hen về sau cao gấp 3 lần so với những người không bị bệnh.

2- Những bằng chứng về sinh lý bệnh: Corren và CS đã đưa kháng nguyên vào mũi (không đưa vào phế quản) những bệnh nhân viêm mũi dị ứng và hen, thì gây nên tình trạng kích thích niêm mạc khí phế quản. Thời gian từ lúc kháng nguyên tiếp xúc với niêm mạc cho đến khi bắt đầu gây tắc nghẽn đường thở là khoảng vài phút và phế quản bị co thắt mạnh nhất vào khoảng 20 -30

phút sau khi phản ứng bắt đầu. Như vậy ***phản ứng qua trung gian Globulin miễn dịch(IgE) là nguyên nhân gây nên tình trạng viêm mũi dị ứng và hen cho bệnh nhân.***

3- Những bằng chứng trong quá trình điều trị: Khi bệnh nhân có viêm mũi dị ứng và hen thì việc điều trị hiệu quả một trong chứng bệnh có thể làm chứng bệnh còn lại tiến triển tốt hơn lên. Trong y văn, có nhiều công trình nghiên cứu mù đôi có đối chứng với giả dược cho thấy phương pháp ***xịt corticosteroid đường mũi để điều trị cho những bệnh nhân viêm mũi dị ứng và hen có cải thiện tốt triệu chứng bệnh hen và tình trạng kích ứng niêm mạc đường hô hấp dưới.*** Nếu có bội nhiễm vi trùng sẽ làm cho tình trạng hen suyễn trở nên trầm trọng hơn.

Khi dùng các thuốc kháng Histamin đường uống để điều trị bệnh viêm mũi dị ứng thì đồng thời cũng cải thiện tình trạng hen của bệnh nhân. Mặc dù Histamin là nguyên nhân quan trọng gây nên cơn hen trước nay, người ta không xếp các thuốc kháng Histamin vào trong danh sách các thuốc điều trị hen vì lo ngại tác dụng phụ không mong muốn của thuốc cho bệnh nhân (co thắt phế quản), nhất là với các thuốc kháng Histamin thế hệ cũ. Tuy vậy, vẫn còn nguy cơ khác khi sử dụng các kháng Histamin thế hệ đầu vì tác dụng kháng cholinergic đã làm dịch tiết trong phế quản cô đặc lại. Những kháng H1 thế hệ mới như Astemizol, Certirizin, Loratadin có tác dụng điều trị rất tốt với bệnh hen, đặc biệt Certirizin ngoài tác dụng điều trị viêm mũi dị ứng còn giảm thiểu triệu chứng bệnh hen. Loratadin ngoài tác dụng làm giảm triệu chứng hen còn làm giãn phế quản.

4. Ảnh hưởng của các thuốc điều trị viêm mũi dị ứng lên hệ thống phế quản: Có thể các thuốc Steroid xịt qua đường mũi làm giảm phóng thích các hoá chất trung gian và ngăn chặn sự dịch chuyển các tế bào viêm tại chỗ cũng gây cùng tác dụng ở đường hô hấp dưới. Cũng có thể do các hạt thuốc khi xịt vào mũi đến trực tiếp niêm mạc đường hô hấp dưới. Một nghiên cứu mù đôi có sử dụng giả dược đánh giá tác dụng beclomethason dipropionat (BDP) trên 21 bệnh nhân viêm mũi dị ứng và hen PQ nhẹ, cho thấy thuốc có tác dụng giảm rõ rệt triệu chứng hen và tình trạng dễ kích ứng của niêm mạc đường hô hấp dưới sau 4 tuần điều trị($P=0,04$).

Gần đây, các loại corticoid xịt tại mũi thế hệ mới ra đời như: fluticason propionat (FlixonaseTM) có tính hiệu quả và tính an toàn cao, không những điều trị tốt viêm mũi dị ứng mà còn cải thiện triệu chứng của bệnh hen.

Có mối liên quan viêm mũi xoang dị ứng và bệnh hen phế quản. Do vậy, điều trị một trong chứng bệnh có thể làm chứng bệnh còn lại tiến triển tốt hơn lên.

Viêm mũi dị ứng và hen phế quản là một bệnh của đường hô hấp.

5. Phòng ngừa

Đối với phấn hoa: tránh đi ra ngoài nhất là khi trời khô, có gió. Đóng cửa sổ và cửa xe. Dùng máy điều hòa không khí. Sau khi ra ngoài trời cần tắm và gội đầu.

Đối với nấm mốc: Cần giặt màn che trong nhà tắm, làm sạch sàn nhà, thùng rác, sửa các vòi

nước bị hử. Dùng hóa chất để trừ nấm mốc.

Đối với thú vật: Giữ thú vật ở ngoài nhà, dùng máy lọc không khí.

Đối với bụi và vi sinh vật sống trong bụi: Loại bỏ gối bông, bàn ghế bọc nệm. Thay thảm bằng sàn gỗ. Hút bụi thường xuyên bằng máy hút bụi có bộ lọc không khí có độ hữu hiệu cao. Lau giặt và dùng bọc nệm bằng dung dịch có chứa benzoyl benzoate hoặc phun dung dịch chứa tannic acid. Giặt mền, khăn trải giường, mỗi tuần bằng nước nóng trên 130o F. Hạ độ ẩm của không khí trong nhà xuống 50%.

6. Điều trị

Trước nhất là tránh tiếp xúc với chất gây dị ứng, sau là thuốc điều trị miễn dịch.

6.1. Điều trị bằng thuốc.

Thuốc steroids bơm mũi giảm phản ứng viêm, có tác dụng hàng đầu. Đó là các dẫn chất của hydrocortisone. Các nghiên cứu cho thấy bơm thuốc không có ảnh hưởng đến sự tăng trưởng chiều cao của trẻ em. Glucocorticosteroids giảm điều chỉnh (downregulate) phản ứng viêm bằng cách kết hợp với thụ thể trong tế bào chất. Thuốc thuộc thể hệ thứ 2 được hấp thu vào máu, có tác dụng nhanh, nhưng đầy đủ nhất sau 2 tuần.

Thuốc chống histamine không hiệu quả bằng steroid, làm giảm ngứa, chảy nước mũi nhưng không có tác dụng giảm xung huyết. Do đó kết hợp với chất co mạch làm tăng khả năng điều trị triệu chứng. Các thuốc thuộc thể hệ thứ nhất như diphenhydramine, tripolidine, chlorpheniramine, brompheniramine làm buồn ngủ có thể ảnh hưởng bất lợi đến việc lái xe, tập trung học hành. Các thuốc chống dị ứng thể hệ thứ hai chỉ dùng mỗi ngày một lần, không làm buồn ngủ gồm: loratadine, desloratadine, telfast fexofenadine, cetirizine... Các thuốc kháng histamines thể hệ thứ 1 có tính ái mỡ nên vượt qua hàng rào cản giữa máu và não gây buồn ngủ, làm khô miệng và khó tiểu. Nói chung nên dùng thuốc thuộc thể hệ thứ 2, vì dùng thuốc thể hệ thứ 1 ở trẻ em có thể gây kích động và ở người lớn tuổi thì gây lẫn lộn và mất thăng bằng.

Thuốc co mạch gồm pseudoephedrine và phenylephrine giảm ngạt mũi dùng dưới dạng viên hay nước bơm vào mũi. Không nên dùng thuốc co mạch dạng bơm vào mũi quá 3 ngày vì tạo phản ứng phản hồi khiến bệnh nhân phụ thuộc vào thuốc gây ra viêm mũi do thuốc rất khó trị. Nếu cần nên dùng thuốc co mạch dạng viên thường kết hợp với thuốc chống dị ứng để dễ thở.

6.2. Điều trị miễn dịch

Bác sĩ sẽ làm phản ứng da để nhận biết chất gây dị ứng, bắt đầu bằng liều nhỏ rồi tăng dần để giúp cơ thể tự tạo ra kháng thể chống lại với chất này. Bệnh nhân cần được tiêm thuốc mỗi tuần trong thời gian 6 tháng, sau đó mỗi 2 tuần trong thời gian 3-5 năm. Sự điều trị có hiệu quả và an toàn. Không bắt đầu điều trị ở bệnh nhân có thai. Để tránh phản ứng bất lợi, bệnh nhân phải được quan sát tại cơ sở điều trị trong 20 phút sau khi tiêm chủng.

Điều chỉnh IgE: Kháng thể chống IgE là omalizumab kết hợp với IgE lưu hành, ngăn chặn sự tương tác của IgE với thụ thể bề mặt của mastocytes.

6.3. Điều trị bằng phẫu thuật:

Theo Gs Nguyễn Tấn Phong, Bệnh viện TMHTƯ có cách điều trị rất mới, rất táo bạo đó là dùng phẫu thuật để giảm bớt triệu chứng bệnh VMDƯ bằng cách thu nhỏ diện tích bề mặt của cuốn dưới: Đốt điện, cắt bớt một phần cuốn dưới, lấy bỏ xương cuốn dưới...Tuy không điều trị được tận gốc, nhưng triệu chứng bệnh giảm đi rất nhiều, mang lại niềm vui cho bệnh nhân. Tóm lại viêm mũi dị ứng là bệnh thông thường nhưng gây phiền toái, ảnh hưởng bất lợi đến đời sống và làm việc. Có mối liên hệ biện chứng giữa VMDƯ với hen phế quản. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh, tuy nhiên bệnh nhân cần kiên nhẫn và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

53. RĂNG MỌC TRONG XOANG

Một bệnh nhân đến khám với biểu hiện chảy dịch mũi màu vàng xanh, đôi khi lẫn máu. Người bệnh phàn nàn rằng họ luôn không tự tin trong lúc giao tiếp nhất là khi phải gặp những đối tác quan trọng do cảm thấy có mùi thối như trứng gà ung từ trong mũi bốc ra. Thỉnh thoảng má cùng bên mũi bị bệnh sưng đỏ và đau, thậm chí lan cả lên mắt làm bệnh nhân thấy có rỉ vàng ở khóe mắt, đôi khi mủ từ xoang rò cả xuống miệng.

Người bệnh thường đến bệnh viện khám vì lo sợ mình đã bị ung thư. Một số trường hợp khác, bệnh nhân lại đến gặp bác sĩ vì đau nhức đầu, đặc biệt vùng trán kéo dài mà không hề có hiện tượng chảy mũi hay ngạt tắc mũi. Sau khi khám và chụp phim, bệnh nhân mới biết mình có răng mọc ở trong xoang trán hoặc xoang hàm.

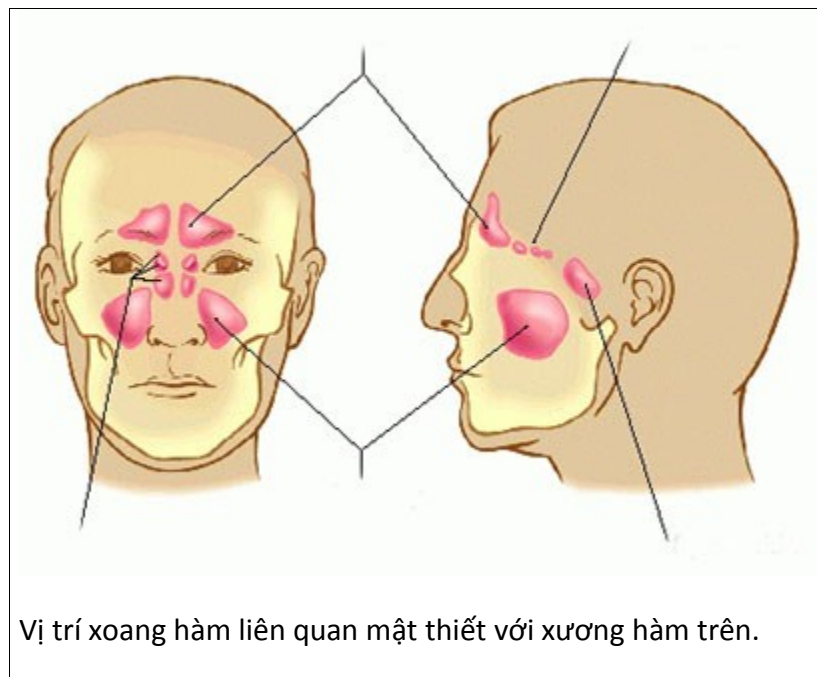
Tại sao bệnh lý của răng lại ảnh hưởng đến xoang?

Qua nghiên cứu người ta thấy bệnh lý răng liên quan nhiều đến tai mũi họng.

Điểm lại về mặt giải phẫu, ta sẽ thấy trong hệ thống xoang thì xoang hàm liên quan mật thiết với xương hàm trên và răng hàm trên. Răng hàm trên số 3, 4, 5 có chân chui sâu tới mặt dưới của xoang hàm. Một số trường hợp, mặt dưới xoang hàm bị chân răng phá hủy và chân răng nằm sâu vào trong xoang. Những bệnh lý của viêm răng như viêm chân răng, viêm quanh cuống, viêm tủy răng, rò chân răng... hoặc khi can thiệp bệnh lý răng hàm trên làm răng tụt vào trong xoang gây dị vật xoang hàm, vỡ mặt dưới xoang hàm do nhổ răng... Cũng giống như các

viêm nhiễm khác, viêm xoang hàm do răng làm bệnh nhân sốt cao 39-40°C, đau nhức vùng đầu mặt. Đặc điểm của viêm xoang hàm do răng cũng khá đặc thù với biểu hiện bệnh khu trú hoàn toàn một bên hốc mũi. Ngạt tắc mũi một bên, chảy nước mũi vàng xanh một bên đôi khi lẫn máu kèm theo hốc mũi viêm có mùi rất thối mà chỉ có bệnh nhân mới ngửi thấy được.

Khám mũi, thấy hốc mũi bên đối diện thông thoáng, niêm mạc hoàn toàn bình thường. Ngược lại niêm mạc của hốc mũi bên bệnh phù nề, xung huyết đỏ, đôi khi lẫn máu, khe giữa nhiều dịch xuất tiết vàng xanh lẫn chất hoại tử thối. Vòm mũi họng cũng có dịch mủ ứ đọng. Rãnh lợi môi nề đỏ, đôi khi xuất hiện lỗ rò có mủ chảy ra hoặc sưng tấy ngay rãnh mũi má. Răng tương ứng sát đáy xoang hàm đau, lung lay hoặc là răng giả (đã mất răng).



Viêm xoang hàm do răng dễ nhầm với bệnh gì?

Bệnh viêm xoang hàm do răng thường phải phân biệt với ung thư sàng hàm. Việc phân biệt chủ yếu dựa vào sinh thiết tổ chức tại hốc mũi hoặc trong lòng xoang đánh giá tế bào dưới kính hiển vi điện tử.

Chụp phim xoang hàm thấy xoang hàm bên bệnh mờ hơn so với bên lành, không có hình ảnh phá hủy xương (trong ung thư thành xoang bị đẩy dãn, giãn rộng và phá hủy). Bên cạnh đó, chụp phim toàn cảnh về răng (panorama) nhằm xác định răng gây bệnh để kết hợp điều trị.

Trong trường hợp răng lạc chỗ, việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào hình ảnh trên phim chụp xoang thấy khối xương hình dáng giống răng trong lòng xoang. Triệu chứng về xoang lại không biểu hiện, chủ yếu là dấu hiệu đau khi vị trí răng lạc chỗ nằm ở đường dẫn lưu của xoang. Một số

bệnh nhân lại hoàn toàn tình cờ phát hiện ra rằng mình không nằm đúng chỗ khi đi khám những bệnh khác. Khi khám răng thường bệnh nhân thiếu mất răng nanh.

Cách điều trị triệt để viêm xoang do răng

Để điều trị được triệt để viêm xoang do răng cần có sự phối hợp giữa răng hàm mặt và tai mũi họng. Về điều trị viêm xoang phải kết hợp điều trị toàn thân và tại chỗ với mục tiêu là giải quyết mủ tồn đọng trong xoang và nguồn gốc gây bệnh. Tốt nhất là quệt cấy tìm chủng vi khuẩn tham gia vào quá trình viêm xoang và loại kháng sinh thích hợp.

Với những trường hợp răng lạc chỗ, phương pháp duy nhất là phẫu thuật xoang để loại bỏ răng.

Như vậy, một lần nữa ta lại thấy mối quan hệ mật thiết giữa các cấu trúc trong cùng một cơ thể, nhiều khi phải có sự phối hợp giữa các chuyên khoa với nhau để điều trị cho một bệnh nhân hoặc hướng dẫn cho người bệnh cách phòng tránh một bệnh của một chuyên khoa khác, ví dụ như bác sĩ răng khi thấy bệnh nhân có biểu hiện bệnh răng lợi ở những răng có liên quan đến xoang hàm trên cần giải thích cho bệnh nhân những biến chứng về xoang có thể xảy ra nếu không điều trị răng tốt để bệnh nhân hợp tác. Những trường hợp đã thấy biểu hiện của viêm xoang do răng, khuyên người bệnh đến chuyên khoa tai mũi họng điều trị kết hợp với việc điều trị răng miệng.

54. PHÂN BIỆT VIÊM HỌNG CẤP DO SIÊU VI VÀ GABHS

* Triệu chứng chung:

- _ Khởi phát đột ngột
- _ Sốt – Đau họng
- _ Niêm mạc họng xung huyết, nề đỏ
- _ Nhức đầu, mệt mỏi

* Triệu chứng do siêu vi hô hấp:

- _ Sổ mũi trong
- _ Kết mạc mắt đỏ
- _ Ho, khàn tiếng
- _ Tiêu chảy

* Triệu chứng do Liên cầu khuẩn tán huyết Beta nhóm A (GABHS _ Group A Beta Hemolytic Streptococcus)

- _ Nôn, buồn nôn, đau bụng

- _ Sưng hạch cổ
- _ Amidan, màn hầu: phù nề, bựa trắng
- _ Thường gặp 5 – 15 tuổi



* Thang điểm lâm sàng viêm họng liên cầu (Clinical Score for Group A Streptococcal Pharyngitis)

Yếu tố lâm sàng:

- Tuổi bệnh nhân:

- + 3 – 14 tuổi : 1 điểm
- + 15 – 44 tuổi: 0 điểm
- + >44 : -1 điểm

- Nhiệt độ cơ thể:

- + > 38 độ C: 1 điểm
- + < hoặc bằng 38 độ C: 0 điểm

- Ho

- + Có: 0 điểm
- + Không: 1 điểm

- Hạch cổ trước

- + Có: 1 điểm
- + Không: 0 điểm

-Amidan sưng/xuất tiết:

+Có: 1 điểm

+Không: 0 điểm

Tổng cộng tối thiểu là 0, tối đa là 4. Theo tác giả M.WJ.Goelv và cộng sự thuộc ĐH Toronto ở Canada thì ngay khi đạt tối đa 4 điểm, khả năng viêm họng cấp liên cầu khoảng 63%. Tác giả khuyến cáo dùng kháng sinh (Penicillin hoặc Erythromycin nếu dị ứng nhóm Penicillin) ngay nếu có 4 điểm lâm sàng vì biến chứng sung mủ cấp tính (áp xe quanh amidan, viêm thanh thiệt cấp, viêm tai giữa, viêm màng não, nhiễm trùng huyết và biến chứng sau nhiễm liên cầu (sốt thấp khớp, viêm vi cầu thận cấp...)). Những trường hợp 2 hoặc 3 điểm cần xác định bằng phết họng cấy hoặc làm test nhanh.

55. NANG DÒ BẨM SINH

Ths.Bs: Nguyễn Hữu Phẩm

Trường Đại học Y Thái Bình

1. TỔNG QUÁT

Cơ thể con người lúc còn là bào thai được hình thành bởi kết hợp của ba lá: lá trong, lá giữa và lá ngoài. Lá ngoài sau này trở thành biểu bì có lông, có tuyến, có răng, có xuất tiết. Sự kết hợp này nếu ổn định thì hoàn toàn lá ngoài ở ngoài để bảo vệ cơ thể. Nếu một phần nhỏ lá ngoài kẹt lại ở trong sau khi bào thai đã hoàn chỉnh thành con người sẽ tiếp tục hoạt động là xuất tiết. Nếu vùng này bị bịt kín không có đầu ra da thì hình thành một khối nhỏ gọi là nang. Trong nang có biểu bì (lá ngoài) bao bọc. Biểu bì tiếp tục xuất tiết và có chất nhờn trong nang. Nếu vùng lá ngoài còn sót lại còn có thể thông thương với da ở ngoài, được gọi là dò. Dò tức là một ống gồm có tế bào biểu bì và xuất tiết. Đầu ra da của dò thỉnh thoảng tiết ra chất nhờn. Nang, dò có thể xuất hiện ở nhiều nơi.

2. PHÔI THAI VÀ DỊCH TỄ HỌC.

A. Phôi thai học.

Vào tuần lễ thứ 2, đĩa thai cuộn vào và thành sáu khe. Trong đó từ khe 1 đến khe 4 thành lập các bộ phận vùng TMH và Cổ Mặt. Các khe chứa cả ngoại bì, trung bì và nội bì. Trong lúc hình thành, các tế bào ngoại bì ra ngoài trở thành da, trung bì chuyển thành vùng dưới da và cơ, nội bì chuyển thành các nội tạng. Nếu quá trình không hoàn chỉnh, có một số tế bào sót lại trở thành nang, sót lại nhiều sẽ thành ống gọi là dò.

2.2. Dịch tế học.

Nang, dò có từ khi mới sinh, lúc nhỏ, nang dò cũng nhỏ, khó phát hiện. Phát hiện dần khi thấy có nang dưới da rỉ nhớt. Nang dò vùng TMH có tỉ lệ bằng nhau giữa nam và nữ. Bao giờ dò nhiễm trùng, sưng đỏ, đau, người ta mới nghĩ đến dùng thuốc và phẫu thuật. Nhiều trường hợp dò, nang ở người lớn chung sống suốt đời.

3. PHÂN VÙNG NANG, DÒ

3.1. Nang: có thể xuất hiện ở mọi nơi vùng cổ mặt. Phần lớn nang ở vùng cổ trên, vùng trán. Khi nang to cỡ hạt đậu người ta mới phát hiện. Nang có thể phát triển đến cỡ trứng cút, trứng gà rồi ngừng lại. Một số nang ở vùng giữa mặt cổ là đầu ngoài của dò, thí dụ như dò nang giáp móng. Vùng dưới lưỡi cũng có nang, còn gọi là u nhái, nó có thể đơn độc, có thể có hai thùy hoặc cả bên đối diện.

3.2. Dò.

3.2.1. Dò giữa mặt cổ: Có hai nơi thường thấy nhất là dò rể mũi và dò giáp móng. Dò rể mũi ở gốc mũi giữa hai mắt, thường không dài. Dò giáp móng ở đường giữa trước cổ trên, ngay eo xương móng. Dò này khá dài, có thể từ xương móng đến tận đáy lưỡi. Đầu dưới đường dò có thể được thay thế bằng nang.

3.2.2. Dò bên mặt cổ: Dò dò luân nhĩ có thể ở ngay, sau, trước vành tai. Dò trước vành tai còn gọi là dò trước tai, là loại dò thường gặp nhất.

Dưới dò trước tai là dò khe mang(DKM). Có ba loại: Dò khe mang số 1 là đầu ngoài đường dò xuất hiện ở vùng tuyến mang tai, đầu trong đường dò đổ vào mặt dưới ống tai ngoài. Loại dò này ít gặp. DKM số 2 đầu ngoài của đường dò xuất hiện ở 1/3 trên cổ bên. Đầu trong đổ vào cực

dưới amidan. Đường dò này khá dài. Loại dò này tương đối phổ biến. DKM số 3 đầu ngoài ở vùng 1/3 giữa cổ bên, đầu trong đổ vào đáy xoang lê. Dò đi ngang chạc cảnh và là loại dò dài nhất. Loại dò này tương đối phổ biến. Có tác giả còn mô tả DKM số 4, ở 1/3 dưới cạnh cổ và đầu trong đổ vào khí quản. Thực tế có một số dò không đúng quy luật trên.

3.3. Xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

- Nếu là nang ngoại bì, trong nang có chất nhờn, lông, có thể có răng. Nếu là nang niêm mạc, trong nang chỉ có nước nhờn, sánh(u nhái). Có thể hút dịch trong nang để định loại nang.

- X quang hoặc CT, MRI biết được một phần đường dò. Nếu chụp bằng thuốc cản quang (Libiodol), bơm xanh methylene vào đầu ngoài của đường dò thấy được đường dò và các nhánh.

4. CÁC LOẠI DÒ

4.1. Dò rễ mũi: Đường dò rất ngắn ở giữa vùng sóng mũi.

4.2. Dò giáp móng.

Đi từ đáy lưỡi đến xương móng. Đầu dò ngoài có thể nhỏ bằng lỗ kim, rỉ ít nước nhớt. Có khi đầu dò ngoài chỉ là một nang ở giữa cổ vùng xương móng. Dò này dễ nhiễm trùng vì đầu trong của dò là đáy lưỡi. Đường dò đi từ đáy lưỡi đến mặt sau xương móng và chuyển ra dưới da nếu là nang và chuyển ra da nếu là đầu dò.

4.3. Dò trước tai.

Đây là dò ngắn ở vùng trước tai. Đầu ngoài của đường dò ra da thường ở trước sụn vành tai, trên sụn bình tai. Ở dưới là một cái nang, nang này thường nằm sát sụn vành tai. Nếu dò không nhiễm trùng thì không cần phải phẫu thuật. Nếu nhiễm trùng, rỉ nhớt, hôi, có khi đục như mủ to ra, đỏ và rất đau và vỡ ra da thì nên phẫu thuật. Bệnh thường hay tái phát sau mổ.

4.4. Dò khe mang số 1.

Đường dò ngắn, đi ngang qua tuyến mang tai, đầu ngoài ở vùng cạnh hàm, vùng tuyến mang tai. Đầu trong ở mặt dưới ống tai ngoài. Đường dò này ít nhiễm trùng. Phẫu thuật hay chạm dây VII gây liệt mặt.

4.5. Dò khe mang số 2.

Đầu ngoài của dò ở 1/3 trên cạnh cổ. Đầu trong tiếp xúc với cực dưới amidan, thường hay rỉ nhớt của nước bọt, dễ phát hiện và cần phẫu thuật.

4.6. Dò khe mang số 3.

Đây là đường dò dài nhất. Đầu ngoài đường dò ở 1/3 giữa cổ bên. Đường dò đi vào trong ngang qua chạc cảnh và đến đáy xoang lê. Đường dò này hay bị rỉ nhớt, nước bọt. Nên phẫu thuật từ dưới lên trên. Phải cẩn thận khi đi ngang qua chạc cảnh.

4.7. Dò khe mang số 4.

Đây là dò hiếm gặp và ngắn. Đường dò bắt đầu ở 1/3 dưới cổ bên và đi thẳng vào khí quản, ít rỉ nhớt và ít được phát hiện. Phẫu thuật dễ.

5. XỬ TRÍ.

Trường hợp nang đơn thuần thường cắt bỏ, nhất là ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Nên làm xét nghiệm GPB, mặc dù biết đó là nang lành tính.

Nếu dò trước tai đơn thuần, không nhiễm trùng, không cần cắt bỏ. Nếu bị nhiễm trùng, cần phải phẫu thuật. Dò rỉ mũi tiết ra chất nhờn, gây khó chịu và ảnh hưởng thẩm mỹ, nên cắt bỏ.

Dò trước tai đơn thuần chiếm đa số trong các dò luân hồi. Có thể có dò xuyên qua sụn vành tai, có thể có dò có nang ở sau vành tai và có lỗ dò rỉ nhớt ở mặt trước vành tai. Phẫu thuật cắt bỏ đường dò tương đối dễ, tránh nhiễm khuẩn ổ mổ.

6. KẾT LUẬN

Khám cổ mặt tìm dò nang đôi khi rất dễ. Có loại dò không cần phẫu thuật nếu không nhiễm trùng như dò trước tai. Có loại dò dù không nhiễm trùng cũng phải phẫu thuật, đó là dò khe mang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel M, Freeman N, Sajuwany M: Lingual thyroglossal duct - presenting in infancy. J. Pediatr. surg. 1993, 28: 891-893.
2. Klin B, Serour F, Fried K et al: Familial thyroglossal duct. Clin. gen. 1993, 43: 101-103.

3. Prasad S. Frundfasj K Milmoe G: Management of congenital preauricular pit and sinus tract in children. Laryngoscope 1990; 100: 320-321.
4. Randowski D Arnold J Healy et al: Thyroglossal duct. Arch. otolaryngol Head Neck surgery. 1991, 117: 1378-1381.
5. Wright J E: Preauricular sinus in children. Pediat. surg. Int 1994, 323-324.

56. VIÊM NHIỀU SỤN TÁI PHÁT



Tổn thương viêm vành tai trong bệnh viêm nhiều sụn tái phát.

Viêm nhiều sụn tái phát là một bệnh hiếm gặp, nguyên nhân chưa rõ, bệnh đặc trưng bởi tổn thương viêm phá hủy cấu trúc sụn nhất là ở các vị trí vành tai, mũi, khí quản và thanh quản. Bệnh có thể phối hợp với các bệnh lý khác như: viêm khớp dạng thấp, viêm tuyến giáp Hashimoto, ung thư, nhất là đa u tủy xương.

Tiến triển bệnh từng đợt, tỷ lệ mắc bệnh của nam và nữ là như nhau. Sụn sưng đau trong đợt bệnh cấp tính dẫn đến teo nhỏ gây biến dạng vĩnh viễn. Nếu sinh thiết sụn tổn thương sẽ thấy viêm và tiêu sụn.

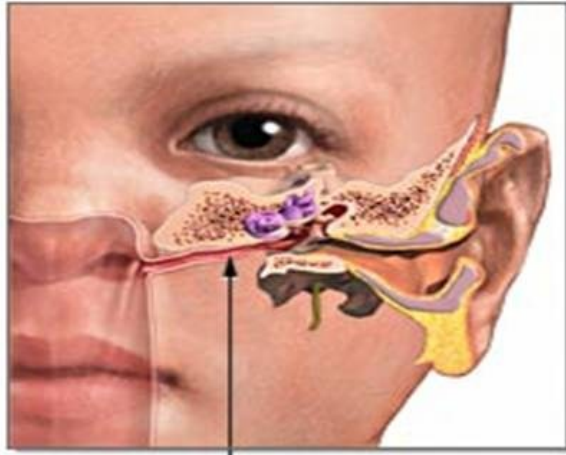
Triệu chứng biểu hiện ngoài sụn gồm: sốt, viêm thượng củng mạc, viêm màng bồ đào, điếc tai, hở van động mạch chủ. Một nghiên cứu cho thấy 80% bệnh nhân có bệnh khớp với tính chất di truyền, không đối xứng, viêm ở cả các khớp lớn, nhỏ và các khớp cạnh xương ức.

Điều trị bằng liệu pháp corticosteroid có tác dụng tốt.

Một lưu ý quan trọng là tổn thương ở khí phế quản dẫn đến xẹp phổi có thể gây tử vong nếu không phẫu thuật khí quản kịp thời.

57. DI VẬT Ở TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng Đại Học Y Dược Tp.HCM



Đị vật tai thường gặp ở trẻ em. Trẻ em hay nghịch nhét hạt ngô, hạt đậu, cục sỏi vào tai mình hoặc tai bạn. Những dị vật này ít gây ra biến chứng nguy hiểm. Chính lối gấp vụng về, mù quáng mới đáng sợ. Ở người lớn, dị vật ở tai có thể là cục bông bỏ quên trong tai, hạt chanh do nước gội đầu đưa vào, côn trùng (dán, ruồi, vắt...), mảnh kim khí.

Dị vật không cử động như cục bông, chỉ gây ra những triệu chứng tắc ống tai mà chúng ta đã biết : điếc, ù tai. Trái lại những dị vật sống như côn trùng sẽ gây ra những triệu chứng rất khó chịu như tiếng bò sột sạt, cắn đau, chóng mặt.

Soi ống tai cho phép chúng ta thấy dị vật, đánh giá khối lượng, hình dáng và vị trí của nó.

Biến chứng chính của dị vật là viêm ống tai, nhất là sau khi đã dùng dụng cụ sắc nhọn gấp ra nhưng không kết quả. Viêm

ống tai gây ra phù nề và đau, làm trở ngại việc gấp dị vật về sau.

Điều trị :

Nên thử bơm nước 37 độ như đối với ráy tai, nếu sau khi bơm một lít rưỡi nước mà dị vật vẫn không ra thì phải dùng dụng cụ gấp ra.

Muốn lấy dị vật bằng dụng cụ phải có đủ bộ : móc tù, móc nhọn, thìa ráy tai, kìm Duplay. Đối với trẻ con, chúng ta phải gây mê cho nó nằm yên mới làm được phương pháp tốt nhất là luồn cái móc tù vào phía trong dị vật và kéo nó ra.

Đối với dị vật sống, chúng ta phải giết chết nó rồi mới lấy ra được. Cách giết đơn giản nhất là cho bệnh nhân nằm nghiêng đầu bên đối diện, rồi nhỏ dầu gômê-nol vào đầy ống tai, đợi mười phút cho côn trùng chết ngạt. Sau đó ngả đầu sang tai bệnh cho đầu chảy ra. Xong rồi lấy dị vật bằng cách bơm nước hoặc bằng cặp khuỷu



Trong trường hợp ống tai bị sưng, che kín dị vật, không lấy ra được chúng ta phải rọc da dọc theo rãnh sau tai, bóc tách và bỏ đôi ống tai mềm mới gắp ra được



58. VIÊM SỤN VÀNH TAI

Thường gặp do bơi lội, tắm biển.

Nguyên nhân:

Do sang chấn nhỏ ở ống tai ngoài: ngoáy tay, vật cứng khi có nước hay cát vào tai.

Do dịch hay mủ ở tai giữa bị bít, đọng trong ống tai.

Chẩn đoán: lúc đầu ngứa trong ống tai sau trở nên nóng, rát như bỏng, vài ngày sau đau dữ dội.

Nghe kém và ù tai.

Kéo vành tai, ấn nắp tai gây đau tăng rõ rệt.

Da ống tai nề đỏ, sau đó ống tai bị chít hẹp lại do sưng nề và ứ dịch vàng, có thể bong từng đám biểu bì trắng.

Nếu không được điều trị sẽ thành mủ, da bị hoại tử gây sẹo chít hẹp hay sùi lấp ống tai ngoài.

Xử trí:

Chườm nóng ngoài tai hoặc chiếu tia hồng ngoại, làm giảm đau tại chỗ, đặt bắc thấm bột 2% hoặc thuốc mỡ kháng sinh vào ống tai ngoài.

Kháng sinh toàn thân.

Chống viêm, giảm đau.

59. DỊ HÌNH BẨM SINH

Những dị hình bẩm sinh thường gặp ở tai ngoài, ít gặp ở tai giữa và hiếm gặp ở tai trong. Có thể gặp ở vành tai hay ở ống tai, hai dị hình này thường phối hợp với nhau.

1. Dị hình vành tai: thường gặp hơn, nói chung ảnh hưởng tới thẩm mỹ, ít hoặc không ảnh hưởng chức năng.

Thể hiện:

Thiếu một phần hay toàn bộ vành tai: có thể gặp ở một bên hay cả hai bên tai. Vành tai hoàn toàn không có hay chỉ có một phần, thường chỉ như một nụ, một cục. Hay gặp kèm theo tật hoặc chít hẹp ống tai.

Vành tai to hay nhỏ quá: có thể gặp vành tai to quá (tai voi) hoặc nhỏ quá (tai chuột), nếu chỉ thấy một bên, tai bên kia bình thường, sẽ ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

Dị hình nắp tai: nắp tai có thể quá to, không có sụn nắp hay có 2 - 3 nắp tai.

Vành tai vểnh ra trước quá nhiều hay sụn quá mềm làm bẹp xuống, mất các gờ nếp.

Phẫu thuật chỉnh hình để tái tạo lại vành tai khó khăn và phức tạp.

2. Dị hình ống tai: thường gặp tật ống tai ngoài hoàn toàn hay một phần làm chít hẹp ống tai. Tật hay chít hẹp có thể do đơn thuần hoặc cả sụn, xương ống tai, chỉ ở cửa ống tai hay dọc cả ống tai. Dị hình ống tai thường gặp kèm với dị hình vành tai, đôi khi có kèm theo dị hình tai giữa.

Tật hoặc chít ống tai ngoài gây nghe kém dẫn truyền đơn thuần, có thể gây viêm vì chất tiết ở da ống tai không thoát được ra ngoài.

Cần chụp X- quang để xác định tình trạng của tai giữa và hệ thống xương con.

Phẫu thuật chỉnh hình lại ống tai ngoài hay lấy bỏ các phần chít hẹp, cần ghép da tốt vì dễ gây sẹo chít hẹp lại.

3. Rò *bẩm sinh*: thường gặp nhất là rò gờ trước tai hay rò Helix thường gọi là rò luân nhĩ.

Lỗ rò có thể thấy ở 1 bên hay cả 2 bên, ở trên nắp tai, trước gờ rìa tai. Tiếp theo thường là đường rò, nhiều khi ngoằn ngoèo và đi xa, ra sau tai hoặc vào ống tai...

Do lỗ rò nhỏ, đường rò thường tiết nhầy nên khi bị viêm thường gây sưng tấy vùng trên trước nắp tai, có thể thành áp xe rồi vỡ mủ.

Nếu rò chưa bị áp xe có thể bơm chất ăn mòn như sút loãng (NaOH 20%), hoặc cồn iốt 5% vào làm cháy lớp biểu bì để đường rò dính tịt lại.

Tốt hơn hết là phẫu thuật: bơm xanh methylen vào để theo dõi đường rò, qua đó lấy bỏ toàn bộ.

Khi bị áp xe không nên trích rạch quá rộng vì làm mất đường rò sau khó phẫu thuật.

60. NHOT ỐNG TAI NGOÀI

Là một bệnh thường gặp, nhất là vào mùa hè, do tụ cầu khuẩn.

Nguyên nhân:

Do ngoáy tai bằng vật cứng, bẩn, gây xước da ống tai.

Do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

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.

Xử trí:

Tại chỗ: chườm nóng giảm đau. Nếu mới tấy đỏ thì chấm cồn iốt 2%-5% ở đầu nhọt. Khi đã nung mủ trắng dùng dao nhọn hay que nhọn trích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn. Kết hợp kháng sinh, giảm đau.

61. RỐI LOẠN THÍNH GIÁC

Mất thính giác chia ra hai loại: mất thính giác dẫn truyền và mất thính giác cảm giác. Mất thính giác dẫn truyền là do tổn thương loa tai, ống tai ngoài hoặc tai giữa; trong khi tổn thương tai trong hoặc dây thần kinh số 8 gây ra mất thính giác cảm giác thần kinh.

Mất thính giác dẫn truyền

Nguyên nhân gây mất thính giác dẫn truyền thường do: nghẽn ống tai ngoài bởi ráy tai, dị vật, sưng lớp lót ống tai, tịt ống tai, u tân sinh ống tai, thủng màng nhĩ; gián đoạn chuỗi xương con, trường hợp hoại tử mòm dài xương đe do chấn thương hay nhiễm khuẩn; xơ cứng tai; tràn dịch, tạo sẹo hay u tân sinh trong tai giữa. Mất thính giác dẫn truyền thứ phát do bị ăn mòn xương con là bệnh hay gặp, cần phải phẫu thuật để loại bỏ tổ chức bệnh đó. Trường hợp mất thính giác dẫn truyền trong khi ống tai bình thường và màng nhĩ còn nguyên vẹn là triệu chứng của bệnh lý xương con. Cố định xương bàn đạp do xơ cứng tai gây mất thính giác dẫn truyền tần số thấp. Xử trí trường hợp này bằng đeo máy trợ thính hoặc phẫu thuật cắt bỏ xương bàn đạp có thể hồi phục thính giác. Chấn thương, viêm tai giữa cấp tính hay mạn tính thường gây thủng màng nhĩ. Nếu thủng màng nhĩ nhỏ thường tự khỏi, trong khi thủng lớn cần phải can thiệp phẫu thuật tạo hình màng nhĩ rất hiệu quả (>90%), vá màng nhĩ.

Mất thính giác cảm giác thần kinh

Các nguyên nhân gây tổn thương tế bào lông của cơ quan Corti gồm: tiếng động cường độ cao, nhiễm virus, thuốc độc với tai như salicylat, quinin, aminoglycosid, furosemid, acid ethacrynic, các hoá chất điều trị ung thư, vỡ xương thái dương, viêm màng não, xơ cứng ốc tai, bệnh Ménière, người cao tuổi. Dị dạng bẩm sinh tai trong gây mất thính giác ở một số người lớn.

Giảm thính lực ở người cao tuổi giai đoạn đầu là mất thính giác đối xứng với tần số cao; thời gian sau mất thính giác ở tất cả các tần số. Cấy ốc tai là cách điều trị tốt nhất trong trường hợp này.

Bệnh Ménière biểu hiện chóng mặt từng cơn, mất thính giác cảm giác thần kinh dao động, ù tai, và cảm giác đầy tai. Bị ù tai và/hoặc điếc luôn luôn xuất hiện khi bệnh tiến triển và nặng hơn trong cơn cấp tính. Ménière có tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là từ 0,5-7,5 trên 1.000 dân; bệnh thường bắt đầu ở tuổi 50 nhưng cũng có thể xảy ra ở tuổi thanh niên hoặc tuổi già. Tổn thương do tràn nội dịch dẫn đến thoái hóa tế bào lông tiền đình và ốc tai do nhiễm khuẩn, chấn thương, bệnh tự miễn dịch, viêm hoặc khối u. Đặc trưng của bệnh là suy thính giác cảm giác thần kinh một bên tần số thấp. Điều trị bằng cách dùng chế độ ăn ít muối, thuốc lợi tiểu, glucocorticoid ngắn hạn có thể mang lại hiệu quả tốt. Phẫu thuật chữa chóng mặt, giảm áp bao nội dịch, cắt bỏ mê đạo và cắt ngang dây thần kinh tiền đình có kết quả triệt tiêu chóng mặt trong >90% trường hợp. Mất thính giác cảm giác thần kinh còn có thể do u tân sinh, bệnh mạch, bệnh hủy myelin, nhiễm khuẩn, thoái hóa hoặc chấn thương ảnh hưởng đến đường thính giác trung tâm. Tổn thương do HIV gây ra bệnh lý ở cả hai hệ thính giác ngoại vi và trung tâm, gây suy giảm thính giác cảm giác thần kinh.

Mất thính giác hỗn hợp là mất thính giác dẫn truyền và cảm giác thần kinh đồng thời, do bệnh lý ảnh hưởng đến tai giữa và tai trong như xơ cứng tai ở xương con và ốc tai, chấn thương đầu, viêm tai giữa mạn tính, cholesteatom, khối u tai giữa, và một số dị dạng tai trong.

Các phương pháp điều trị mất thính giác

Mất thính giác dẫn truyền có thể phẫu thuật để sửa chữa, trong khi mất thính giác cảm giác thần kinh thì vĩnh viễn. Tịt ống tai có thể chữa bằng phẫu thuật, thường cải thiện được khả năng nghe. Thủng màng nhĩ do viêm tai giữa mạn tính hoặc chấn thương có thể chữa bằng cách tạo hình màng nhĩ. Cũng như vậy, mất thính giác dẫn truyền kèm theo xơ cứng tai có thể điều trị bằng cách cắt bỏ xương bàn đạp, phẫu thuật này thành công từ 90-95% trường hợp. Sử dụng ống chọc màng nhĩ tái lập nhanh khả năng nghe ở bệnh nhân bị tràn dịch tai giữa. Dùng máy trợ thính hiệu quả và dễ chịu đối với bệnh nhân bị mất thính giác dẫn truyền. Tương tự bệnh nhân bị mất thính giác cảm giác thần kinh nhẹ, vừa và nặng thường phục hồi nhờ đeo máy trợ thính. Trong trường hợp máy trợ thính không đạt mức độ phục hồi thính giác mong muốn, thì dùng liệu pháp cấy ốc tai.

Phòng bệnh

Có thể phòng bệnh mất thính giác dẫn truyền bằng cách dùng liệu pháp kháng sinh trong thời gian thích hợp cho bệnh viêm tai giữa cấp tính; dùng phương pháp thông khí tai giữa với ống chọc màng nhĩ cho bệnh tràn dịch tai giữa. Mất chức năng tiền đình và điếc do dùng kháng sinh aminoglycosid phần lớn có thể phòng ngừa được bằng cách theo dõi cẩn thận quá trình điều trị.

Phải sử dụng các biện pháp bảo vệ thính giác trong lao động khi sự tiếp xúc kéo dài trong thời gian 8 giờ với cường độ âm thanh trung bình 85 dexiben.

62. NHIỄM TRÙNG KHOANG BÊN HỌNG

- Các khoang bên họng là khoang ảo, dễ bóc tách tụ mủ, tạo bởi các cân cổ nông và sâu, thông với nhau và thông với trung thất, vì thế nhiễm trùng thường lan tỏa.
- Nội dung bên trong các khoang có thể là mạch máu, thần kinh quan trọng nên khi tổn thương có rất nhiều biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao.
- Nguyên nhân gây bệnh thường vi khuẩn kỵ khí nên tổn thương rất trầm trọng.
- Giải phẫu rất phức tạp, liên quan nhiều bình diện và nhiều mạch máu lớn, thần kinh quan trọng nên phẫu thuật dẫn lưu phải do các phẫu thuật viên Đầu cổ, có kinh nghiệm, trang thiết bị thích hợp và có sự hỗ trợ thường trực của các phẫu thuật viên Mạch máu.

Giải phẫu

- Là 1 trong 11 khoảng của vùng cổ sâu, còn có rất nhiều tên khác là: Khoang bên họng (*lateral pharyngeal space*), Khoang họng hàm (*pharyngomaxillary space*), Khoang chân bướm hàm (*pterygomaxillary space*), Khoang chân bướm Họng (*pterygopharyngeal space*)

- Các khoảng đó là:

- Khoang quanh họng (*Pharyngomaxillary hay là Parapharyngeal space*): khoảng trước trâm, khoảng sau trâm
- Khoang quanh Amidan (*Peritonsillar space*)
- Khoang sau họng (*Retropharyngeal space*)
- Khoang trước cột sống (*Prevertebral space*)
- Khoang “Nguy hiểm” sát trước cột sống (*Danger space*)
- Khoang mạch cảnh (*Vascular visceral space*)
- Khoang cơ nhai (*Masticator space*)

- Khoang dưới hàm (*Submandibular space*)
- Khoang trước khí quản(*Pretracheal hay là anterior visceral space*)
- Khoang quanh tuyến mang tai(*Parotid space*)
- Khoang Thái dương(*Temporal space*)

Ngoài ra còn một số khoảng nhỏ khác như : Trên xương móng(*Suprahyoid space*), dưới xương móng(*Infrahyoid space*)

Mô tả giải phẫu:

- *Hình thái ngược*: Đáy là nền sọ, Đỉnh là sừng lớn xương móng, Trên là xương thái dương, Dưới là phần nổi của bụng sau cơ nhị thân và xương móng
- *Giữa*: Cột họng và thành họng bên
- *Thành bên*: Cột cơ chân bướm giữa, Ngành đứng xương hàm dưới, Phần sâu của Tuyến mang tai, Bụng sau cơ nhị thân. Hai dây chằng: bướm hàm, trâm hàm
- *Thành sau*: cột sống, các cơ cạnh sống
- *Thành trước*: Cơ chân bướm giữa
- *Hoành trâm chia khoang này ra hai vùng*: Trước trâm, Sau trâm
- *Khoảng trước trâm*:
 - Phần sâu tuyến mang tai
 - Tuyến nước bọt phụ
 - Nhánh dây V cho cơ căng màn hầu
 - Động mạch hầu xuống và đám rối tĩnh mạch
- *Khoảng sau trâm*
 - Động mạch cảnh trong
 - Tĩnh mạch cảnh trong
 - IX, X, XI, XII

- Glomus, tiểu thể quanh mạch máu lớn vùng cổ
- Hạch thần kinh giao cảm cổ

Triệu chứng lâm sàng:

- Đau họng
- Nuốt đau
- Sưng cổ
- Cứng cổ
- Khít hàm
- Đau tai
- Khàn tiếng
- Sốt cao
- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc
- Đầy phòng trụ sau Amidan, giọng nói thay đổi
- Chèn ép thần kinh, IX, X, XI, XII, giao cảm cổ...

Cận lâm sàng

- CT Scanner: khối mũ đẩy động mạch, bóc tách các khoang lân cận, phân biệt giữa ổ áp xe và viêm tấy tỏa lan vùng cổ sâu
- MRI: Nhìn được rõ ràng các lớp tổn thương hơn CT Scanner

Xử trí

Nội khoa

- Kháng sinh phổ rộng kết hợp chống kỵ khí

- Corticoid liệu pháp
- Điều trị triệu chứng
- Nếu sau 24h các triệu chứng không thuyên giảm thì chỉ định phẫu thuật

Ngoại khoa

- Vùng can thiệp rất nhiều tổ chức quan trọng và rất khó bộc lộ nên phải được thực hiện tại các Trung tâm phẫu thuật Đầu cổ lớn, và có sự hỗ trợ thường trực của các phẫu thuật viên mạch máu.
- Chọc hút kim nhỏ
- Trích rạch dẫn lưu ổ mủ: Lưu ý là nên trích rạch từ trên cao xuống, không chọc ngay vào chỗ thấp, căng, đặc biệt khi ổ mủ lớn ở trẻ nhỏ, dễ bị sặc vào đường thở. Hút dần giảm áp lực ổ mủ rồi tiếp tục trích rạch rộng, dẫn lưu.
- Dẫn lưu đường ngoài: Rạch rộng dọc theo bờ cơ ức đòn chũm, bộc lộ toàn bộ vùng máng cảnh, với nguyên tắc từ nông vào sâu theo bình diện ngang thật rộng rãi, từ vùng ít nguy hiểm đến vùng nguy hiểm, từ vùng dễ bóc tách đến vùng xơ dính, luôn sẵn sàng xử trí tai biến mạch máu lớn vì các mạch này rất dễ bị rách, thủng do nhiễm trùng.

Tai biến

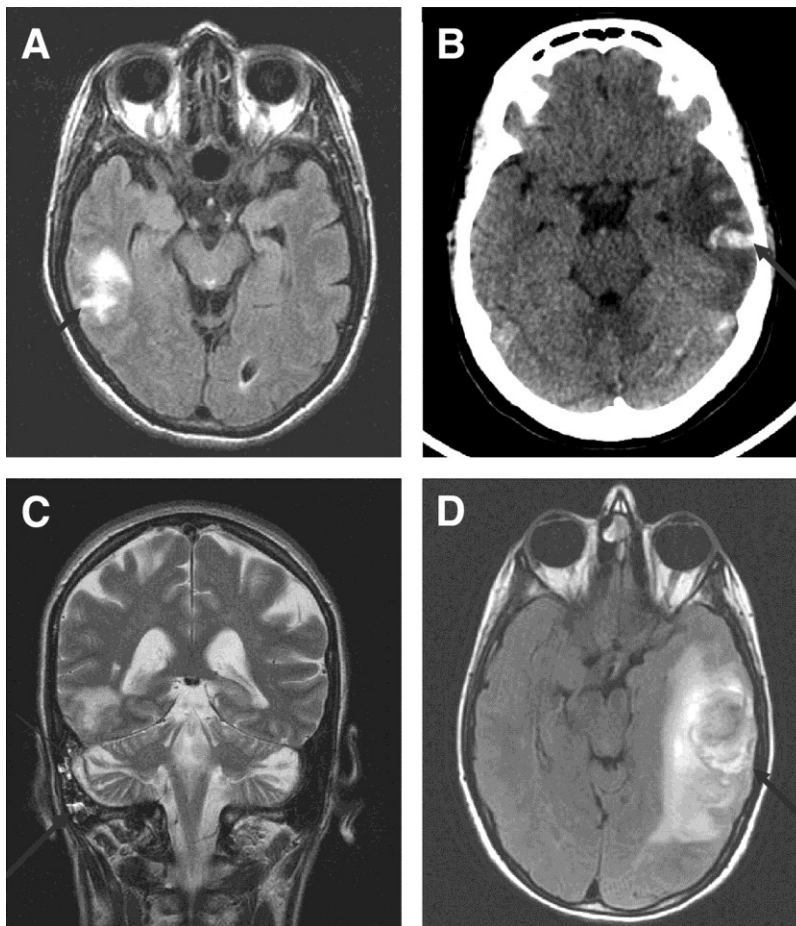
- Chảy máu các mạch lớn: tỷ lệ tử vong rất cao
- Viêm trung thất, hay kèm nhiễm trùng nhiễm độc
- Nhiễm trùng máu
- Viêm tắc tĩnh mạch cảnh trong
- Viêm phổi

63. NHIỄM TRÙNG HUYẾT KHÔNG CÓ NGHẼN MẠCH DO TAI

Bộ môn Tai Mũi Họng ĐH Y Dược Tp.HCM

Trong bệnh này bệnh nhân có bị viêm tai, có bị nhiễm trùng huyết nhưng không có tắc tĩnh mạch bên. Một số tác giả coi bệnh này như là một thể lâm sàng của bệnh viêm nghẽn tĩnh mạch bên mà ổ viêm khu trú ở vịnh cảnh. Nhiễm trùng huyết không có nghẽn mạch có những đặc điểm sau đây :

- Bệnh thường xảy ra ở trẻ em nhiều hơn ở người lớn.
- Bệnh thường thấy ở viêm tai cấp tính hơn là trong viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm.
- Vi trùng gây bệnh thường là streptococ.



TRIỆU CHỨNG

Bệnh cảnh lâm sàng giống hệt như trong viêm nghẽn tĩnh mạch bên có nhiễm trùng huyết, chỉ thiếu triệu chứng thực thể của xương chũm.

Em bé đang bị viêm tai cấp tính.

Đột nhiên nó lên cơn rét run rồi sốt cao 40° . Nhiệt độ dao động, sáng và chiều khác nhau vài ba độ. Toàn trạng suy sụp nhanh, bộ mặt nhiễm trùng, môi khô, lưỡi đầy bọt trắng, nước tiểu ít và chứa nhiều anbumin, mạch nhanh, nhịp thở nhanh... cấy máu cho thấy có vi trùng streptococ. Hiện tượng nhiễm trùng di căn xuất hiện sớm (viêm khớp). Bề ngoài xương chũm có vẻ bình thường, chụp X quang thấy xương chũm mờ một cách đều.



BIẾN DIỄN

Bệnh sẽ biến diễn theo một trong ba hướng sau đây :

A) *Bệnh mỗi ngày một nặng thêm.* Nước tiểu giảm, urê máu tăng. Da mặt trở nên sạm, mắt có quầng. Bệnh nhân gầy tọp, kiệt sức nhưng vẫn tỉnh táo. Cuối cùng bệnh nhân chết vì trụy tim mạch. Khả năng này ít thấy.

B) *Bệnh qua một cơn kịch phát* (sốt cao mê sảng, co giật, mạch nhanh) rồi bớt dần và khỏi hẳn.

C) Các biến chứng của viêm tai xuất hiện : viêm xương chũm, viêm màng não, viêm nghẽn tĩnh mạch bên. Bệnh có nặng thêm nhưng không đến nỗi tuyệt vọng.

Trong khi chẩn đoán bệnh chúng ta phải loại ra :

- Viêm nghẽn tĩnh mạch bên có nhiễm trùng huyết bằng cách dựa vào bệnh tích xương ở máng tĩnh mạch bên do X quang phát hiện hoặc bệnh tích ở tĩnh mạch bên do phẫu thuật cho thấy trên bàn mổ.
- Nhiễm trùng huyết do những nguyên nhân khác (phá thai, hậu sản, thủng thực quản, loét họng...) chỉ cần hỏi qua bệnh sử chúng ta có thể loại ra những bệnh này.

Tiên lượng của nhiễm trùng huyết không có nghẽn mạch không được tốt lắm nhưng vẫn còn nhẹ hơn hiện tượng của viêm nghẽn tĩnh mạch bên.



ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bằng thuốc : Điều trị bằng thuốc là chủ yếu :

Penicilin phối hợp với streptomycin.

Aurêomyxin + sunfamit. .

Têtracyclin, teramycin... .

Nâng cao thể trạng bằng dung dịch mặn và ngọt. Trợ tim bằng long não, cafêin, uabain...

Kích thích sức đề kháng bằng truyền máu, với liều lượng nhỏ và nhiều lần.



2. Điều trị bằng phẫu thuật

Nếu sau khi điều trị bằng thuốc mà bệnh không thuyên giảm thì chúng ta phải dùng đến phẫu thuật.

A) *Khoét xương chũm và bộc lộ tĩnh mạch bên.* Tĩnh mạch này có vẻ lành mạnh. Tuy vậy chúng ta cũng nên "loại trừ" nó ra bằng cách dùng bấc iodoruc chèn ở hai đầu không cho máu chảy qua. Bấc sẽ được nhét chặt ở giữa màng não và xương sọ trong vài ngày.

B) *Nếu nhiệt độ vẫn chưa hạ xuống,* chúng ta nên thắt tĩnh mạch cảnh.

Sau đó nếu vẫn chưa có kết quả, chúng ta phải làm phẫu thuật Grune (Grunert).

64. NÚT BIỂU BÌ

Bộ môn Tai Mũi Họng ĐHYD Tp.HCM

Nút biểu bì được hình thành do những mảnh biểu bì của ống tai ngoài bong ra và kết lại thành khối. Triệu chứng chức năng của nút biểu bì giống như triệu chứng của cục ráy tai : ngứa, ù tai. Nhưng khi khám tai thì thấy khác nhau : cục ráy tai màu đen hoặc nâu, nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên.

Với thời gian, nút biểu bì có thể gây tác hại đến ống tai : da ống tai bị mỏng hoặc loét xương ống tai bị teo đi làm cho phần trong của ống tai mở rộng. Một đôi khi, nếu màng nhĩ đã bị thủng, nút biểu bì có thể chui vào hòm nhĩ.

Nút biểu bì có thể sinh ra biến chứng như viêm tai ngoài hoặc nhọt ống tai.

Cần phân biệt nút biểu bì với :

- Cục ráy tai : ráy tai màu nâu (đôi khi nút biểu bì có thể cùng phối hợp với ráy tai).
- Cholesteatoma : chụp X quang thấy có thương tổn ở thượng nhĩ hoặc xương chũm. Phản ứng hóa học trong cholesteatoma và trong nút biểu bì đều cho thấy có nhiều cholestêron. Giải phẫu bệnh học cho thấy trong cholesteatoma có màng khuôn bằng tổ chức liên kết.

Điều trị

Trước tiên nên làm mềm nút biểu bì bằng cách nhỏ vào tai dầu salixylic (Axit salixylic 0,20g (Dầu lạc trung bình 20ml) mỗi ngày nhỏ hai lần, mỗi lần 3 giọt, lấy bông đút nút cửa tai lại trong 5 ngày .Như vậy sau đó bơm nước 37oC vào tai để đẩy dị vật ra như đối với ráy tai.

Nút biểu bì thường khó lấy ra hơn ráy tai cho nên đôi khi chúng ta phải dùng móc tai tù lôi nó ra. Không nên sốt ruột, nếu lấy lần đầu không ra thì nhỏ thuốc thêm vài ba hôm rồi hãy lấy..

Muniê-Kun (Mounier-Kuhn) thấy rằng ở những bệnh nhân bị viêm xoang và giãn phế quản thường hay có nút biểu bì ở tai.

CHƯƠNG 4. UNG THƯ TAI MŨI HỌNG

65. CÁC TIẾN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ

Theo : Clinical Care Options Oncology 2009

Thay đổi phương cách điều trị ung thư tế bào vảy ở vùng đầu cổ, những hiểu biết lâm sàng mới và Các tiến bộ điều trị về Ung thư vùng đầu cổ (Clinical Care Options Oncology 2009 Marshall Posner, M.D, Robert I.Haddad,M.D)

Mỗi năm có khoảng 40.000 người tại Mỹ bị ung thư tế bào vảy ở vùng đầu cổ (UTTBVVĐC). Việc quản lý đối với những bệnh ác tính này rất phức tạp và thường đòi hỏi phải phối hợp nhiều trị liệu khác nhau. Rất nhiều cấu trúc quan trọng ở vùng đầu cổ bị ảnh hưởng bởi điều trị, làm cho việc nói, nuốt, và thở bị khó khăn. Bệnh do điều trị có thể kéo dài, gây ảnh hưởng thêm về mặt tâm lý và thể chất đối với bệnh nhân còn sống sót. Kể từ lần công bố kết quả thử nghiệm ung thư thanh quản của nhóm cựu chiến binh vào năm 1991, (publication of the veterans Affairs' laryngeal cancer trial results in 1991) một loạt các bằng chứng đã được làm rõ ủng hộ cho việc bảo tồn cơ quan ở những bệnh nhân có bệnh lý tiến triển tại chỗ. Phần lớn các bằng chứng này cho rằng việc bảo tồn cơ quan có thể đạt được khi phối hợp hoá trị và xạ trị. Việc tính toán thời gian, lịch trình và liều lượng hóa -xạ trị còn phải được chuẩn hoá. Tuy nhiên những kết quả hiện thời ở giai đoạn II và III của nghiên cứu thì lại cho thấy sự cải thiện trên thời gian sống còn không bệnh và sống còn toàn bộ ở những bệnh nhân có các khối u phát triển tại chỗ mà đã được điều trị tấn công với hoá trị và xạ trị.

Những bệnh nhân biểu hiện bệnh ở giai đoạn sớm (giai đoạn I và II) thì chỉ điều trị với một phương pháp xạ trị hoặc phẫu trị mà thôi. Những bệnh nhân này thường khỏe mạnh và nhìn chung tiên lượng tốt. Nhưng chẳng may thay, phần lớn bệnh nhân có khối u vùng đầu cổ thì lại biểu hiện bệnh ở giai đoạn III hoặc IV, nên cần phải phối hợp các phương pháp trị liệu bao gồm hoá trị, xạ trị và phẫu trị. Mặc dù việc phối hợp trị liệu này có khả năng chữa khỏi cho bệnh nhân, nhưng nó lại có nguy cơ gây cho bệnh nhân các phản ứng phụ cấp tính lẫn lâu dài như viêm niêm mạc, đau họng, nuốt khó, đau vai, khô miệng, các vấn đề về răng, trầm cảm, và lo âu. Khi mà số lượng những người bệnh ở giai đoạn trễ ngày càng nhiều, thì vấn đề về chất lượng cuộc sống lại trở nên ngày càng quan trọng hơn.

Mới đây, các chiến lược trong điều trị ung thư vùng đầu cổ đã có những thay đổi về mặt cơ bản. Cho đến năm 2006, chuẩn về chăm sóc người bệnh có bệnh lý tiến triển tại chỗ là phải tiến hành đồng thời hoá trị và xạ trị, dựa trên nhiều nghiên cứu ở giai đoạn III cho rằng hoá trị là phương cách tốt nhất trong điều trị nhiều loại bệnh nhân, bao gồm luôn cả những bệnh lý không thể mổ được, bệnh ung thư thanh quản, ung thư mũi hầu, và những người cần điều trị sau phẫu thuật. Hoá chất được nghiên cứu nhiều nhất trong loạt nghiên cứu này là ciplastin tiêm mạch. Tuy nhiên, độc tính của ciplastin rất đáng ngại và có rất nhiều bệnh nhân không thể dung nạp được liều cơ bản khi được khuyến cáo sử dụng phối hợp với xạ trị.

Sự phát triển và việc sử dụng các tác nhân sinh học và nhắm đích mới đã xác định vị trí của các loại thuốc này như là một thay thế liệu pháp platin chuẩn. Người ta ngày càng hứng thú với việc kết hợp liệu pháp mới và “nhắm đích” vào chế độ điều trị cho UTTBVVĐC. Sự chấp thuận của FDA cho sử dụng cetuximab kết hợp với xạ trị trong điều trị ung thư vùng đầu cổ đã đánh dấu sự bùng phát. Thách thức hiện tại sẽ là việc kết hợp cetuximab và các tác nhân mới khác vào chế độ điều trị hoá xạ trị đồng thời hoặc nối tiếp đang được sử dụng rộng rãi. Thật vậy, phần lớn các nghiên cứu trong lĩnh vực này tập trung vào các chất ức chế EGFR. Từ khi người ta tìm thấy ở những bệnh nhân UTTBVVĐC có mức biểu hiện EGFR tăng, thì thụ thể này đã trở nên mục tiêu nhắm đến cho các thử nghiệm lâm sàng. Sự biểu lộ quá mức của EGFR đã được chứng minh trong các mẫu tiền lâm sàng là có liên quan đến việc kháng xạ của tế bào. Hơn nữa, các dữ liệu đã cho thấy rằng xạ trị đã điều chỉnh sự biểu hiện của EGFR trong ống nghiệm và trên các mẫu động vật. Mức biểu hiện gia tăng của EGFR cũng cho thấy có liên quan đến hệ quả xấu.

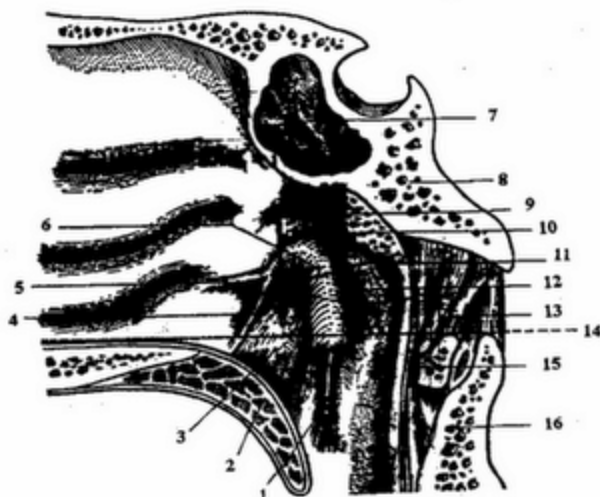
Hai tác nhân nhắm EGFR đã được phát triển là: tiểu phân tử ức chế tyrosine kinase và kháng thể kháng thụ thể EGF ngoại bào. Cả hai loại này đã được thử nghiệm một cách rộng rãi.

66. K VÒM HỌNG

1. Đại cương

Ung thư vòm mũi họng, còn gọi là ung thư vòm họng (UTVH), là khối u ác tính phát sinh từ biểu mô vùng họng mũi. UTVH có 3 đặc điểm là chẩn đoán muộn; triệu chứng mượn của các cơ quan lân cận; tiến triển âm thầm, kín đáo. Cho nên trong các loại ung thư đường hô hấp trên, UTVH là loại đáng ngại nhất.

2. Giải phẫu vòm mũi họng



Hình 1: Thành bên và nóc vòm

1. Nếp vòm -họng; 2. Màn hầu; 3. Nếp cơ nâng màn hầu; 4. Nếp vòm-khẩu cái; 5. Nếp vòm mũi; 6. Củ vòm; 7. Xoang bướm; 8. Mảnh nền; 9. Hố trên vòm; 10. V.A; 11. Miệng vòm; 12. Hố Rosenmuller; 13. Dây chằng chẩm- đội; 14. Giới hạn dưới của vòm; 15. Cung trước của đốt đội; 16. Mỏm nha

Theo Nguyễn Đình Bảng. “Ung thư vòm”.

Vòm mũi họng là một khoang rỗng hình hộp chữ nhật, có kích thước trung bình 6 (4 (2 cm, nằm ngay dưới mảnh nền xương chẩm, trước các đốt sống cổ 1-2, ở phần trên của họng miệng, sau cửa mũi sau, và gồm có 6 thành: thành trên và thành sau liên tiếp với nhau còn được gọi là nóc vòm, thành trước liên quan với cửa mũi sau, thành dưới ngang qua mặt sau màn hầu và 2 thành bên (thành bên có hố Rosenmuller, thường là nơi khởi phát của UTVH).

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Giải phẫu bệnh đại thể

- *Hình thái*: Thể sùi 82%. Thâm nhiễm 10%. Loét 2%. Thể phối hợp 6%.

- *Vị trí*: Thành bên 50%. Thành trên sau 40%. Thành dưới 10%. Riêng ung thư ở thành trước của vòm được xếp vào K mũi.

3.2. Giải phẫu bệnh lý vi thể (mô bệnh học)

Về phương diện mô bệnh học, người ta chia UTVH thành 2 thể như sau:

- *K biểu mô (carcinome)*: chiếm 90-95%, gồm 2 loại:

+ Loại 1: K biểu mô tế bào gai biệt hóa còn gọi là CS (Carcinome spinocellulaire), chiếm 10%.

+ Loại 2: K biểu mô không biệt hóa (chiếm đa số) và kém biệt hóa còn được gọi chung là UCNT (Undifferentiated Carcinome of Nasopharyngeal Type), chiếm 90%. Trong loại này còn có u lai căng lympho-epithelioma, rất hiếm gặp.

- *K liên kết (sarcome)*: chỉ chiếm có 5-10% và nay lại được xếp vào loại bệnh hệ thống.

Điều này giải thích:

- K vòm thường được gọi là K biểu mô của vòm (NPC: naso-pharyngeal carcinoma).

- K vòm có tiên lượng khả quan vì K biểu mô không hoặc kém biệt hóa rất đáp ứng với xạ trị và hóa trị nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng.

- VN cần phát triển tuyến y tế cơ sở và tuyến điều trị chuyên sâu về K vòm.

4. Dịch tễ học

4.1. Sự phân bố theo tuổi

Gặp từ 3 – 84 tuổi, trong đó 40 – 60 tuổi chiếm trên 50%.

4.2. Sự phân bố theo giới

Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ suất là 3/1.

4.3. Sự phân bố theo địa dư và chủng tộc

4.3.1. Trên thế giới

Ở Châu Âu, UTVH rất hiếm gặp (ở người bản xứ), chiếm tỷ lệ khoảng 1% tổng số các loại ung thư toàn thân và khoảng 2% ung thư đường hô hấp và tiêu hóa trên.

Theo Hiệp Hội Quốc Tế Chống Ung Thư (UICC), UTVH chiếm 10/100 dân số thế giới và hiện nay trên thế giới đã hình thành rõ ràng 3 khu vực địa lý khác nhau có tỷ lệ mắc bệnh UTVH hoàn toàn khác nhau.

- Vùng có nguy cơ cao nhất là miền Nam Trung Quốc và phần lớn các nước Đông Nam Á với tỷ lệ 20 – 30/100.000 dân, tương ứng với dân da vàng.

- Vùng có nguy cơ trung bình ở quanh bờ biển Địa Trung Hải, ở Bắc Phi, Đông Phi với tỷ lệ 5 – 9/100.000 dân, tương ứng với dân da đen.

- Vùng có nguy cơ thấp nhất là Châu Âu, Châu Mỹ và ở các nước công nghiệp phát triển (Châu Âu, Bắc Mỹ, Nhật, Úc) với tỉ lệ 0,1- 0,5/100.000 dân, tương ứng với dân da trắng.

4.3.2. Ở Việt Nam

Ở Việt Nam, UTVH rất phổ biến, chiếm tỷ lệ khoảng 10-12% tổng số các loại ung thư toàn thân. UTVH đứng hàng đầu trong các ung thư tai mũi họng và đầu mặt cổ; đứng hàng thứ 4-5 trong nhóm 6 loại ung thư hay gặp nhất ở VN (dạ dày, gan, vú, phổi, vòm họng, tử cung).

- UTVH có tỷ lệ giảm dần từ đồng bằng Bắc Bộ dọc theo miền biển vào miền Trung.

- Sự phân bố theo nghề nghiệp: Người mắc bệnh đa số là làm ruộng, nông thôn (53%), cán bộ 36%, thành thị 8%.

5. Giả thuyết về nguyên nhân

Nguyên nhân chưa rõ, chỉ có những giả thuyết về nguyên nhân như sau:

5.1. Yếu tố di truyền

Người ta cho rằng K vòm có sự liên quan đến yếu tố kháng nguyên bạch cầu người (HLA).

5.2. Virus hướng lymphô Epstein Barr

Gần đây người ta nhận thấy EBV có mặt thường xuyên (100%) ở bệnh tích UTVH, nên nhiều tác giả cho rằng cho đến hiện nay UTVH là loại K duy nhất có nguồn gốc vi rút.

5.3. Yếu tố thuận lợi

- *Môi trường*: Tiếp xúc với hơi các hóa chất độc, thuốc trừ sâu, phóng xạ ...

- *Điều kiện sống thấp*.

- *Tập quán*: Hút thuốc lá, uống rượu. Ăn các thức ăn làm dưa, làm mắm hư mục; chiên nướng, thức ăn có thầu dầu, thức ăn ẩm mốc ... Thấp nhiều hương khói.

6. Triệu chứng

6.1. Các hội chứng chính của bệnh

6.1.1. Các dấu hiệu về mũi

- Chảy máu mũi tái diễn ra mũi trước hoặc khịt khạc ra miệng.

- Tắc mũi từ từ và tăng dần.

6.1.2. Các dấu hiệu về tai

ù tai, nghe kém ở 1 bên, tăng dần, và thường nghe kém tiếng trầm.

6.1.3. Nhức đầu

Đây là dấu hiệu hay gặp nhất, thường nhức nửa đầu, âm ỉ suốt ngày.

6.1.4. Hạch cổ to

Là một dấu hiệu thường gặp, nhiều khi hạch cổ xuất hiện rất sớm. Đầu tiên, xuất hiện hạch ở dãy cảnh trên (hạch Kuttner) cùng bên với khối u hoặc hạch dưới bụng sau cơ nhị thân. Về sau, khi muộn mới lan sang bên đối diện hay nhiều dãy cùng một bên. Khi hạch đã xuống 1/3 dưới máng cảnh hay ở dãy cổ ngang thì thường đã có di căn xa.

6.1.5. Liệt các dây thần kinh sọ

Có khi khá sớm và chỉ liệt một bên.

- Liệt dây V thường bị đầu tiên.
- Liệt dây VI thường bị thứ hai.
- Liệt dây III, IV, VI, và V1 là hội chứng khe bướm.
- Liệt dây IX, X, XI là hội chứng lỗ rách sau (hội chứng Vernet).
- Liệt dây IX, X, XI, XII là hội chứng lồi cầu – lỗ rách sau (Collet et Sicard)
- Liệt dây IX, X, XI, XII và hạch giao cảm cổ trên (Vilaret).
- Liệt cả 12 dây thần kinh sọ một bên (Garcin).



Hình 2: Liên quan của vòm họng với các DTK vận nhãn và với DTK số V trong hố não giữa
Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. “Cancers du cavum”.

6.2. Triệu chứng toàn thân

Giai đoạn đầu, tổng trạng chung gần như bình thường, chỉ có hơi mất ngủ vì nhức đầu. Về sau, khi u đã lan rộng, xâm lấn các cơ quan lân cận toàn trạng suy sụp, da vàng rộm, nhức đầu nhiều, bội nhiễm ở xoang, tai, phổi...

6.3. Khám thực thể

UTVH thường biểu hiện sớm bằng các triệu chứng mượn của các cơ quan lân cận, cho nên phải khám kỹ các cơ quan đó.

- *Soi mũi trước*: Để đánh giá sự lan tràn của u vào hốc mũi.
- *Soi mũi sau bằng gương*: Đánh giá khối u về kích thước, vị trí, màu sắc, hình thái đại thể, sự lan tràn. Đánh giá sự biến dạng của các thành của vòm.
- *Khám tai*: Khám màng nhĩ, đo thính lực, đo nhĩ lượng.
- *Khám mắt*: Đo thị lực. Khám vận nhãn. Soi đáy mắt.
- *Khám hạch*: Các hạch vùng cổ nằm ở trên hố trên xương đòn trở lên gọi là hạch di căn vùng (Node). Các hạch ở hố dưới đòn trở xuống (nách, bẹn) gọi là hạch di căn xa (Metastasis). Các hạch ở 1/3 dưới dây cảnh hoặc ở dây cổ ngang thường nghi ngờ di căn xa.
- *Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não*.
- *Soi họng miệng*: đôi khi thấy u lan xuống họng miệng.
- *Sờ vòm*: Để đánh giá mật độ khối u và tính chất dễ chảy máu của nó...
- *Nội soi vòm*: bằng ống soi quang học luồn qua mũi tới vòm.

7. Cận lâm sàng

7.1. Về khối u

Sinh thiết u là có giá trị nhất. Có thể làm tế bào bong khối u ở vòm.

7.2. Về hạch

Chọc hạch làm hạch đồ. Mổ bóc toàn bộ hạch để sinh thiết.

7.3. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp CT scan là phương pháp chính xác nhất để đánh giá sự xâm lấn của khối u, qua đó xác định trường chiếu xạ hợp lý.
- Có thể chụp phim X quang Blondeau, Hirtz, Sọ nghiêng để đánh giá sự lan tràn của khối u vào các xoang, hốc mắt, hố chân bướm hàm, nền sọ, cột sống cổ...

7.4. Các xét nghiệm miễn dịch học

- Tỷ giá IgA/VCA dương tính ở nồng độ 1/10-1/40 dùng để chẩn đoán sàng lọc phát hiện trong điều tra hàng loạt.
- Tỷ giá IgA/EA dương tính ở nồng độ 1/5 dùng để chẩn đoán sàng lọc.
- Xác định type HLA.

8. Chẩn đoán

8.1. Chẩn đoán sàng lọc trong cộng đồng

Để phát hiện bệnh sớm trong cộng đồng, ở các trung tâm y học lớn, người ta thường dùng 2 xét nghiệm về miễn dịch học là: tỷ giá IgA/VCA và tỷ giá IgA/EA.

ở các nơi chưa có điều kiện trang thiết bị, có thể dùng phương pháp tế bào bong để phát hiện sớm.

8.2. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào

- *Hỏi bệnh* về các triệu chứng lâm sàng.
- *Khám lâm sàng*: đặc biệt là soi mũi sau và sờ hạch cổ.
- *Khám cận lâm sàng*: Sinh thiết u để xét nghiệm giải phẫu bệnh là xét nghiệm chắc chắn nhất để khẳng định bệnh.

8.3. Chẩn đoán sự di căn vào hạch:

bằng hạch đồ hoặc mổ bóc hạch sinh thiết.

8.4. Chẩn đoán độ lan rộng: bằng chụp CT scan là XN đáng tin cậy nhất hiện nay.

8.5. Chẩn đoán giai đoạn theo TNM

Giai đoạn I	:	T1	N0	M0
Giai đoạn II	:	T2	N0	M0
		T1, T2	N1	M0
Giai đoạn III	:	T1, T2	N2	M0
		T3	N0	M0
Giai đoạn IV	:	T4	N bất kỳ	M0
		T bất kỳ	N3	M0
		T bất kỳ	N bất kỳ	M1

T = Khối u ở vòm

T1: Khối u ở 1 vị trí giải phẫu của vòm.

T2: Khối u ở 2 vị trí giải phẫu của của vòm.

T3: Khối u lan vào hốc mũi hoặc xuống họng miệng.

T4: Khối u đã xâm lấn vào nền sọ hoặc thương tổn các dây thần kinh sọ não.

N = Hạch cổ di căn

NX: Khám không thấy hạch cổ.

N0: Không có di căn hạch cổ.

N1: Hạch cổ di căn kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 3 cm.

N2: Hạch cổ di căn kích thước trên 3 cm và nhỏ hơn 6 cm.

N2a: di căn một hạch cùng bên.

N2b: di căn nhiều hạch cùng bên.

N2c: di căn hạch hai bên hay bên đối diện.

N3: Hạch cổ di căn kích thước lớn nhất trên 6 cm.

M = Di căn xa.

M0: không có di căn xa

M1: có di căn xa.

8.6. Chẩn đoán phân biệt: với VA, u xơ vòm mũi họng, K sàng hàm, polype mũi sau.

9. Tiến triển và biến chứng

80% đến khám bệnh muộn khi đã ở vào giai đoạn III hoặc IV, khối K lan tràn rộng vào đáy sọ.

Sau đó liệt nhiều dây thần kinh sọ, đau nhức đầu dữ dội, bị nhiễm độc bởi ung thư và cuối cùng sẽ tử vong do suy kiệt, do di căn xa vào gan, xương, não, phổi ...

10. Nguyên tắc điều trị

10.1. Xạ trị

Là phương pháp chủ yếu để điều trị khối u và hạch cổ. Dùng tia Cobalt 60 với liều lượng 70 Gy cho khối u và 70 Gy cho hạch cổ.

10.2. Hóa chất

Đối với loại UCNT hóa trị phối hợp với xạ trị cho kết quả rất tốt. Hai hoá chất thường dùng là Cisplatine và 5 Fluoro-uracyl chuyển TM, 4-6 ngày / tuần / 3 tuần.

10.3. Phẫu thuật

Không áp dụng phẫu thuật bóc bỏ u nguyên phát vì ít có kết quả. Chỉ áp dụng phẫu thuật nạo vét hạch cổ nếu 6 tuần sau khi chiếu tia đủ liều mà hạch cổ vẫn chưa tan (còn sờ thấy được).

10.4. Miễn dịch

Hiện nay chỉ mới áp dụng miễn dịch không đặc hiệu, nhằm làm tăng sức đề kháng của cơ thể nói chung như tiêm BCG, Interferon...

11. Tiên lượng

Phụ thuộc vào:

- *Giải phẫu bệnh*: UCNT tiên lượng khả quan nhất. CS xấu vừa. Sarcome xấu nhiều.
- *Giai đoạn bệnh*: K vòm để càng muộn tiên lượng càng xấu. Tiên lượng của K vòm là khả quan vì phần lớn là UCNT rất nhạy cảm với tia xạ và hóa chất, do đó tỉ lệ sống trên 5 năm cao hơn nhiều loại K khác. Nói chung tỉ lệ sống trên 5 năm sau điều trị là 30%, trong đó ở nước ngoài là 15-40%, nhưng ở Việt Nam chỉ là 5 – 10%.

12. Phòng bệnh

- Xây dựng nền kinh tế đất nước ngày càng giàu mạnh, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Rèn luyện thể lực, dinh dưỡng hợp lý. Tuyên truyền giáo dục sức khỏe và phổ biến kiến thức cho nhân dân về bệnh K vòm. Bỏ rượu và thuốc lá. Phòng hộ lao động tốt.
- Quan trọng nhất hiện nay vẫn là phát hiện bệnh sớm và chữa trị kịp thời.
- Theo dõi tốt các bệnh nhân đã điều trị K vòm để tránh tái phát, hạn chế các di chứng.

67. UNG THƯ AMIDAN KHẨU CÁI

1. Đại cương.

Ung thư Amidan khẩu cái là một trong những loại ung thư vùng Tai Mũi Họng thường gặp ở Việt Nam. Bao gồm các khối u thành hố Amidan, cũng như trụ trước, trụ sau. Trong nhiều trường hợp rất khó xác định điểm xuất phát, không rõ là từ Amidan hay là từ các thành hố Amidan vì chúng liên quan mật thiết với nhau.

1.1. Mô bệnh học: Amidan có tổ chức biểu mô và mô liên kết vì vậy cấu trúc khối u ác tính của nó cũng chia thành hai nhóm ung thư biểu mô và ung thư liên kết. Loại ung thư thứ nhất thường hay gặp ở Việt Nam (90%), còn loại thứ hai hiếm thấy (10%).

- Ung thư biểu mô Amidan: về đại thể thường gặp là thể hỗn hợp loét thâm nhiễm, sau nữa là thể tăng sinh, loét, thâm nhiễm. Về vi thể, thường phát sinh từ biểu mô malpighi, với mức độ biệt hoá khác nhau. Trên thực tế, độ biệt hoá không phải là một đặc tính cố định của khối u, nó thay đổi tùy theo phương pháp và vị trí làm sinh thiết.
- Loại ung thư lympho biểu mô: được miêu tả như là kết quả ung thư hoá cùng một lúc các tổ chức biểu mô và lympho của amidan nghĩa là vừa có hình thái một ung thư biểu mô vừa là một sacom lympho. Loại ung thư này thường ở Amidan vòm và rất ít phát triển ở Amidan khẩu cái.
- Di căn hạch: ung thư biểu mô Amidan rất hay có di căn hạch cổ, còn với loại dạng biểu bì, thì di căn không có liên quan trực tiếp với độ biệt hoá. Ung thư lympho biểu mô cũng rất hay di căn vào hạch. Trong thực tế ta thường phát hiện một hạch di căn ở cổ, còn bệnh tích nguyên phát ở Amidan thì không biểu hiện rõ, có trường hợp sau 1 - 2 năm mới phát hiện thương tổn ở Amidan. Những năm gần đây, nhiều báo cáo của các nhà ung thư học nhận xét những hạch cổ của ung thư Amidan có một số trường hợp ở dạng kén (kystique) vì Amidan xuất phát từ túi mang thứ hai.

1.2. Dịch tễ và các yếu tố liên quan đến bệnh sinh:

- Tỷ lệ mắc bệnh: Trong phạm vi vùng đầu cổ thì ung thư Amidan đứng vào hàng thứ 7, 8. Bệnh chủ yếu của nam giới, về độ tuổi hay gặp 50-70 (viện Gustave Roussy).
- Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh: một số tác giả cho rằng rượu và thuốc lá là những yếu tố có liên quan mật thiết như phần lớn ung thư của đường ăn và đường thở. Cũng cần nói đến các yếu tố kích thích mạn tính khác như khói, bụi... đối với niêm mạc. Nhiều tác giả còn cho rằng những người bị ung thư biểu mô vùng họng miệng thường là những người có tiền sử hút thuốc uống rượu nhiều, còn đối với loại sacom thì các yếu tố này không có liên quan gì.

2. Ung thư biểu mô Amidan.

2.1. Lâm sàng.

2.1.1. Triệu chứng cơ năng: ở giai đoạn bắt đầu các triệu chứng rất kín đáo và trong thực tế người bệnh rất hiếm đến khám ở giai đoạn này. Giai đoạn này tiến triển rất lặng lẽ và kéo dài khá

lâu đối với một số trường hợp. Triệu chứng bắt đầu thường là nuốt khó hoặc cảm giác vướng ở một bên họng như có dị vật nhất là lúc nuốt nước bọt, đặc điểm là cảm giác này thường cố định ở một vị trí và một bên họng, sau đó vài tuần hoặc một vài tháng thì nuốt khó lúc ăn và dần dần nuốt đau, đặc biệt là đau nhói lên tai. Một số bệnh nhân khi khạc có đờm lẫn ít máu.

Ngoài ra có một số người bệnh khi đến khám thì như một viêm họng bán cấp hoặc như một viêm tấy Amidan và qua đợt dùng kháng sinh thì hiện tượng viêm giảm nhẹ, một số người bệnh khi đến khám chỉ vì nổi hạch cổ hoặc đôi khi do ngẫu nhiên khám sức khoẻ định kỳ mà phát hiện sờ thấy hạch.

2.1.2. Khám lâm sàng.

Giai đoạn đầu: Cần gây tê niêm mạc họng để thuận lợi cho việc khám, phát hiện thương tổn, thường có thể thấy được một vết loét bé hay lớn mang tính chất của một loét ung thư, loét sùi thường là nông, bờ hơi cứng, chạm vào dễ chảy máu. Ta cần xác định vị trí của thương tổn. Nếu thương tổn ở các đuôi hoặc mặt sau trụ trước thì dùng gương soi gián tiếp. Ngoài ra chúng ta phải sờ Amidan để đánh giá độ thâm nhiễm vào chiều sâu hoặc lan ra vùng lân cận. Trường hợp thương tổn ở vùng rãnh Amidan lưỡi, ngoài soi khám ra cũng cần sờ vào vùng đáy lưỡi.

Giai đoạn rõ rệt: Người bệnh thường đến khám ở giai đoạn này, lúc triệu chứng lâm sàng đã khá rõ rệt: đau liên tục và nhất là lúc nuốt thì đau nhói bên tai, người bệnh không chịu đựng nên thường dùng các thuốc giảm đau. Ngoài ra giai đoạn này thường kèm theo bội nhiễm nên rất đau và thở thường có mùi thối, phát âm có giọng nói mũi kín hay ngậm một hạt gì ở miệng, khi khám cần xác định rõ thương tổn của Amidan và hạch.

Tổn thương Amidan thường đã rõ rệt, ta cần đánh giá sự lan rộng, thâm nhiễm vào tổ chức lân cận. Ung thư có nhiều hình thái khác nhau:

- **Hình thái loét:** loét có thể nông hay sâu, đáy như núi lửa, rắn, thường thâm nhiễm vào các thành hố Amidan.
- **Hình thái sùi:** tăng sinh làm cho thể tích Amidan to lên rất giống một ung thư liên kết hay sacom, hình thái này thường nhạy cảm với tia xạ.
- **Hình thái thâm nhiễm:** thể này thường lan vào phía sâu nên sờ chắc rắn.
- **Thể hỗn hợp:** loét sùi, loét thâm nhiễm. Thường do bội nhiễm nên màu sắc thương tổn u màu xám bẩn hoặc hoại tử, có trường hợp bệnh nhân bị khít hàm nên gây khó khăn cho việc khám vùng họng, Amidan.

Kiểm tra và phát hiện hạch cổ: hạch thường ở dưới góc hàm và dãy cảnh, phải khám kỹ mĩ xác định thể tích, số lượng, vị trí độ di động của hạch. Thường thương tổn ở Amidan thì bé nhưng hạch thì khá lớn, cá biệt có trường hợp thì ngược lại. Hiện nay có thể dựa vào hạch đồ (tế bào học) cũng giúp cho việc chẩn đoán, định hướng trường hợp cá biệt thì mới cần thiết làm sinh thiết hạch.

2.1.3. Các hình thái lâm sàng của ung thư biểu mô Amidan: Căn cứ vào vị trí giải phẫu của thương tổn u:

- Ung thư cực trên Amidan: điểm xuất phát thường ở hố màn hầu-khẩu cái, bắt đầu là một

nốt thâm nhiễm màu đỏ và nề vì vậy Escat đặt tên là giả gôm. Ở giai đoạn đầu chẩn đoán hơi khó, nhưng sau đó ung thư lan ra màn hầu và tổ chức lân cận.

- Ung thư cực dưới Amidan: cần dùng gương soi thanh quản kiểm tra và phải sờ vào Amidan, nó thường lan ra trụ trước và bờ của lưỡi hay gặp là thể loét, thâm nhiễm nên người bệnh rất đau.

- Ung thư ở giữa Amidan: thường hiếm gặp, chỉ chiếm 5-6%. Thực tế nó xuất phát từ đáy khe rồi lan ra phía ngoài.

Ung thư ở rãnh Amidan: tức là chỗ tiếp giáp đáy lưỡi và cực dưới Amidan, vì nó ở chỗ ngã ba nên hướng lan rộng ra nhiều phía, tiên lượng xấu (thể này chiếm khoảng 5%).

2.2. Chẩn đoán.

2.2.1. Chẩn đoán xác định.

Chủ yếu dựa vào kết quả vi thể, trong trường hợp sinh thiết gặp khó khăn do loét hoại tử chảy máu của tổ chức Amidan ta cũng có thể dựa vào kết quả của sinh thiết hạch.

Khi chẩn đoán cũng cần đánh giá độ lan rộng của khối u vì vậy ngoài khám trực tiếp ra ta cần sờ vào tổ chức Amidan và vùng lân cận cũng như việc đánh giá các hạch bị di căn.

Có thể nói có khoảng 20% người bệnh khi đến khám lần đầu chỉ vì nổi hạch cổ và khoảng 75% bệnh nhân khi đến khám do ung thư Amidan thì đã có hạch cổ sờ thấy dễ dàng.

2.2.2. Chẩn đoán phân biệt: Nói chung vì người bệnh thường đến giai đoạn muộn nên chẩn đoán không khó khăn lắm, trừ trường hợp ở giai đoạn sớm và nhất là với các thể thâm nhiễm, không loét, thường phải phân biệt với các bệnh sau đây:

- Với một khối u loét thâm nhiễm: tuy nhiên ít gặp nhưng cần tránh nhầm lẫn với một thể lao loét sùi nhưng thương tổn lao nói chung ít khi trú u ở Amidan và ít thâm nhiễm xuống phía sâu, thường hay gặp ở bệnh nhân bị lao phổi đang tiến triển. Cần chú ý đến một giang mai (hoặc là một hạ cam Amidan thể ăn mòn hoặc một gôm loét giang mai thời kỳ 3). Chẩn đoán phân biệt ngoài kết quả vi thể cần dựa vào phản ứng huyết thanh và các xét nghiệm về lao.

- Với thương tổn loét ở Amidan: Hay gặp là viêm họng Vincent nhưng bệnh này diễn biến cấp tính và có một số đặc điểm như loét không đều, đáy loét bẩn có mủ máu hoặc lớp giả mạc bao phủ, bờ loét không rắn và thường kèm theo có hạch viêm ở cổ diễn biến nhanh, chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh vùng răng miệng tốt. Nhưng cũng cần chú ý viêm họng Vincent phát triển trên một thương tổn ung thư Amidan ở những người lớn tuổi mà Le Maitre đã đề cập đến.

- Với trường hợp một Amidan thể thâm nhiễm làm cho Amidan to ra cần chú ý phân biệt sự phát triển của bản thân tổ chức Amidan và trường hợp Amidan bị khối u vùng lân cận đẩy lùi ra như khối u bên họng, u tuyến mang tai, hạch cổ to đẩy lùi Amidan... hoặc do các u của vùng vòm, mặt sau màn hầu, ngã ba họng thanh quản...

Các u hỗn hợp và u trụ (cylindromes) của vùng màn hầu ở giai đoạn cuối có thể bị loét và lan đến Amidan, nhưng các tổ chức u này tiến triển chậm, quá trình diễn biến tương đối dài hay bị tái phát nên dễ chẩn đoán. Trong thực tế, quan trọng nhất trong chẩn đoán phân biệt là đánh giá chính xác về tổ chức học của thương tổn. Việc đánh giá vị trí nguyên phát của u là ở Amidan

hay màn hầu trong giai đoạn muộn rất khó và cũng không có ý nghĩa gì lớn đối với phác đồ điều trị. Riêng những trường hợp bắt đầu biểu hiện bằng nổi hạch cổ thì cần chẩn đoán phân biệt với các viêm hạch cổ mạn tính như: lao, ung thư máu, lympho ác tính, Hodgkin và Non Hodgkin.

2.3. Tiến triển.

Nếu không được điều trị thì người bệnh chỉ kéo dài sự sống trong vòng 12-16 tháng do khối u và hạch phát triển kèm theo bị viêm bội nhiễm gây chảy máu và suy kiệt dần.

Khối u Amidan to dần làm cho người bệnh không ăn uống được, đau đớn và khít hàm càng làm cho bệnh trầm trọng thêm.

Khối hạch to dần chèn ép các thần kinh và thâm nhiễm và các mạch máu lớn vùng cổ dẫn đến liệt thần kinh hoặc chảy máu ồ ạt.

Bội nhiễm, ăn sâu vào đường thở và di căn vào các cơ quan, tạng phủ là giai đoạn cuối cùng dẫn đến tử vong.

Vì bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn nên nếu có được điều trị thì tỉ lệ tái phát cũng khá cao, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

2.4. Điều trị: Những năm gần đây đối với ung thư Amidan khẩu cái thì điều trị chủ yếu bằng tia xạ kể cả hạch cổ, vì nói chung loại ung thư này đều nhạy cảm với tia xạ. Phẫu thuật chỉ để giải quyết những trường hợp đã tia rồi nhưng u Amidan hoặc hạch còn sót lại. Ngoài ra, những trường hợp bị nghi ngờ ung thư Amidan nhưng đã sinh thiết nhiều lần vẫn âm tính thì phẫu thuật nhằm hai mục đích: cắt rộng tổ chức Amidan và gửi toàn bộ bệnh phẩm làm sinh thiết để tìm tổ chức ung thư.

2.4.1. Phương pháp điều trị tia xạ với khối u Amidan: Thường dùng tia qua da (transcutane).

Tùy theo các nguồn năng lượng khác nhau (coban xa telecobalt), betatron (gia tốc thẳng accélérateur lineaire) và mục đích của việc điều trị, thường tia vào khối u nguyên phát và cả vùng hạch cổ

Liều lượng tia: Đối với khối u thường tia từ 10Gy-12Gy/1 tuần (trung bình mỗi ngày 2 Gy). Tổng liều khoảng 70-75Gy trong 7-8 tuần đối với u Amidan và hạch. Khi lượng tia đã đạt 45Gy thì thu hẹp diện tích tia trường ở phía sau để tránh và bảo quản đoạn tuỷ sống ở đó không vượt quá 45Gy trong 4 tuần rưỡi. Đối với hạch cổ dưới thì tia dự phòng khoảng 45 Gy trong 4 tuần rưỡi.

Phương pháp cấy kim phóng xạ: Có thể áp dụng đối với các u còn bé hoặc u còn sót lại sau tia. Có thể dùng kim Radium hoặc Iridium 192, loại này có ưu điểm là mềm mại, liều lượng tính chính xác được sau khi kiểm tra, lượng tia thường dùng 70-80 Gy trong 7- 8 ngày. Có thể cùng kết hợp với tia Co qua da và có thể dùng một lượng tia cao ở vùng amidan 80-90Gy.

2.4.2. Phương pháp phẫu thuật: Hiện nay nhiều tác giả chủ trương chỉ định phẫu thuật trong trường hợp u còn sót lại sau tia hoặc tái phát sau tia mà không còn khả năng tia nữa. Có nhiều phương pháp phẫu thuật bằng cách qua đường miệng tự nhiên hoặc đi đường ngoài qua xương hàm. Khác với phẫu thuật cắt Amidan thông thường và vùng bóc tách để chạm đến tổ chức ung thư, do đó phải cắt rộng còn gọi là cắt Amidan ngoài vỏ bao (extra-capsulaire). Di chứng phẫu thuật ít và tỉ lệ tử vong sau mổ cũng ít gặp.

2.4.3. Điều trị bằng hoá chất: Những năm gần đây một số tác giả đã tiến hành điều trị bằng hoá chất có kết hợp với tia phóng xạ hoặc phẫu thuật. Có nhiều ý kiến khác nhau về phương pháp phối hợp và các hoá chất, ở Việt Nam vấn đề này chưa được sử dụng nên khó có kết luận và đánh giá. Các loại hoá chất thường dùng là Bleomycine, Methotrexate, 5FU... có thể dùng trước, sau tia và xen kẽ là tùy chỉ định của thầy thuốc trên bệnh nhân cụ thể.

2.4.4. Điều trị đối với hạch cổ di căn:

- Chủ yếu là tia qua da đồng thời với u Amidan, còn cấy kim Ir192 chỉ dùng đối với hạch tái phát sau tia. Điều trị bằng phẫu thuật trong trường hợp khối hạch còn bé, di động và thông tiến hành là nạo vét hạch cổ toàn bộ bao gồm cắt bỏ các nhóm hạch dưới cằm hàm, tĩnh mạch cảnh trong, các dây hạch máng cảnh, dây cột sống và cổ ngang. Nếu hạch cổ cả 2 bên thì tiến hành 2 thì cách nhau 15-20 ngày nhưng một bên phải giữ lại tĩnh mạch cảnh trong.
- Nạo vét hạch cổ có thể tiến hành trong 2 điều kiện khác nhau, hoặc trên một bệnh nhân đã có hạch sờ được (thì cần thiết phải nạo vét) hoặc trên một bệnh nhân chưa sờ thấy hạch (thì nạo vét theo nguyên tắc). Trong trường hợp này ta thường nạo vét hạch bảo tồn tức là cắt bỏ hạch và tổ chức liên kết vùng cổ nhưng giữ lại cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong và dây thần kinh cột sống (spinat). Còn cắt bỏ hạch đơn thuần chỉ tiến hành trong một số trường hợp hạch còn sót lại hoặc hạch tái phát sau tia phóng xạ.

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị chủ yếu:

- Phẫu thuật đơn thuần: trước đây cho rằng kết quả điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần rất xấu, nhưng gần đây nhờ có nhiều cải tiến và tiến bộ nên đã mang lại nhiều kết quả đáng khích lệ. Do cách chọn bệnh nhân khác nhau nên khó đánh giá và so sánh 1 cách chính xác được giữa tia xạ và phẫu thuật đơn thuần (theo báo cáo của viện ung thư Gustave - Roussy, Pháp thì tỉ lệ sống trên sau 5 năm xấp xỉ bằng nhau 19-20%).
- Tia xạ đơn thuần: được nhiều tác giả đề cập đến và nhận xét rằng sử dụng tia Co đã mang lại kết quả khả quan, nhất là đối với u còn bé chưa có hạch cổ hoặc hạch bé còn di động. Theo Ennuyer và Bataini (Pháp) thì sống trên 5 năm đạt 44% đối với T1,T2-No,N1 và 9% đối với T3,N3.
- Phối hợp tia xạ và phẫu thuật: hiện nay tuy có một số phương pháp phối hợp khác nhau: Theo Pletcher và Ballantyne ở Bệnh viện Andreson (Houston) đối với T1,T2 thì dùng tia Co đơn thuần kể cả T3,T4 nếu là thể sùi và nhạy cảm với tia. Bệnh nhân phải được theo dõi kĩ sau khi đã tia được 50Gy, nếu là những thương tổn thâm nhiễm hoặc còn lại tổ chức u thì sau 6 tuần phải cắt bỏ cả khối (monobloc), nếu còn hạch sót lại sau khi đã tia thì phải nạo vét hạch sau 6 tuần. Kết quả sống thêm sau 5 năm là 36%. Ở viện Gustave- Roussy (Pháp), với T1,T2,T3 thì tiến hành 2 hoặc 3 thì tùy theo có hạch sờ được hay không.

3. Sacoma Amidan: Phần lớn hay gặp là các loại u lympho ác tính Non Hodgkin trong phạm vi vùng waldayer. Theo một số thống kê, tỉ lệ u lympho ác tính Non Hodgkin của amidan hầu hết thường chiếm toàn bộ vòng Waldayer là 59% (theo Ennuyer1970), 58% (Alselem), 53% (Wang 1969), 40% (Banfi.1970), 30% viện Gustave-Roussy.1970), đứng vào hàng thứ hai sau

Hematosarcome ở hốc mũi và các xoang mặt.

3.1. Triệu chứng ban đầu: Nuốt khó đầu tiên là triệu chứng hay gặp (2/3 số trường hợp), rất ít khi đau, nếu u to quá thì nói giọng mũi, rất ít khi có triệu chứng khít hàm, ở 1/3 trường hợp thì có dấu hiệu báo động là nổi hạch cổ, vì vậy trước một hạch thể lympho thì phải kiểm tra kỹ vòng Waldayer, đặc biệt là chú ý đến amidan khẩu cái.

5.2. Khám lâm sàng: U amidan biểu hiện như một amidan thể phì đại, đẩy các trụ vào trong, niêm mạc amidan màu đỏ đôi khi hơi sẫm màu, không rắn và không thâm nhiễm, đôi lúc ở bề mặt amidan có một lớp như giả mạc hoặc hoại tử loét, thoạt nhìn ta có thể thấy rõ nhưng có một số trường hợp thì kín đáo hơn như một u nhỏ ở cực trên amidan, hoặc amidan hơi to, hơi đỏ nhưng mật độ bình thường, hoặc ở dưới niêm mạc thì rải rác có một hạt nhỏ (micronodulaire). Nếu ở giai đoạn muộn thì các trụ, màn hầu, đôi khi đáy lưỡi và hạ họng đều bị lan rộng do khối u quá to gây khó thở. Ở giai đoạn này thường đã có hạch cổ chiếm 3/4, một số trường hợp (Ennuyer 78%, Terz Farr 65%) một số trường hợp thì đã có hạch cổ cả hai bên. Hay gặp là nhóm hạch dưới góc hàm, thể tích lớn bé rất khác nhau, mật độ thường chắc hoặc căng phồng, có khi là một khối gồm nhiều hạch.

Trước một bệnh nhân nghi ngờ là bị sarcoma amidan thì phải làm sinh thiết amidan làm hạch đồ (tế bào học) và phải khám toàn thân nhất là các vùng bạch mạch, làm huyết đồ, tuỷ đồ, tốc độ lắng máu, chụp phổi, dạ dày...

5.3. Chẩn đoán phân biệt: Phân biệt giữa một ung thư biểu mô với một sarcoma amidan thường không khó khăn lắm, chủ yếu dựa vào kết quả sinh thiết nhưng cũng cần tránh nhầm lẫn sau đây, đừng nên cho rằng đó là một amidan phì đại thông thường rồi không theo dõi, làm sinh thiết, hoặc là một áp xe amidan rồi rạch dẫn lưu, cho kháng sinh mà không kiểm tra theo dõi, hoặc trước một đám hạch cổ chắc và không sưng đỏ thì kết luận vội vàng là hạch lao mà không kiểm tra amidan. Điều trị thử bằng tia xạ để xem độ nhạy cảm trước khi làm sinh thiết đó cũng là một sai lầm vì sinh thiết làm sau tia thường là âm tính, không kết luận được gì.

5.4. Điều trị: Chủ yếu tia xạ qua da vì loại u này rất nhạy cảm với tia. Gần đây nhiều nước đã phối hợp điều trị hoá chất trước hoặc sau tia cũng mang lại kết quả tốt nhất là đối với loại lympho ác tính độ ác tính cao.

- Điều trị bằng tia xạ: Nếu có hạch cổ sờ thấy hoặc kể cả chưa sờ thấy hạch đều phải tia toàn bộ vùng Waldayer và toàn bộ vùng hạch cổ hai bên kể cả dãy hạch cổ thượng đòn.

- Điều trị bằng hoá chất: Các hoá chất thường dùng phối hợp là: prednisolon 40mg/ngày/4tuần. Vincristine (oncovin) tiêm tĩnh mạch 1.5mg/m²/tuần.

Cyclophosphamide (Endoxan) tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 400mg/m²/ngày x 4 ngày cho 3 đợt tiếp nhau, mỗi đợt cách nhau 15 ngày.

Cách phối hợp sau đây:

Điều trị tấn công (theo Gustave-Roussy)

Prednisolon+Vincristine

Vincristine (2ngày)+Cyclophosphamide (4ngày)

V.M 26 +Cyclophosphamide (như trên)

Điều trị củng cố: chủ yếu dùng Cyclophosphamide ($600\text{mg}/\text{m}^2/1$ lần cho 15 ngày), với loại u lympho ác tính độ ác tính cao thường hay dùng:

Vincristine tiêm tĩnh mạch $1,5\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$ trong 4 tuần

Vincarbazine (Velbe) tĩnh mạch $6\text{mg}/\text{m}^2/\text{tuần}$

Procarbazine(Natulan)uống $150\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$ trong 20 ngày.

V.M 26 và VP16

Chỉ định điều trị: Nếu thể khu trú thì điều trị đơn thuần, liều lượng phải đầy đủ mặc giàu khối u bé đi rất nhanh. Tuỳ kết quả sinh thiết u thuộc loại lympho ác tính 40-60Gy hoặc ở hạch và hạch cổ 2 bên độ ác tính thấp, trung bình hay cao mà dùng liều 50-60Gy. Nếu hạch to quá hoặc còn sót lại sau khi tia thì phải tia thêm 10Gy trong một tia trường có giới hạn. Trường hợp đã có di căn vùng hạch ở xa (vùng bụng, khung chậu) thì trước hết điều trị bằng hoá chất (tấn công) sau đó tia phóng xạ (tia vùng cổ trước sau có tia vùng dưới cơ hoành) sau cùng là điều trị hoá chất với liều lượng điều trị củng cố. Nếu ở giai đoạn muộn (các tạng đã bị di căn M1) thì chủ yếu điều trị triệu chứng bằng hoá chất.

- Kết quả điều trị: Theo thống kê của một số tác giả nước ngoài thì sống thêm quá 5 năm có thể đạt từ 30-40% (Ennuyer 35%, El.saleem 40%, Terz và Farr 35%) nhưng nếu thương tổn còn khu trú tại chỗ thì kết quả đạt cao hơn 51% (Ennuyer), 79%(Wang). Nếu thương tổn lan ra vùng lân cận thì kết quả bị hạn chế dần 48% (Wang), 32% (Ennuyer). Ở trường hợp lan rộng thì không có trường hợp nào sống thêm quá 5 năm.

- Tiến triển bệnh sau khi điều trị: Có thể tái phát u hoặc hạch cổ, thường gặp ở năm đầu (1/3 số trường hợp theo Terz và Ferr) thì có thể dùng tia xạ hoặc phẫu thuật lấy hạch. Có thể xuất hiện một sacom ở xa vùng cổ mặt ở thường hay gặp trong 6 tháng đầu (ViệnGustave-Roussy 55%) như dạ dày, xương... trường hợp này tiên lượng xấu và 75% tử vong do nguyên nhân này.

68. POLYP MŨI

Khó thở, chảy nước mũi liên tục, thay đổi về khứu giác. Có thể đó là triệu chứng của viêm mũi dị ứng hoặc viêm xoang mãn. Nhưng trong một số trường hợp, các triệu chứng và dấu hiệu đó có thể do polyp mũi

A- TỔNG QUAN

Khó thở, chảy nước mũi liên tục, thay đổi về khứu giác. Có thể đó là triệu chứng của viêm mũi dị ứng hoặc viêm xoang mãn. Nhưng trong một số trường hợp, các triệu chứng và dấu hiệu đó có

thể do polyp mũi, những chồi mô mềm, lành tính phát triển từ niêm mạc lót của mũi và các xoang.

Polyp mũi nhỏ ít gây triệu chứng, nhưng polyp lớn sẽ làm khó thở và giảm khứu giác. Chúng còn gây nhức đầu âm ỉ và ngáy. Một số trường hợp hiếm gặp, polyp quá lớn có thể thay đổi hình dạng khuôn mặt.

Polyp mũi là hậu quả của viêm mãn tính niêm mạc mũi và các xoang, nhưng nguyên nhân khởi phát cho tình trạng viêm hiện còn chưa hoàn toàn được biết rõ. Polyp mũi có thể xảy đến với mọi người, nhưng thường gặp nhiều ở người trên 40 và ở trẻ em bị các chứng như hen phế quản, viêm xoang mãn, bệnh sổ mũi mùa và xơ nang phổi (cystic fibrosis).

Thuốc men là biện pháp điều trị thường dùng nhất cho các polyp nhỏ. Đối với các polyp lớn, cần phẫu thuật cắt bỏ, tuy nhiên polyp mũi thường hay tái phát.

B- TRIỆU CHỨNG VÀ DẤU HIỆU

Có thể có một hoặc nhiều polyp, từng chùm như chùm nho. Polyp thường mềm và có ánh ngọc trai, đặc như thạch. Polyp nhỏ thường không gây ra vấn đề gì nghiêm trọng, nhưng nếu lớn chúng sẽ làm tắc và gây khó thở đường mũi. Điều này sẽ dẫn đến thở bằng đường miệng, đặc biệt là ở trẻ em.

Các triệu chứng và dấu hiệu khác của polyp mũi bao gồm:

Sổ mũi thường xuyên

Nghẹt mũi thường xuyên

Viêm đa xoang mãn

Giảm hoặc mất khứu giác

Nhức đầu âm ỉ

Ngáy nhiều, ngáy to

C- NGUYÊN NHÂN

Ngoài dáng vẻ bên ngoài rất quan trọng trong việc tạo dáng cho khuôn mặt, mũi còn có tác dụng lọc, sưởi ấm và làm ẩm không khí hít vào khi thở, và truyền các tín hiệu về mùi đến não.

Thành phần chủ yếu của mũi là xương, sụn và niêm mạc. Mũi chia làm 2 ngăn, mỗi ngăn chứa 3 đến 4 tầng xương (xương cuộn mũi) cuộn từ phần ngoài của mũi về phía vách ngăn. Vách ngăn hình thành từ xương mỏng và sụn chia đôi hốc mũi. Các xương cuộn mũi và vách ngăn được

bao bọc bởi một lớp niêm mạc dày. Bộ phận này đóng vai trò một lưới lọc vi khuẩn và các chất bụi bẩn, sau đó được quét ra khỏi mũi bằng những nhung mao nhỏ.

Khi không khí hít vào lạnh và khô, niêm mạc rất nhạy cảm bao bọc các xương cuộn mũi phồng lên, làm hẹp đường vào mũi, làm chậm luồng không khí khiến nó trở nên ấm và ẩm hơn trước khi tới phổi.

Mũi còn chứa các dây thần kinh khứu giác có nhiệm vụ đón nhận các mùi hương và chuyển thông tin về não để xác định và phân biệt mùi. Ngoài ra, khi thiếu các dây thần kinh khứu giác cũng khó có thể nhận biết được vị của thức ăn vì vị giác lệ thuộc phần lớn vào khứu giác.

Polyp mũi hình thành ra sao?

Polyp mũi hình thành từ lớp niêm mạc của mũi hoặc của các xoang — là 4 khoang trống trên và sau mũi. Nhưng polyp mũi không phải là một bệnh. Đúng hơn, nó là hậu quả của phản ứng viêm tiếp diễn do nhiễm vi trùng hoặc virus, do dị ứng hoặc do phản ứng miễn dịch của cơ thể chống lại các vi nấm. Viêm mãn tính khiến các mạch máu ở niêm mạc mũi xoang tăng tính thấm tạo điều kiện cho nước tích tụ trong các tế bào. Theo thời gian, trọng lực sẽ kéo các mô ứ nước này xuống dưới, hình thành các polyp.

D- CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Có một nhân tố gây viêm mũi hoặc viêm xoang mãn chính là nguy cơ lớn nhất gây polyp mũi. Trẻ em bị xơ nang phổi và bệnh nhân viêm xoang dị ứng do vi nấm (một tình trạng dị ứng nặng với nấm trong môi trường) rất dễ bị polyp mũi. Polyp mũi cũng xảy ra ở người bị hội chứng Churg-Strauss, một bệnh hiếm gặp biểu hiện bằng tình trạng viêm mạch máu (vasculitis). Bệnh nhân hen suyễn, sổ mũi mùa, viêm xoang mãn cũng rất dễ bị polyp.

Các yếu tố nguy cơ khác gây polyp mũi bao gồm:

Nhạy cảm với aspirin hoặc NSAID. Nếu nhạy cảm với aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), sẽ dễ bị polyp mũi hơn. Khi bị polyp mũi và hen phế quản kết hợp, cần tránh aspirin vì có thể gây khó thở đột ngột và nghiêm trọng. Nên tránh những biệt dược trong thành phần có chứa aspirin.

Tuổi tác. Đa polyp mũi có khuynh hướng gặp thường hơn ở người trên 40 tuổi.

E- KHI NÀO CẦN ĐI KHÁM BỆNH

Nghẹt mũi, chảy mũi nước, và giảm khứu giác là các triệu chứng chính của polyp mũi. Nhưng đó cũng là các triệu chứng của nhiều tình trạng khác, như cảm cúm chẳng hạn. Tuy nhiên các triệu chứng của cảm cúm thường sẽ hết đi sau một tuần trong khi các triệu chứng của polyp không giảm đi. Cần thiết đi khám bệnh khi khó thở và sổ mũi kéo dài.

F- TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN

Để chẩn đoán polyp mũi, phải hỏi kỹ bệnh sử và khám mũi. Đôi khi cần làm CT scan để xác định kích thước và vị trí chính xác của polyp mũi, đồng thời phát hiện thêm polyp trong các xoang, nếu có.

Xét nghiệm khác: Ở trẻ có đa polyp mũi, cần xét nghiệm thêm về bệnh xơ nang phổi, một tình trạng di truyền ảnh hưởng đến các tuyến sản xuất ra niêm dịch, nước mắt, mồ hôi, nước bọt và các dịch tiêu hoá. Xét nghiệm chẩn đoán xơ nang phổi tiêu chuẩn là xét nghiệm về mồ hôi, có tính cách không xâm lấn. Xét nghiệm này đo lượng calci và chlor trong mồ hôi của trẻ.

Trẻ em có cả polyp mũi lẫn sổ mũi mùa nên được thử test dị ứng da, vì có thể cung cấp thêm những thông tin quan trọng về những chất gây phản ứng dị ứng (dị ứng nguyên). Các test dị ứng da thường không gây bất tiện gì cho trẻ và thời gian thực hiện không quá 30 phút.

G- BIẾN CHỨNG

Polyp mũi nhỏ và đơn độc ít khi gây biến chứng, nhưng một polyp lớn và nhiều polyp nhỏ hơn (bệnh đa polyp=polyposis) có thể gây những biến chứng sau:

Viêm xoang cấp hoặc mãn tính.

Khó thở tắc nghẽn lúc ngủ — một tình trạng nguy hiểm trong đó bệnh nhân sẽ ngưng thở và thở lại nhiều lần trong khi ngủ (sleep apnea).

Biến đổi cấu trúc của mặt gây song thị (nhìn đôi) hoặc 2 mắt xa nhau bất thường. Biến chứng này hiếm gặp và thường xảy ra nhất ở những bệnh nhân xơ nang phổi.

H- ĐIỀU TRỊ

1- Thuốc Men (chỉ có tính cách tham khảo, việc sử dụng phải có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng)

Nếu có một hoặc nhiều polyp mũi nhỏ, có thể dùng thuốc xịt mũi chứa corticosteroid như fluticasone (Flonase), triamcinolone (Nasacort), budesonide (Rhinocort), flunisolide (Nasarel) hoặc mometasone (Nasonex). Các thuốc này giảm phản ứng viêm, tăng luồng không khí qua mũi và có thể làm teo nhỏ bớt polyp.

Tác dụng phụ của thuốc xịt mũi chứa steroid ít hơn nhiều so với thuốc uống, nhưng có thể bao gồm: chảy máu mũi, nhức đầu hoặc viêm họng.

Các thuốc khác dùng điều trị polyp mũi bao gồm:

Corticosteroids uống. Đôi khi cần dùng đến corticosteroid uống, đơn độc hoặc kết hợp với thuốc xịt mũi. Do steroid uống có thể gây những tác dụng phụ nghiêm trọng, thường chỉ nên dùng ngắn hạn— thường không lâu hơn vài tuần.

Các thuốc chống dị ứng và nhiễm trùng. Ngoài việc điều trị polyp, cần phải kiểm soát thêm tình trạng dị ứng và nhiễm trùng. Dùng thuốc kháng histamine, để kháng lại tình trạng dị ứng do cơ thể tiếp xúc với dị ứng nguyên. Các thuốc kháng histamine làm bớt nghẹt mũi, dù không loại trừ được polyp. Ngoài ra, cần dùng thêm kháng sinh đối với những trường hợp nhiễm trùng cấp ở xoang.

Thuốc kháng nấm. Các nhà nghiên cứu đã phát hiện rằng một số trường hợp viêm xoang mãn có thể là hậu quả của phản ứng miễn dịch bất thường của cơ thể đối với vi nấm ở môi trường xung quanh. Vì lý do đó, thuốc kháng nấm là cần thiết dù vẫn phải cùng lúc thực hiện phẫu thuật cắt bỏ những mảnh vi nấm.

2- Phẫu Thuật

Có thể cần phải phẫu thuật để điều trị polyp mũi. Khi thuốc men không hiệu quả, bác sĩ nên khuyên bệnh nhân cắt polyp. Đối với bệnh nhân xơ nang phổi có polyp mũi đề kháng với corticoides, đây chính là lựa chọn duy nhất. Cách phẫu thuật tùy thuộc vào số lượng và vị trí của polyp. Các lựa chọn cho phẫu thuật cắt polyp bao gồm:

Cắt Polyp. Polyp nhỏ và đơn độc được cắt bỏ dễ dàng bằng cách dùng một dụng cụ cơ học nhỏ để hút hoặc một máy vi cắt lọc (microdebrider). Thủ thuật này có tên gọi là cắt polyp mũi, thực hiện trên cơ sở ngoại trú. Sau khi cắt polyp, phải điều trị tình trạng viêm, thường sử dụng thuốc xịt mũi có chứa corticosteroid và đôi khi cần dùng đến thuốc kháng sinh và thuốc corticosteroid đường uống. Polyp mũi, ngay cả khi được điều trị triệt để vẫn thường tái phát, đòi hỏi phải phẫu thuật lại.

Phẫu thuật Nội Soi Xoang (Endoscopic sinus surgery). Đây là một phẫu thuật rộng hơn, không những cắt polyp mà còn mở cả phần xoang nơi polyp thường hình thành. Nếu xoang nghẹt và viêm, cần mở rộng thêm hốc xoang (sinus cavity). Trong cả hai trường hợp, bác sĩ dùng một ống cứng, mỏng có gắn camera gọi là ống nội soi. Do phẫu thuật nội soi chỉ rạch những đường rất nhỏ nên vết mổ sẽ lành nhanh và ít đau đớn khó chịu hơn các kiểu phẫu thuật khác. Tuy vậy, việc phục hồi hoàn toàn cũng cần đến vài tuần và polyp cũng thường tái phát.

I- ĐỀ PHÒNG

- Trong nhiều trường hợp, polyp mũi không thể đề phòng được. Nhưng khi có hen suyễn, sổ mũi mùa hoặc viêm xoang mãn, việc xử lý các triệu chứng có thể giúp bớt sung huyết mũi hoặc khó thở. Cần uống thuốc đều đặn, tránh tiếp xúc với dị ứng nguyên và các chất gây ô nhiễm.

- Súc rửa xoang bằng nước muối giúp giảm bớt sung huyết mũi ở những trường hợp nhẹ. Nên dùng nước muối không pha chất bảo quản benzalkonium, vì có thể gây kích ứng niêm mạc mũi.

- Có thể tự pha dung dịch muối để dùng: 1/4 muỗng cà phê muối ăn pha với 240ml nước ấm để súc rửa mũi. Dùng bơm tiêm hoặc chai nhựa để chứa dung dịch rồi bơm vào mũi. Dung dịch đã pha không dùng quá 24 giờ.

69. UNG THƯ THANH QUẢN

1. Đại cương:

- Ung thư thanh quản là loại ung thư hay gặp ở Việt Nam, nếu trong phạm vi vùng Tai Mũi Họng thì ung thư thanh quản đứng vào hàng thứ 4 sau ung thư vòm, ung thư mũi xoang và ung thư hạ họng.
- Căn cứ thống kê của nhiều nước trên thế giới thì ung thư thanh quản chiếm khoảng 2% tổng số các loại ung thư thường gặp.
- Nói đến ung thư thanh quản là chỉ khối u nằm trong lòng thanh quản bao gồm mặt dưới thanh nhiệt, bằng thanh thất, thanh thất Morgagni, dây thanh và hạ thanh môn, còn các khối u khác vượt ngoài phạm vi các vị trí trên thuộc loại ung thư hạ họng.
- Tuyệt đại đa số ung thư thanh quản là ung thư biểu mô, còn ung thư liên kết (sacôm) rất hiếm gặp chỉ chiếm khoảng 0,5% (Leroux Robert và Petit), vì vậy nội dung phần này chủ yếu đề cập đến ung thư biểu mô thanh quản.

2. Những yếu tố liên quan đến bệnh sinh: Cho đến nay vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân chính gây bệnh, nhưng người ta đề cập tới các yếu tố có liên quan tới bệnh sinh:

- Thuốc lá: Nhiều người cho đó là một yếu tố quan trọng góp phần phát sinh ung thư thanh quản cũng như ung thư phổi.
- Các yếu tố kích thích: của vi khí hậu, ảnh hưởng của nghề nghiệp (phải tiếp xúc với các chất khí, bụi bẩn, hoá chất...) hoặc viêm thanh quản mạn tính (tiền đề của một ung thư hoá).
- Về giới tính: Chủ yếu hay gặp ở nam giới, chiếm trên 90%, nhiều tác giả cho rằng phụ nữ ít bị bệnh này là do ít tiếp xúc với các yếu tố có liên quan đến gây bệnh so với nam giới.
- Về tuổi: Hay gặp ở độ tuổi từ: 50-70 (72%), từ 40-50 tuổi ít hơn (12%). Riêng với phụ nữ nếu bị bệnh này thì ở độ tuổi sớm hơn.
- Với các thể viêm thanh quản mạn tính như tăng sản (hyperplasie) tăng sừng hoá, bạch sản là thể dễ bị ung thư hoá, vì vậy các thể này còn được gọi là trạng thái tiền ung thư.
- Các u lành tính của thanh quản cũng dễ ung thư hoá nhất là loại u nhú thanh quản ở người lớn chiếm một tỉ lệ khá cao.

3. Giải phẫu bệnh lý:

3.1. Đại thể: Thường hay gặp 3 hình thái sau:

- Hình thái tăng sinh: Bề ngoài giống như u nhú, một số trường hợp giống như một polip có cuống.
- Hình thái thâm nhiễm xuống phía sâu: Bề ngoài niêm mạc có vẻ nguyên vẹn, đôi khi có hình như nấm vú, niêm mạc vùng này bị đẩy phồng lên và di động bị hạn chế.
- Hình thái loét thường bờ không đều, chạm vào dễ chảy máu. Nhưng hay gặp là thể hỗn hợp vừa tăng sinh vừa loét, hay vừa loét vừa thâm nhiễm.

3.2. Ví thể:

- Phần lớn ung thư thanh quản thuộc loại ung thư biểu mô lát, gai có cầu sừng chiếm 93% hoặc á sừng, sau đó là loại biểu mô tế bào đáy, loại trung gian và biểu mô tuyến.
- Loại u biệt hoá thì hiếm gặp ở ung thư thanh quản. Về lâm sàng, loại này tiến triển nhanh nhưng lại nhạy cảm với tia phóng xạ.

4. Lâm sàng:

4.1. Vị trí và độ lan rộng của khối u.

Ung thư thượng thanh môn (tăng trên) hay tiền đình thanh quản.

- Thường phát sinh cùng một lúc ở cả băng thanh thất và mặt dưới của thanh thiệt. Nó sẽ lan nhanh ra phía đối diện, nếp phễu thanh thiệt và vùng sụn phễu bên bệnh thường to phồng lên do bị u thâm nhiễm hoặc do phù nề. Ở giai đoạn đầu, đáy băng thanh thất và dây thanh còn bình thường. Mắt thường rất khó đánh giá chính xác độ thâm nhiễm vào phía sâu, vì vậy cần phải chụp cắt lớp thông thường hoặc tốt nhất là chụp C.T.Scan thì mới đánh giá được hố trước thanh thiệt.
- Ung thư xuất phát từ thanh thất Morgagni thường là thể tăng sinh hay loét và thường bắt đầu từ phía đáy thanh thất hay thanh thiệt, nhưng nhìn chung thể loét lan rất nhanh vào các vùng lân cận, xuống dưới dây thanh và hạ thanh môn, lên trên băng thanh thất, ra ngoài sụn giáp có khi cả sụn phễu.

Ung thư thanh môn (dây thanh) là loại hay gặp nhất và thường thương tổn u còn giới hạn ở mặt trên hay bờ tự do dây thanh nếu ta phát hiện sớm.

- Thường gặp thể tăng sinh, hiếm gặp thể thâm nhiễm hoặc loét.
- Do triệu chứng khó phát âm xuất hiện sớm nên bệnh nhân thường đến khám sớm hơn các loại ung thư khác. Ung thư dây thanh tiến triển tương đối chậm, thường sau nhiều tháng, có khi một năm, bởi vì mô liên kết dưới niêm mạc của dây thanh thường dày đặc và màng lưới bạch mạch thì rất thưa thớt. Mô u lan dần dần từ mặt trên của niêm mạc xuống lớp sâu và sau đó mới bắt đầu phát triển nhanh xuống vùng hạ thanh môn và lên băng thanh thất.
- Ung thư biểu mô của dây thanh thường khu trú ở một bên khá lâu rồi mới lan sang phía dây thanh đối diện.

Ung thư hạ thanh môn: Ít gặp hơn so với hai loại trên nhưng khám, phát hiện cũng khó khăn hơn. Muốn xác định, phải soi thanh quản trực tiếp và chụp cắt lớp.

- Loại này thường gặp là thể thâm nhiễm và thường ở phía dưới dây thanh, vì vậy được cánh sụn giáp làm vật chắn, nên u khó lan ra ngoài. U thường bắt đầu từ mặt dưới dây thanh và

lan rộng xuống phía dưới niêm mạc, thâm nhiễm vào phía sâu, nhưng bờ tự do của dây thanh vẫn bình thường, vì vậy nếu sinh thiết soi qua gián tiếp, ít khi lấy được chính xác thương tổn u mà phải soi thanh quản trực tiếp, thậm chí có khi phải mở sụn giáp (thyrotomie).

- Ung thư thường phát triển nhanh sang phía đối diện vượt qua mép trước thanh quản, sau đó lan xuống dưới sụn nhẫn. Có trường hợp u lan xuyên qua màng giáp nhẫn hoặc thâm nhiễm ra phía mặt sụn nhẫn. Thường gặp là u lan lên trên và ra sau khớp nhẫn phễu làm cho dây thanh bị cố định

4.2. Các triệu chứng lâm sàng của ung thư thanh quản: Tùy theo vị trí của ung thư khác nhau mà các triệu chứng lâm sàng cũng khác nhau, kể cả thời gian xuất hiện.

4.2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Khàn tiếng ngày càng tăng và dẫn đến phát âm khó khăn, khàn đặc, mất tiếng.
- Khó thở xuất hiện và tăng dần mặc dù triệu chứng này đã có từ lâu nhưng ở mức độ nhẹ, bệnh nhân thích ứng được, nhưng sau đó xuất hiện từng cơn khó thở, nguy kịch nhất là khi bị kích thích dẫn đến co thắt thanh quản, đôi khi kèm theo một bội nhiễm thứ phát (đợt viêm cấp do cảm cúm, phù nề do tia phóng xạ) thì khó thở nặng.
- Ho: Cũng là triệu chứng hay gặp nhưng kín đáo và mang tính chất kích thích, đôi khi có từng cơn ho kiểu co thắt.
- Đau: Chỉ xuất hiện khi khối u đã lan đến bờ trên của thanh quản, nhất là khi khối u đã bị loét. Đau thường lan lên tai và đau nhói lúc nuốt.
- Đến giai đoạn muộn thì xuất hiện nuốt khó và sặc thức ăn, xuất tiết vào đường thở thì gây nên những cơn ho sặc sụa. Ở giai đoạn này, toàn trạng cũng bị ảnh hưởng.

4.2.2. Khám lâm sàng:

- Ung thư biểu mô dây thanh ở giai đoạn đầu thì u thường khu trú ở một bên dây thanh dưới hình thái một nụ sùi nhỏ hoặc thâm nhiễm nhẹ và hay gặp ở nửa trước dây thanh hoặc mép trước. Di động của dây thanh ở giai đoạn đầu nếu là thể tăng sinh thì chưa bị ảnh hưởng nhiều, nhưng nếu là thể thâm nhiễm thì di động bị hạn chế nhẹ. Sự đánh giá độ di động của dây thanh rất có ý nghĩa trong chỉ định điều trị.
- U ở hạ thanh môn thì trước hết dây thanh di động bị hạn chế rồi lan ra quá đường giữa nên dễ nhầm với một u của thanh môn.
- U ở thượng thanh môn thì ít khi phát hiện được ở giai đoạn sớm, bằng thanh thất phù nề che lấp dây thanh cùng bên, niêm mạc dày cộm lên, chắc cứng, sau đó loét lan nhanh ra nẹp phễu thanh thiệt và xoang lê. Vì vậy u ở vùng này thường hay gặp ở giai đoạn muộn dưới hình thái thâm nhiễm hay tăng sinh, đôi khi kèm theo loét và lan vào hố trước thanh thiệt.
- Nếu ung thư thanh quản không được điều trị, thường chỉ kéo dài được một năm hoặc 18 tháng, tử vong thường do ngạt thở cấp tính, biến chứng viêm phế quản phổi, suy kiệt hay chảy máu ồ ạt.

4.3. Di căn của ung thư thanh quản:

- Hạch cổ: Tùy thuộc vào vị trí của thương tổn u, nên hạch cổ di căn cũng khác nhau vì nó

phụ thuộc vào hệ thống bạch mạch của vùng đó. Hệ thống bạch mạch này thường có 2 mạng lưới phân giới khá rõ rệt: một mạng ở thượng thanh môn, một mạng ở hạ thanh môn, 2 mạng này được phân giới hạn bởi dây thanh. Mạng lưới thượng thanh môn bao gồm bạch mạch từ tiền đình thanh quản đổ về thân bạch mạch, chui qua phần bên của màng giáp móng và tận cùng của hạch cảnh trên. Mạng lưới hạ thanh môn cũng khá phong phú tuy ít dày đặc hơn phần thượng thanh môn. Còn vùng ranh giới tức dây thanh thì hệ bạch mạch rất bé, nằm rải rác dọc theo dây thanh, sau đó nối với mạng lưới của tiền đình thanh quản hay hạ thanh môn. Vì vậy ung thư vùng thượng thanh môn thường có hạch cổ di căn sớm, còn ung thư vùng hạ thanh môn thì di căn xuất hiện muộn hơn. Các hạch vùng này thường ở sâu, nên khám phát hiện lâm sàng khó hơn.

- Di căn xa của ung thư thanh quản ít gặp hơn của ung thư hạ họng, theo nhận xét của nhiều tác giả, thường hay gặp là di căn vào phổi (4%) sau đó là cột sống, xương, gan, dạ dày, thực quản (1,2%). Cho đến nay, vẫn chưa xác định được những yếu tố gì có liên quan giữa u nguyên phát và di căn xa vào phổi, phế quản, vì vậy việc kiểm tra các thương tổn ở phổi trước khi điều trị ung thư thanh quản là hết sức cần thiết.

5. Chẩn đoán:

5.1. Chẩn đoán xác định: Ung thư thanh quản nếu được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời thì có thể khỏi được với tỉ lệ ngày càng cao. Khác với ung thư thượng thanh môn và ung thư hạ họng, do các triệu chứng ban đầu kín đáo, không rõ ràng. Nên người bệnh dễ bỏ qua, không đi khám, còn ung thư thanh môn (dây thanh) thường xuất hiện sớm, các triệu chứng khó nói, khàn tiếng, nên người bệnh tự đi khám sớm hơn.

Những trường hợp có thương tổn một bên thanh quản, thương tổn còn rất khu trú, di động của dây thanh hơi khác thường thì phải kiểm tra theo dõi, làm các xét nghiệm cần thiết để loại trừ một ung thư.

5.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm thanh quản mạn tính phì đại, với một viêm thanh quản thể dày da (pachidermic) còn khu trú, với một loét do tiếp xúc ở mỏm thanh hoặc một sa niêm mạc thanh thất.

- Trong giai đoạn đầu, về lâm sàng cần phân biệt với một lao thanh quản (thể viêm dây thanh hay thể u lao tuberculome). Thể thâm nhiễm ở mép sau rất giống một thương tổn lao, nhưng thương tổn lao rất ít xuất phát từ vị trí này.

- Với một thương tổn lupus, thường hay gặp ở bờ thanh thiệt và tiền đình thanh quản nhưng có đặc điểm là cùng tồn tại nhiều hình thái trong một thời điểm (vừa có loét, vừa có thâm nhiễm, vừa có xơ sẹo) nên chẩn đoán phân biệt không khó khăn lắm.

- Giang mai thời kỳ thứ 3, giai đoạn gồm chưa loét cũng dễ nhầm với loại ung thư thâm nhiễm ở vùng thanh thất hay băng thanh thất. Nếu ở giai đoạn đã loét thì cần phân biệt với u tiền đình thanh quản hay một ung thư hạ họng thanh quản. Bờ loét không đều loét hình núi lửa, xung quanh rần, màu đỏ như màu thịt bò, không đau lắm là đặc điểm của loét giang mai.

- Dây thanh một bên không di động cần phân biệt với một liệt hồi qui hoặc một viêm khớp

nhấn phễu.

- Với các u lành tính, cần phân biệt với một polip, một u nhú vì các u này dễ ung thư hoá, nhất là người có tuổi, nam giới. Vì vậy, ở những trường hợp nay phải khám định kỳ, theo dõi và cần thiết thì phải làm sinh thiết nhiều lần.

- Ở giai đoạn muộn, do các triệu chứng như mất tiếng, khó thở, nuốt khó, hạch cổ bị cố định... đã rõ ràng, nên chẩn đoán không gặp khó khăn lắm, nhất là khi soi thanh quản thì khối u đã khá rõ rệt, to, choán gần hết vùng thanh quản và có trường hợp đã lan ra cả mô lân cận.

6. Phân loại:

Theo phân loại của Hiệp hội quốc tế chống ung thư (UICC): căn cứ độ di động của dây thanh, sự xuất hiện hạch cổ, di căn xa để sắp xếp theo hệ thống T.N.M

T (Tumor): khối u.

- Ung thư thượng thanh môn:

T_{is}: U tiền xâm lấn.

T₁ : U khu trú ở mặt dưới thanh thiệt, hoặc một bên ở nếp phễu thanh thiệt, hoặc một bên thanh thất, hoặc một bên băng thanh thất.

T₂ : U ở thanh thiệt đã lan đến thanh thất hoặc băng thanh thất.

T₃ : U như T₂ nhưng đã lan đến dây thanh.

T₄ : U như T₃ nhưng đã lan ra xoang lê, mặt sau sụn nhĩ, rãnh lưỡi thanh thiệt và đáy lưỡi

- U ở thanh môn:

T_{is}: U tiền xâm lấn.

T₁ : U ở một bên dây thanh, dây thanh còn di động bình thường.

T₂ : U ở cả hai dây thanh, dây thanh di động bình thường hay đã cố định.

T₃ : U đã lan xuống hạ thanh môn hoặc đã lan lên thượng thanh môn.

T₄ : Như T₁. T₂. T₃. nhưng đã phá vỡ sụn giáp lan ra da, xoang lê hoặc sau sụn nhĩ.

- U ở hạ thanh môn :

T_{is}: U tiền xâm lấn.

T₁: U khu trú ở một bên hạ thanh môn.

T₂ : U đã lan ra cả hai bên của hạ thanh môn.

T₃ : U ở hạ thanh môn đã lan ra dây thanh.

T₄ : Như T₁. T₂. T₃ nhưng đã lan vào khí quản, ra da hoặc vùng sau sụn nhĩ.

N (Node): hạch cổ.

N₀ : Hạch không sờ thấy.

N₁ : Hạch một bên còn di động.

N_{1a} : Đánh giá hạch chưa có di căn.

N_{1b} : Đánh giá hạch đã có di căn.

N₂ : Hạch đối diện hoặc hạch hai bên còn di động.

N_{2a}: Đánh giá hạch chưa có di căn.

N_{2b} : Đánh giá hạch đã có di căn.

N₃ : Hạch đã cố định.

M Metastasis): di căn xa.

M₀ : Chưa có di căn xa.

M₁ : Đã có di căn xa.

7. Điều trị: Phương pháp điều trị có hiệu quả nhất là phối hợp phẫu thuật với tia xạ sau mổ. Từ trước đến nay, có 3 phương pháp chủ yếu: tia xạ đơn thuần, phẫu thuật đơn thuần và phối hợp phẫu thuật với tia xạ. Những trường hợp đến ở giai đoạn sớm, còn khu trú, chưa có hạch cổ di căn thì có thể phẫu thuật hoặc tia xạ đơn thuần.

Phương pháp phẫu thuật: về nguyên tắc có hai loại, phẫu thuật bảo tồn hay cắt một phần thanh quản, sau phẫu thuật này, người bệnh có thể phát âm thở theo đường sinh lý tự nhiên, còn phẫu thuật tiết căn hay cắt bỏ thanh quản toàn phần, sau phẫu thuật này người bệnh phải thở qua lỗ của khí quản trực tiếp khâu nối ra vùng da ở cổ và phát âm không qua đường sinh lý tự nhiên được (giọng nói thực quản, qua một thiết bị hỗ trợ phát âm hay qua một phẫu thuật để phát âm).

Tùy theo vị trí, độ lan rộng của u cũng như tình trạng hạch cổ di căn mà chọn lựa phương pháp phẫu thuật.

- Cắt bỏ một phần thanh quản.
- Phẫu thuật cắt bỏ thanh thiệt kiểu Huet.
- Cắt thanh quản ngang trên thanh môn kiểu Anlonso.
- Phẫu thuật cắt dây thanh.
- Phẫu thuật cắt thanh quản trán bên kiểu Leroux-Robert.
- Phẫu thuật cắt thanh quản trán trước.

Cắt nửa thanh quản kiểu Hautant.

- Cắt bỏ thanh quản toàn phần.

Phương pháp điều trị bằng tia xạ: Cho đến nay, việc sử dụng các nguồn tia xạ để điều trị các khối u ác tính là một trong những biện pháp quan trọng và cơ bản, nhất là các u thuộc phạm vi vùng đầu cổ. Điều trị bằng tia xạ có nhiều phương pháp khác nhau, nhưng có những biện pháp chủ yếu sau:

- Điều trị tia xạ đơn thuần.
- Điều trị tia xạ phối hợp với phẫu thuật, có thể trước hoặc sau phẫu thuật hoặc phối hợp xen kẽ, tia xạ- phẫu thuật- tia xạ (Sand-wich).

Các phương pháp điều trị ung thư thanh quản khác: Ngoài hai phương pháp cơ bản và hiệu quả nhất trong điều trị ung thư thanh quản đã nêu ở trên thì gần 10 năm lại đây, một số tác giả, chủ yếu là các nước Tây Âu, Hoa Kỳ đã phối hợp điều trị hoá chất nhưng kết quả còn đang bàn cãi.

Kết quả điều trị ung thư thanh quản ở Việt Nam: Ung thư dây thanh, nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời, có thể chữa khỏi hoàn toàn, đạt tỉ lệ 80%. Vì vậy, một số tác giả còn gọi ung thư dây thanh là loại " ung thư lành tính" nhằm mục đích nhấn mạnh kết quả điều trị mỹ mãn

của loại ung thư này. Mặt khác cũng để nhắc nhở những người thầy thuốc nói chung, nhất là thầy thuốc Tai Mũi Họng nói riêng phải có tinh thần trách nhiệm cao, khám và theo dõi tỉ mỉ những trường hợp nghi ngờ, nếu bỏ sót, để lọt lưới một ung thư thanh quản, đặc biệt ung thư dây thanh thì phải xem như một sai sót điều trị vì loại ung thư này xuất hiện triệu chứng lâm sàng khá sớm, việc khám phát hiện cũng dễ dàng, thuận lợi, không đòi hỏi nhiều các trang thiết bị kĩ thuật phức tạp, đắt tiền.

Đối với các thể ung thư thanh quản khác còn khu trú trong lòng thanh quản chưa lan ra vùng hạ họng thì kết quả điều trị ngày càng đạt tỉ lệ cao, theo nhận xét của chúng tôi (từ 1950-1980 Tỉ lệ kéo dài tuổi thọ quá 5 năm đạt trên 45%).

8. Phòng bệnh: Nhiều báo cáo ở các hội nghị quốc tế đều cho rằng hút thuốc lá là một trong các yếu tố có liên quan đến ung thư phổi cũng như ung thư thanh quản. Vì vậy cần phải tuyên truyền rộng rãi trong nhân dân và thông qua các biện pháp của nhà nước để ngăn cấm tình trạng hút, nghiện thuốc lá. Mặt khác, cần thông qua các cơ quan thông tin đại chúng để phổ biến các kiến thức cơ bản về loại ung thư này để người bệnh đến khám được càng sớm thì hiệu quả càng cao. Đối với người thầy thuốc chuyên khoa, phải tránh chẩn đoán nhầm trong ung thư thanh quản.

70. PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN K VÒM MŨI HỌNG THEO TNM 2009

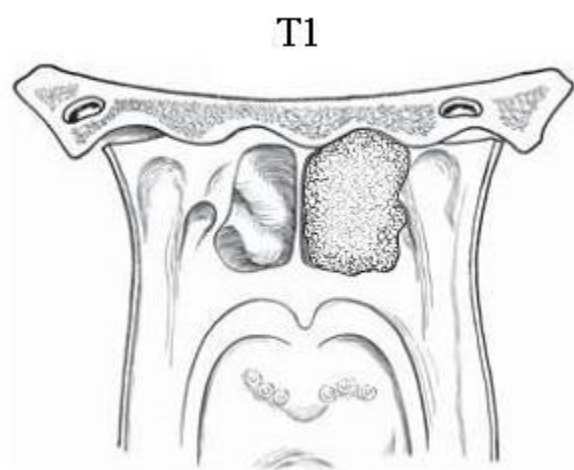
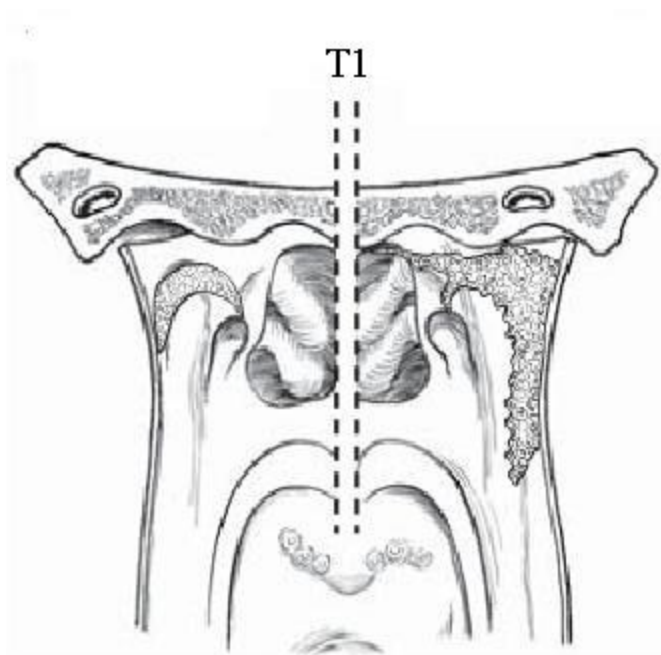
Khối u (T)

T1 Khối u có giới hạn ở vòm, hoặc lan đến mô mềm của họng miệng và/hoặc hốc mũi mà không có lan ra quanh họng

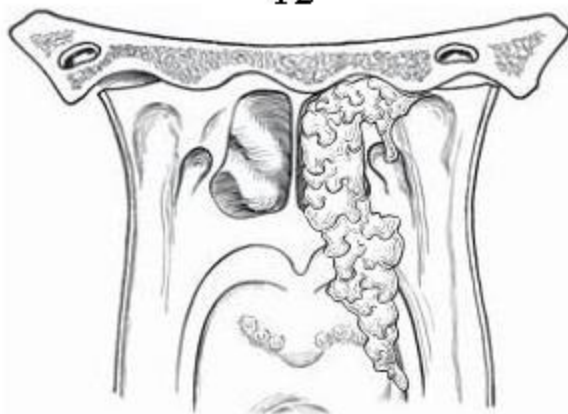
T2 U lan ra quanh họng

T3 U xâm lấn đến cấu trúc xương và/hoặc các xoang cạnh mũi

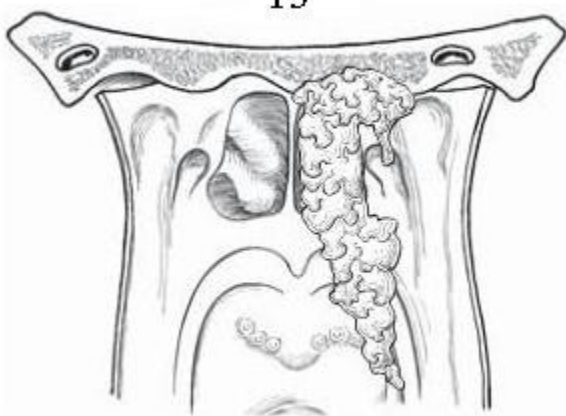
T4 U lan vào trong sọ và/hoặc tổn thương các dây thần kinh sọ, hố sau thái dương, họng thanh quản, hốc mắt hoặc khoang nhai

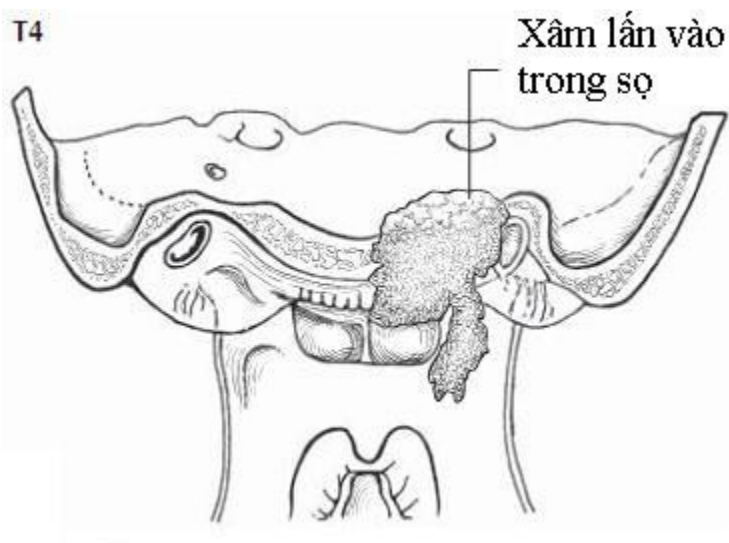
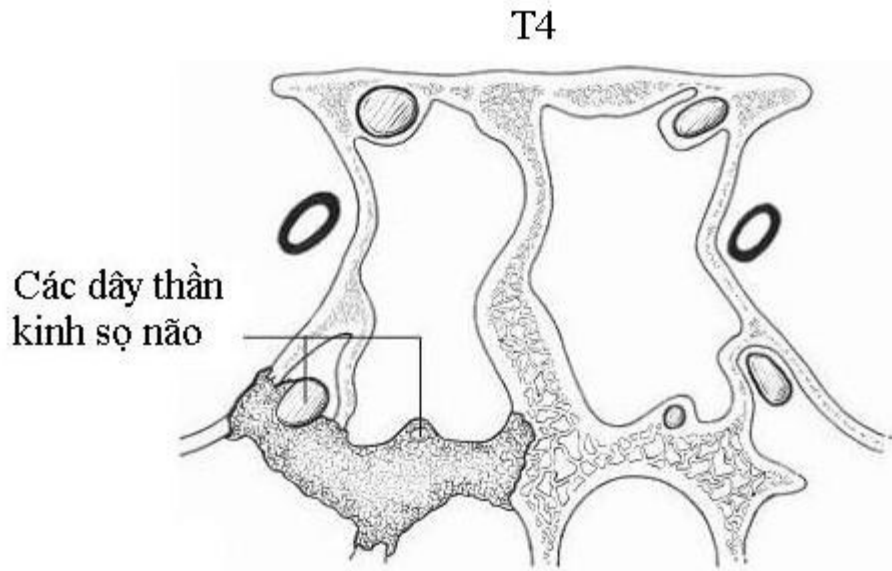


T2



T3





Hạch vùng (N)

Nx Không đánh giá được hạch vùng

N0 Không có di căn hạch vùng

N1 Di căn hạch cổ một bên, đường kính lớn nhất ≤ 6 cm, nằm trên hố thượng đòn.

N2 Di căn hạch cổ hai bên, đường kính lớn nhất ≤ 6 cm, nằm trên hố thượng đòn

N3 Di căn hạch cổ, đường kính > 6 cm và/hoặc di căn vào trong hố thượng đòn

N3a Đường kính > 6 cm

N3b Di căn vào trong hố thượng đòn

Di căn (M)

M0 Không có di căn

M1 Có di căn

Các giai đoạn

Giai đoạn 0 Tis N0 M0

Giai đoạn I T1 N0 M0

Giai đoạn II T1 N1 M0

T2 N0, N1 M0

Giai đoạn III T1, T2 N2 M0

T3 N0, N1, N2 M0

Giai đoạn IVA T4 N0, N1, N2 M0

Giai đoạn IVB Bất kỳ T N3 M0

Giai đoạn IVC Bất kỳ T Bất kỳ N M1

71. UNG THƯ CÁC XOANG MẶT

1. Định nghĩa: Ung thư các xoang mặt chỉ những thương tổn ở vùng hàm, mũi, mặt. Các xoang mặt bao gồm: xoang sàng trước và sau, xoang hàm, xoang bướm, xoang trán. Hay gặp nhất là ung thư xoang sàng, xoang hàm. Khi một trong hai xoang bị ung thư thì dễ có sự lan toả ung thư vào xoang lân cận.

Thực ra thuật ngữ “ung thư các xoang mặt” cũng chưa thật chính xác về mặt giải phẫu định khu bởi vì các u ác tính ở vùng này thường xuất hiện từ xương hàm trên, hoặc từ vùng lân cận xương hàm trên, chẳng hạn như ung thư tiên phát có thể từ xoang sàng trước, hoặc xoang sàng sau hoặc từ xương khẩu cái. Theo nhiều tác giả ung thư xuất phát từ xoang sàng sau hoặc từ ranh giới của xương hàm trên là hay gặp nhất, từ đó ung thư lan vào xoang hàm gây nên các triệu chứng ung thư xoang hàm.

1.1. Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh:

- Với bệnh tích viêm nhiễm mạn tính tại chỗ như bệnh tích thoái hoá viêm xoang sàng thành polip với ung thư xoang sàng.
- Do bệnh nghề nghiệp: Tiếp xúc với hóa chất nh các công nhân tiếp xúc với niken, acsenic, crom, amiant...

1.2. Tổ chức học:

- Hay gặp nhất là loại ung thư biểu mô lát (chiếm trên 80%), thường gặp thương tổn xuất phát từ niêm mạc bao phủ các xoang mặt và hốc mũi. Loại biểu mô của các niêm mạc trên là tế

bào trụ có lông chuyển, ung thư xuất phát từ đó mang tính chất lát và do các xoang bị viêm nhiễm dẫn đến sự di sản tế bào lát và mang tính chất thật sự trạng thái tiền ung thư. Loại ung thư biểu mô này nói chung hay gặp là hình thái một ung thư biểu mô dạng bì và ít khi có cầu sừng.

- Còn loại ung thư liên kết (sacoma) thì ít gặp hơn và có nhiều chủng loại hơn. Đó là: sacoma sụn, sacoma xương, sacoma xơ (fibrosarcome), sacoma tuỷ, sacoma lưỡi...

2. Triệu chứng lâm sàng: Vì các xoang mặt có liên quan mật thiết với nhau về phương diện giải phẫu học nên các triệu chứng lâm sàng tuy rất đa dạng nhưng có thể qui nạp vào 5 hội chứng sau đây:

- Hội chứng mũi: hay gặp nhất, biểu hiện ở tắc ngạt mũi một bên, chảy mũi nhày lẫn chảy mủ hay lẫn máu, chảy máu cam.
- Hội chứng mắt: đau vùng hố mắt, nhãn cầu, chảy nước mắt, viêm túi lệ.
- Hội chứng biến dạng: mắt bị đẩy lồi, má bị đẩy phồng, rãnh mũi bị dẫn rộng, mất rãnh mũi má, cứng hàm... tùy theo vị trí và độ lan rộng của khối u.
- Hội chứng thần kinh: đau đầu, đau vùng trán mũi, tê bì vùng da mặt, mất khứu giác, giảm thị lực, mù...
- Hội chứng hạch cổ: thường xuất hiện ở giai đoạn muộn.

3. Phân loại ung thư các xoang mặt: Nhiều tác giả và các y văn trên thế giới đều dựa trên cơ sở giải phẫu, phôi thai học chia làm 3 loại: ung thư thượng tầng cấu trúc, ung thư trung tầng cấu trúc, ung thư hạ tầng cấu trúc.

3.1. Ung thư thượng tầng cấu trúc: chủ yếu nói đến ung thư vùng xoang sàng trước và xoang sàng sau, xuất phát từ các tế bào sàng. Trong thực tế loại u này thường ở vùng ranh giới giữa xoang sàng và hàm nên còn gọi là “ung thư ranh giới”. Loại ung thư này bao gồm thể xuất phát từ góc trên và sau của xoang hàm.

Ung thư xoang sàng trước: Hay gặp là ung thư biểu mô malpighi và ung thư biểu mô trụ.

- Ung thư biểu mô malpighi: là ung thư biểu mô không biệt hoá, các tế bào ung thư này hình trụ hoặc dài, hay có phân bào và nhân to. Một số ít trường hợp là ung thư biểu mô ít biệt hoá và có thể rải rác có thể có cầu sừng.
- Ung thư biểu mô trụ: Thường phát hiện trên một niêm mạc xoang sàng chưa phát triển đến giai đoạn dị sản malpighi, về tổ chức học trước đây, người ta còn sắp xếp phân loại thành ung thư biểu mô tuyến là loại tế bào u ít nhiều có trạng thái bình thường, ung thư biểu mô không điển hình (atypique) và ung thư biểu mô nhày là loại ung thư sản sinh ra chất nhầy.

Ung thư xoang sàng sau: Phát sinh từ nhóm sau các tế bào sàng, tức là nhóm ở phía sau và trên xương cuốn giữa (nhóm tế bào sàng sau, nhóm tế bào sàng - khẩu cái và nhóm tế bào sàng - bướm) có thể lan lên đến màng não cứng. Trái lại ung thư xoang sàng trước vì còn một khoảng cách xương giữa sàng trước và sàng sau, nên ít lan đến màng não cứng. Ung thư xoang sàng sau thường lan rất nhanh ra ngoài, vì mảng xương giấy rất mỏng, dễ bị phá huỷ, u lan vào hốc mắt, nên khi bao tenon đã bị thâm nhiễm thì nhiều tác giả cho rằng phải khoét bỏ nhãn cầu. Ra phía

sau là xoang bướm nên thường bị bội nhiễm hơn là bị ung thư thâm nhiễm, nếu u đã lan vào mặt trước và sàn xoang bướm rồi thì phải cắt bỏ 2 phần này. Ở phía trong u thường thâm nhiễm mảnh sàng và mảng đứng xoang sàng để lan sang phía đối diện.

Các triệu chứng lâm sàng: Do khối u ở trong hốc xương, khi chưa lan ra ngoài thì các triệu chứng rất kín đáo, dễ nhầm với viêm xoang sàng mạn tính. Trong thực tế, phần lớn các bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn, nên các triệu chứng thường gặp là tắc mũi, chảy máu mũi, đau nhức vùng mắt mũi, sưng vùng rễ mũi, mũi-mắt, gây nên hội chứng nhãn cầu.

Giai đoạn đầu:

- Ngạt tắc mũi: thường một bên và tiến triển từ nhẹ đến nặng, ngạt hoàn toàn đồng thời kèm theo chảy máu mũi, mủ nhày.
- Chảy máu mũi: là triệu chứng quan trọng, có thể chảy tự nhiên hoặc do va chạm... chảy máu mũi ngày càng tăng về số lần và lượng máu chảy (khi khám bệnh thấy không phải chảy ở điểm mạch do cao huyết áp).
- Đau: thường xảy ra muộn hơn và ít gặp ở giai đoạn này, người bệnh có cảm giác nặng ở vùng rễ mũi hay vùng trán, ở một số trường hợp cá biệt thì có từng cơn đau dữ dội ở vùng trán.
- Sưng vùng mũi - mắt: Trong thực tế thường gặp nhiều nhất là dấu hiệu “biến dạng vùng mặt và mắt” do tổ chức u lan ra quá giới hạn xoang sàng làm cho rễ mũi phồng ra, sưng vùng gò má và nhất là biến dạng vùng mắt-nhãn cầu cùng bên (nhãn cầu lồi ra trước và ra ngoài), đôi khi mi trên bị sưng nề. Ngoài ra ở một số bệnh nhân có hiện tượng giảm thị lực, song thị. Một số cá biệt bị bội nhiễm ở vùng lệ đạo.

Giai đoạn rõ rệt:

Ở giai đoạn này, các triệu chứng trên ngày càng nặng dần (lí do để bệnh nhân đến khám). Các triệu chứng hay gặp thường ở vùng trán, quanh hố mắt hay vùng rễ mũi. Nguyên nhân chính là do viêm xoang trán, vì phần lớn ung thư xoang sàng trước thường gây viêm xoang trán, dùng các loại kháng sinh, chống phù nề thì triệu chứng đau giảm dần nhưng nếu do ung thư lan vào xoang trán thì cơn đau sẽ kéo dài, liên tục. Nếu u ở xoang sàng sau thì đau ở đỉnh đầu hay vùng chẩm, cơn đau tuy không dữ dội nhưng liên tục âm ỉ (cơn đau ở vùng trán) giống như cơn đau do viêm xoang bướm, thường là đau nửa đầu và lan ra sau giống hội chứng Sluder.

- Ngạt tắc mũi: Cũng là dấu hiệu hay gặp 60% người bệnh khi đến khám đã có dấu hiệu này, do u phát triển dần bắt đầu tắc nghẽn một bên sau đó u đẩy vách ngăn sang phía đối diện và gây nên tắc hai bên làm cho bệnh nhân phải thở bằng miệng.
- Chảy máu mũi: Giai đoạn này bệnh nhân thường bị chảy máu mũi nhiều lần chiếm 30%), lượng máu nhiều ít tùy từng bệnh nhân, có người thì khi xỉ mũi có lẫn ít máu, có người thì chảy máu tươi nhỏ giọt, nhưng phần nhiều là mũi nhầy lẫn máu. Cá biệt có người chảy máu ồ ạt phải cấp cứu. Vì vậy những bệnh nhân có tiền sử chảy máu mũi thì phải thận trọng nên làm sinh thiết (tốt nhất cho bệnh nhân nằm lưu).
- Rối loạn khứu giác: Triệu chứng này ít gặp, nếu có do u ở phần cao của xoang sàng hoặc u thần kinh khứu giác. Khứu giác có thể giảm nhưng cũng có thể mất hoàn toàn, nguyên nhân do

tế bào thần kinh khứu giác bị tổn thương hoặc do u làm tắc đường lưu thông không khí.

- Dị dạng: do u đã lan ra ngoài phạm vi xoang sàng phá vỡ thành trước và thành ngoài của xoang làm cho góc trong của mắt bị phồng lên hoặc nhãn cầu bị đẩy lùi, triệu chứng này rất quan trọng trong chẩn đoán.

- Các triệu chứng về mắt: Ngoài nhãn cầu bị đẩy lùi ra còn một số triệu chứng khác của mắt cũng hay gặp như: chảy nước mắt, viêm tuyến lệ, phù nề mi mắt có khi viêm kết mạc khiến bệnh nhân thường đến khám ở khoa mắt trước tiên.

Khám lâm sàng:

- Soi mũi trước: Thường hốc mũi chứa nhiều xuất tiết nhày lẫn mủ có mùi hôi vì bị bội nhiễm. Sau khi hút sạch dịch mũi có thể thấy ở phần cao, trên cửa hốc mũi hoặc khe giữa có tổ chức sùi, chạm vào dễ chảy máu, thường các xương cuốn bị phù nề, cương tụ do đó phải gây tê và dùng thuốc co mạch trước để kiểm tra được rõ hơn. Một số trường hợp có hình thái giống như một polip màu hồng, trơn đều bám chặt vào xương cuốn hay khe giữa giống như một tổ chức viêm mạn tính, còn tổ chức ung thư thường bị che lấp ở phía sâu, do đó sau khi cắt polip rồi thì tổ chức sùi mới lộ rõ.

- Soi mũi sau: Rất quan trọng nhưng cần phải gây tê tốt mới kiểm tra được. Nhiều trường hợp soi mũi sau không phát hiện có thương tổn gì trong khi mũi trước đầy thương tổn u, khi u đã lan ra cửa mũi sau thường là một tổ chức hạt sùi có thể che lấp cả cửa mũi sau và lan vào vòm. Nếu khối u bị bội nhiễm có thể có loét hoặc lớp giả mạc bao phủ.

- U lan vào xoang trán: Ung thư xoang sàng trước thường gây nên viêm xoang trán do đó nhiều khi khó xác định có phải có u thâm nhiễm không, vì các triệu chứng lâm sàng cũng tương tự như một viêm xoang trán thông thường, đau ở góc trong mắt và đau vào thời gian nhất định, thường vào buổi sáng, chỉ có thể dựa vào hình ảnh X-quang để phán đoán một phần. Trong thực tế khi phẫu thuật xoang trán lại thấy tổ chức như một niêm mạc thoái hoá thành polip, tổ chức ung thư thường lẫn trong đám niêm mạc này, vì vậy sinh thiết phải cắt nhiều tiêu bản.

- U lan vào xoang bướm: Trường hợp này ít gặp hơn ở xoang trán. Các triệu chứng lâm sàng rất khó xác định, chẩn đoán dựa vào X-quang nhất là chụp C.T.Scan có thể thấy rõ hình ảnh thành trước xoang bướm bị phá huỷ.

- U lan vào xoang hàm: Là trường hợp hay gặp nhất ở Việt Nam. Ở giai đoạn tiến triển này, khó phân biệt là ung thư tiên phát ở xoang nào, vì vậy thường gọi là ung thư sàng hàm. Về phương diện giải phẫu học thì ít khi ung thư từ xoang sàng trước lan xuống xoang hàm vì xoang sàng trước chỉ liên quan trực tiếp với xoang ở phần dưới trong. Ngược lại các khối u ở xoang sàng sau thường lan xuống dưới và ra ngoài vì vậy hay lan xuống xoang hàm. Các triệu chứng lâm sàng thể hiện sự thâm nhiễm xuống xoang hàm là cảm giác tê bì vùng da ở rãnh mũi má tương ứng với vùng chi phối của thần kinh dưới hốc mắt, cảm giác tê bì này lan đến vùng môi trên có khi cả ở mặt trong của môi trên. Một số bệnh nhân có cảm giác nặng ở vùng xoang hàm và thường kèm theo bội nhiễm của một viêm xoang hàm, với chảy mũi nhày mủ lẫn máu. Chụp X-quang, nhất là chụp C.T.Scan sẽ giúp ta thấy hình ảnh thâm nhiễm này. Trong thực tế các

trường hợp bị ung thư sàng hàm thì trên 30% đã có dấu hiệu thâm nhiễm vùng mắt, nhãn cầu.

- U lan vào hố chân bướm hàm: Trường hợp này xuất hiện giai đoạn muộn và có các biểu hiện sau: đau ở vùng thần kinh hàm dưới chi phối và vùng do thần kinh hàm trên. Những đợt phù nề mi mắt, hố thái dương, cứng hàm là dấu hiệu muộn nhất và tiến triển từ từ, sau đó các cơ chân bướm hàm cũng bị thâm nhiễm.

- U lan vào màng não cứng và não: là giai đoạn cuối cùng và trầm trọng nhất của ung thư xoang sàng, trên lâm sàng người bệnh thường có từng cơn đau nửa đầu phía bên bệnh rất dữ dội, chẩn đoán dựa vào X-quang nhất là chụp C.T.Scan có thể thấy rõ mảnh sàng bị ăn mòn và phá hủy. Giai đoạn này thì điều trị chủ yếu là triệu chứng.

2.2. Ung thư trung tầng cấu trúc: Là ung thư xoang hàm xuất phát từ niêm mạc hoặc vách xương của xoang hàm. Thống kê của nhiều tác giả còn nhiều điểm khác nhau, một số nhận xét rằng ung thư xoang hàm ít gặp hơn xoang sàng. Theo nhận xét bước đầu của chúng tôi: ung thư xoang sàng chiếm tỷ lệ nhiều hơn ung thư xoang hàm.

Triệu chứng lâm sàng:

- **Giai đoạn đầu:** các triệu chứng lâm sàng của ung thư xoang sàng rất kín đáo không mang tính đặc hiệu và rất giống các triệu chứng của một viêm xoang sàng mạn tính thông thường, như ngạt tắc mũi một bên, ngày càng tăng dần và thường kèm theo bội nhiễm nên hay kèm theo chảy mũi mủ có khi lẫn máu. Thỉnh thoảng bệnh nhân kêu đau đầu nhưng không dữ dội lắm, dùng thuốc giảm đau thì đỡ hẳn. Khám soi mũi trước ở giai đoạn này thường chưa phát hiện được thương tổn gì trừ một số trường hợp bệnh nhân ở khe giữa có dịch nhày mủ hoặc lẫn máu, do bội nhiễm nên niêm mạc các xương cuốn hoặc các khe mũi thường bị nề đỏ, xung huyết, cá biệt có tổ chức sùi, chạm vào dễ chảy máu. Trên phim X-quang thường có hình ảnh mờ đều nhưng chưa có hiện tượng xương bị phá hủy.

Tóm lại: ở giai đoạn đầu ung thư xoang hàm rất dễ nhầm với viêm xoang hàm mạn tính (vậy trên thực tế có một số bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị như một viêm xoang hàm mạn tính). Một số khi phẫu thuật mới phát hiện nghi ngờ có ung thư do những bệnh tích không bình thường của niêm mạc hay thành xoang có một số hiện tượng chảy máu nhiều lúc mổ và điển hình nhất là sau khi mổ không lâu, bệnh sẽ tái phát nhanh và có bệnh cảnh ác tính (đau đầu càng tăng, sưng nề nửa mặt bên mổ, thậm chí xuất hiện các triệu chứng thần kinh và biến dạng vùng mũi, má...).

- **Giai đoạn rõ rệt:** bệnh nhân thường đến giai đoạn này mới đến bệnh viện, các triệu chứng ngày càng tăng dần cả về cường độ và thời gian. Đau đầu hoặc đau nhức ở vùng hố mắt và má. Cảm giác tê bì vùng dưới ổ mắt hoặc nửa mặt bên bệnh, ngoài ra do bội nhiễm vùng xoang nên ngoài ngạt tắc mũi thường xì mũi có lẫn máu và mùi hôi thối. Khám soi mũi trước: thấy vách mũi - xoang bị đẩy dồn về phía trong, khe giữa có tổ chức sùi, dễ chảy máu tuy khối u to nhỏ mà hốc mũi bị choán một phần hoặc toàn bộ, vách ngăn có thể bị dồn sang phía đối diện gây ngạt mũi cả hai bên và nói có giọng mũi kín. Soi mũi sau: có thể có một số trường hợp đã lan ra cửa mũi sau hoặc vào vòm.

Tiến triển của bệnh: Tùy theo sự lan rộng của khối u mà các dấu hiệu lâm sàng cũng khác nhau.

- Nếu u lan ra mặt trước xoang hàm thì đẩy phòng hố nanh và gò má.
- Nếu u lan ra phía nóc xoang hàm, phá vỡ sàn hốc mắt thì nhãn cầu bị đẩy dồn lên trên và ra trước gây phù nề mi dưới, có thể lan vào xương gò má và xương sàng.
- Nếu lan vào xoang sàng thì các triệu chứng giống như ung thư từ xoang sàng lan xuống xoang hàm và khó xác định được điểm xuất phát của tổ chức ung thư.
- Nếu u lan xuống đáy xoang hàm thì xương khẩu cái bị phá vỡ niêm mạc khẩu cái bị thâm nhiễm rồi lan đến chân răng làm cho răng bị lung lay rồi rụng dần.
- Nếu bệnh nhân không được điều trị thì bệnh sẽ phát triển rất nhanh, thương tổn tại chỗ lan rộng kèm theo bội nhiễm, bệnh nhân suy kiệt dần do đau đớn, không ăn ngủ được và cuối cùng dẫn đến tử vong hoặc do chảy máu ồ ạt ở các mạch máu lớn vùng mặt (hoại tử kết hợp với bội nhiễm và tổ chức ung thư lan rộng) hoặc do cơ thể suy kiệt kèm theo một bội nhiễm trong sàng hoặc do di căn xa.

Chẩn đoán: ở giai đoạn đầu thường gặp khó khăn. Phần lớn bệnh nhân thường đến ở giai đoạn muộn nên có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng, khám thực thể, kết quả sinh thiết và phim X-quang (Blondeau, Hirtz, C.T. Scan) để có thể chẩn đoán được chính xác. Vấn đề là đánh giá được thương tổn để có một phác đồ điều trị hiệu quả.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm xoang hàm mạn tính: Căn đau do ung thư gây nên thường dữ dội hơn và các thuốc giảm đau sẽ mất dần tác dụng thường đau ở vùng xương hàm trên, vùng hốc mắt, xuất tiết mũi thường là dịch mủ nhày lẫn máu, trên phim X- quang hình ảnh xoang hàm bị mờ đều, lan rộng, bờ không đều và có hiện tượng bị phá huỷ bờ xương thành xoang.
- U nang quanh răng: Loại này tiến triển chậm, triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, thể trạng bệnh nhân bình thường, tại chỗ không có dấu hiệu thâm nhiễm, phim X- quang có thể thấy rõ bờ của u nang.
- U lành của xoang hàm: như u nhầy, u xương, u sụn, u xơ, các u này thường tiến triển rất chậm, không đau, không bị bội nhiễm, ít xuất tiết, phim X- quang thường có hình ảnh mờ đều, rõ ràng.
- Đau dây thần kinh tam thoa hay đau răng thường đau từng cơn, đau từng cơn và không có hiện tượng biến dạng.
- Viêm xoang do nấm: Bệnh tiến triển chậm thể trạng chung bình thường, ít khi có hạch nhưng lại thâm nhiễm rộng nên thường có nhiều lỗ rò.
- Ung thư lợi: Dễ nhầm với các loại u sùi xuất ngoại của ung thư vùng bướm hàm nên cần khám kĩ.

2.3. Ung thư hạ tầng cấu trúc: Hay còn gọi là ung thư thể răng, ung thư răng miệng để nói rõ vị trí ung thư và sự liên quan với chuyên khoa răng hàm mặt. Thương tổn ung thư thường xuất phát từ ranh giới ổ răng của xương hàm trên. Loại ung thư này có thuận lợi là dễ phát hiện được ở giai đoạn sớm do triệu chứng rõ ràng, trừ một số trường hợp cá biệt (khi bệnh đã lan

rộng) thì khó xác định được ung thư tiên phát.

Triệu chứng lâm sàng: Đau răng dai dẳng, có khi cơn đau dữ dội, các răng có thể bị lung lay vì vậy khi bệnh nhân đến khám đã được nhổ răng từ một tuyến trước nhưng cơn đau không giảm mà còn tăng thêm. Nếu khám kỹ sẽ thấy các ổ của chân răng đã bị nhổ không liền lại mà còn mọc lên các nụ sùi hoặc tổ chức hạt, chạm vào dễ chảy máu. Các thương tổn này ngày càng lan rộng và thâm nhiễm ra vùng lợi lân cận làm cho rãnh môi lợi bị đẩy phồng và các răng cũng bị lung lay. Niêm mạc của vùng lợi cũng bị thâm nhiễm sẽ trở thành màu đỏ sẫm, có nhiều mạch máu cương tụ, niêm mạc vòm khẩu cái cũng bị đẩy phồng xuống dưới khiến cho ta tưởng nhầm là ung thư xuất phát từ hàm ếch. Sau đó, vùng má cũng bị sưng phồng lên vì thương tổn ung thư đã bị thâm nhiễm đến vùng quanh răng nanh. Trong một số trường hợp cá biệt, thương tổn của ung thư lại xuất phát từ răng cửa và vậy vòm khẩu cái bị thâm nhiễm sớm, sau đó lan lên đến vùng xương hàm hai bên. Trong một số trường hợp, thương tổn ung thư này bị bội nhiễm gây nên hoại tử, chảy mủ thối giống như một cốt tuỷ viêm răng. Nếu ung thư xuất phát từ các ổ răng khôn thì dễ thâm nhiễm vào hố chân bướm hàm gây nên khít hàm, trường hợp này rất giống dấu hiệu của một răng khôn mọc lệch hoặc một ung thư biểu mô của lợi. Khi ung thư đã lan vào hố chân bướm hàm và gây nên khít hàm thì bệnh nhân rất đau đớn, không ăn ngủ được toàn trạng gầy sút nhanh chóng và tiên lượng nói chung là rất xấu.

Chẩn đoán: Nói chung không khó khăn lắm, dựa vào triệu chứng lâm sàng, khám để phát hiện, làm sinh thiết cũng để lấy đúng thương tổn ung thư. Ngoài ra trên phim X- quang (thể Hirtz) thấy thương tổn vùng chân bướm hàm mà lâm sàng khó đánh giá.

Giai đoạn toàn phát (lan rộng) của ung thư các xoang mặt: Có tác giả gọi là ung thư lan rộng của xương hàm trên. Đây là giai đoạn cuối cùng của ung thư các xoang mặt đã lan rộng ra các vùng lân cận không còn khả năng để xác định điểm xuất phát của ung thư nữa. Giai đoạn này bộ mặt của bệnh nhân trở thành quái dị do tổn thương ung thư phá huỷ tổ chức xương và lan ra cả phần mềm. Thể trạng chung của bệnh nhân cũng bị suy sụp nhanh chóng lại kèm theo bội nhiễm nên không còn khả năng để điều trị nữa. Chủ yếu là điều trị triệu chứng, chống bội nhiễm và giảm đau, vì theo kết quả mổ tử thi nhiều tác giả đã ghi nhận 65% đã có di căn xa.

2.4. Một số hình thái khác của ung thư vùng mũi xoang: U trụ (cylindrome) so với ung thư biểu mô thì u trụ ít gặp hơn nhưng không phải là hiếm thấy. Năm 1859 Biltroth là người đầu tiên miêu tả loại u này. Danh từ u trụ cũng xuất phát từ hình dáng khi đọc thấy trên tiêu bản của thương tổn (hình trụ). Luận văn của Yveslé-Maltre (Pháp) trình bày khá đầy đủ về bệnh này. Trong y văn của Anh thì rất ít khi dùng đến từ này, nói chung các tài liệu trước đây hay gọi là ung thư biểu mô tế bào đáy (épithélioma à cellules basales).

- Bệnh lý giải phẫu: U trụ có đặc điểm là tổ chức u thành từng đám, hình trứng (bầu dục), thấu quang (hyalin) hoặc nhày. Do là những thể hình trứng đồng đều nhau đôi khi có hình lưới. Tổ chức đệm rất thay đổi, thường là tổ chức xơ tạo thành các vách ngăn phân chia các đám tế bào thành thùy. U trụ thường xuất phát từ tổ chức tuyến, tiến triển dần và rất chậm, đặc biệt không có di căn vào hạch nhưng lại có di căn vào phổi. Vị trí u trụ có thể từ xoang sàng thường

gặp là phần trước khối bên, ít khi gặp ở phần sau, trên thực tế hay gặp ở phần trên của vách ngăn.

- Tiến triển bệnh: U phát triển chậm đẩy dần các tổ chức lân cận, không gây thâm nhiễm, nhưng các thành xương liền kề có thể bị lỗ chỗ hoặc biến mất. Sau khi cắt bỏ thương tổn, bệnh tích lại có thể bị tái phát, tuy khoảng thời gian có thể dài ngắn khác nhau. Di căn xa chủ yếu hay gặp ở phổi nhưng phải sau nhiều năm, có khi 10-15 năm.

Nếu không điều trị: bệnh tiến triển theo từng đợt, giữa các đợt có khoảng ổn định hoặc thoái triển kéo dài nhiều tháng. Đặc biệt là khi bệnh đã có di căn ở phổi, tiến triển chậm, như thương tổn tiên phát ở mũi xoang, vì vậy nhiều tác giả nhận xét rằng, trên những bệnh nhân bị u trụ đã có di căn ở phổi rồi, vẫn có thể tiến hành điều trị bằng phẫu thuật mà không ảnh hưởng đến sự phát triển u và di căn ở phổi.

- Điều trị: Chủ yếu là điều trị cắt bỏ thương tổn u và phải cắt bỏ nhiều lần nếu u bị tái phát. Để tránh tái phát hoặc kéo dài khoảng cách thời gian thì cần cắt bỏ rộng, có thể dùng dao điện hoặc đông điện phối hợp lúc mổ.

Phối hợp tia xạ: Hiện nay còn nhiều ý kiến trái ngược nhau về việc phối hợp tia xạ sau mổ, nhưng gần đây thì có nhiều ý kiến cho rằng việc phối hợp tia xạ làm cho bệnh nhân được ổn định và kéo dài thời gian tái phát hơn hẳn so với những bệnh nhân không được tia xạ, mặc dù loại u trụ rất kháng tia. Bệnh nhân u trụ thường kéo dài cuộc sống hàng chục năm nếu được điều trị, hoặc theo dõi kịp thời, tử vong thường do khối u phát triển quá lớn, chèn ép nhất là nền sọ, hoặc là do di căn ở phổi.

IV. Điều trị ung thư biểu mô các xoang mặt: Cho đến nay phẫu thuật kết hợp với tia xạ là biện pháp chủ yếu để điều trị loại ung thư này. Những năm gần đây, đã có nhiều báo cáo về kết quả đáng khích lệ của phối hợp thêm với hoá chất trước và sau khi mổ, tia xạ.

1. Điều trị bằng phẫu thuật: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật lệ thuộc vào vị trí lan rộng của ung thư. Với vùng thượng tầng kiến trúc, khi u chưa quá lan rộng có thể cắt một phần xương hàm trên, một phần thành dưới và thành trong hốc mắt cùng với xương chính của mũi bên bệnh. Với u vùng trung tầng: phần lớn bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn nên nhiều tác giả chủ động cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên. Còn đối với u hạ tầng kiến trúc căn cứ vào bệnh tích cụ thể mà tiến hành phẫu thuật bảo tồn (cắt một phần xương hàm trên).

2. Điều trị bằng tia xạ: Là sự phối hợp quan trọng, có thể dùng hai cách: thông thường là tia xạ qua da Co^{60} , lượng tia hàng ngày và tổng liều cũng giống như ung thư khác của vùng đầu mặt cổ, thông 2Gy/ngày, mỗi tuần từ 10-12Gy (trong 4-5tuần). Một số tác giả chủ trương đặt áp nguồn tia xạ vào ngay hố mổ, thường dùng nguồn Co^{60} hay radium, gần đây nhiều người sử dụng indium¹⁹² vì kinh nghiệm cho thấy radium hay gây hoại tử xoang và nhiều biến chứng nặng.

3. Điều trị bằng hoá chất: Hoá chất có thể sử dụng qua đường tĩnh mạch hoặc động mạch. Các hoá chất hay dùng là 5Fu, Bléomycin, Méthotrexate. Việc điều trị hoá chất trong điều trị phối hợp ung thư mũi xoang được trường phái Nhật bản hết sức quan tâm.

4. Kết quả điều trị: 20 năm trước đây khi nói đến ung thư vùng mũi xoang nhất là khi khối u đã

lan quá một vùng giải phẫu (quá một xoang) thì kết quả điều trị nói chung là xấu, hơn nữa phẫu thuật cắt bỏ xương hàm trên gây nhiều biến chứng và di chứng cho người bệnh nên tiên lượng xấu. Gần đây, nhiều tác giả đã có những nhận xét khả quan hơn do sự phối hợp điều trị giữa phẫu thuật, tia xạ và hoá chất.

- Nếu điều trị bằng tia xạ đơn thuần: kết quả rất kém, theo Lederman trên 55 bệnh nhân ung thư biểu mô xoang sàng thì chỉ có 5% sống quá 5 năm. Nhưng theo Errington (1985), điều trị 43 bệnh nhân bị ung thư vùng mũi xoang đã lan rộng (85% là T4) bằng neutron với năng lượng yếu (7,5 MeV) cho 17 bệnh nhân ung thư dạng biểu bì, 11 u trụ, 8 ung thư tuyến, 5 ung thư biểu mô chuyển tiếp, 1 ung thư biểu mô không biệt hoá và 1 u hắc tố ác tính thì kết quả kéo dài tuổi thọ 3 năm là 47% và 72%, còn sau 5 năm là 30% và 55%. Tác giả nhận xét rằng sở dĩ đạt được kết quả trên là do tính chất tổ chức học của u, do tác dụng của neutron so với photon với các tế bào thiếu oxy.

- Nếu điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần thì chỉ nên áp dụng đối với các khối u còn bé, chưa lan ra vùng xoang hoặc các tổ chức lân cận. Kết quả tốt nhất là đối với loại ung thư biểu mô của hạ tầng cấu trúc, từ 30-50% có thể sống hơn 5 năm.

- Điều trị phối hợp: Nếu phối hợp điều trị phẫu thuật với tia xạ thì rõ ràng là kết quả đạt cao nhất so với hai phương pháp trên. Vấn đề là tia xạ trước hay phẫu thuật trước. Nhiều báo cáo cho thấy kết quả của tia xạ trước hay phẫu thuật trước đều không khác nhau mấy. Lập luận của trường phái tia xạ trước là cốt làm bé lại khối u, nhất là tiêu diệt các bệnh ung thư rất bé ở rải rác xung quanh tổn thương chính mà mắt thường không thấy được và có thể lan toả ra xa trong khi phẫu thuật. Trường phái tia xạ sau khi mổ nhấn mạnh tính chất kháng tia của khối u đã lan vào xương, ngoài ra còn nhận xét rằng mổ trước thì vết mổ sẽ liền tốt hơn. Phối hợp tia xạ sau khi mổ là phương thức điều trị phổ biến.

- Phối hợp phẫu thuật với tia xạ đối với ung thư biểu mô vùng mũi xoang nói chung có thể đạt kết quả sống trên 3 năm khoảng 55% và sau 5 năm khoảng 48% (viện Gustave Roussy ở Pháp năm 1990). Gần đây, nhiều tác giả Nhật bản (Yamashta, Sato, Sakai, Shibuya và cộng sự) đã có nhiều báo cáo nói rõ kết quả của việc sử dụng hoá chất (dùng một chất hay nhiều chất) phối hợp phẫu thuật và tia xạ đã nâng cao hiệu quả điều trị cũng như tránh được một phẫu thuật quá rộng (thay thế một phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên bằng một phẫu thuật cắt bỏ một phần xương hàm) những kết quả này đang còn trong giai đoạn thực nghiệm và có nhiều ý kiến khác nhau, tuy nhiên việc sử dụng hoá chất được áp dụng rộng rãi ở nhiều nước trong lĩnh vực này.

5. Ung thư xoang trán: Loại ung thư này hiếm gặp, thường thứ phát từ xoang sàng thâm nhiễm lên, chủ yếu là người lớn và cả hai giới đều mắc bệnh như nhau, về tổ chức học loại ung thư biểu mô chiếm khoảng hơn 80%, còn sarcoma thì rất hiếm.

5.1. Triệu chứng lâm sàng: Ở giai đoạn đầu, các triệu chứng giống như một viêm xoang trán mạn tính hoặc viêm xoang trán có mủ. Phần lớn bệnh nhân khi đến khám thường ở giai đoạn muộn, nên các triệu chứng rầm rộ hơn như đau đầu dữ dội, hoặc u đã phá vỡ thành trước

xoang trán làm cho vùng rễ mũi và vùng da ở góc trong lông mày bị đẩy phồng.

5.2. Chẩn đoán: Dựa vào các triệu chứng khám lâm sàng, bệnh tiến triển nhanh chóng, dễ phá vỡ các thành xương để thâm nhiễm vào các vùng lân cận, trên phim X - quang thấy rõ các thành xương bị phá huỷ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Ở giai đoạn đầu, cần phân biệt với một viêm xoang mạn tính, với u xoang trán. Các bệnh này có lịch sử bệnh và tiến triển bệnh lâu năm, các triệu chứng không rầm rộ, trên phim X-quang có hình ảnh mờ đều không có hiện tượng phá huỷ xương.
- Ở giai đoạn rầm rộ cần phân biệt với u nhày xoang trán, có tiền sử kéo dài hàng năm, có khi 8-10 năm, thể trạng toàn thân không ảnh hưởng gì, khám lâm sàng và X-quang có các dấu hiệu đặc trưng của u nhày (u mềm, ấn vào có cảm giác như vỏ quả bóng bàn, chọc dò bằng kim to hút ra được dịch nhày, trên phim X-quang thành xương bị ăn mòn chứ không bị phá huỷ nham nhở...).

5.3. Điều trị và tiên lượng: Chủ yếu là phẫu thuật phối hợp tia xạ, nhưng phần lớn bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn nên khả năng điều trị rất hạn chế và bệnh nhân thường chết do viêm màng não hoặc thâm nhiễm vào não.

6. Ung thư xoang bướm: Cũng rất hiếm gặp, thường là ung thư biểu mô, rất ít sacoma.

6.1. Triệu chứng: Ở giai đoạn đầu các triệu chứng rất kín đáo và nghèo nàn, đến giai đoạn rõ rệt thì triệu chứng rất giống như một viêm xoang bướm có mủ, nhưng diễn biến nhanh và nặng hơn, bệnh nhân đau đầu liên tục và sau đó u lan rộng gây nên các triệu chứng nặng như: viêm thị thần kinh dẫn đến mù, viêm màng não, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang và các hội chứng thần kinh khác. Ngoài ra thể trạng toàn thân suy sụp và thường kèm theo bội nhiễm.

- Soi mũi sau hoặc qua ống soi vòi Eutasche (salpingoscopie) có thể thấy rõ tổ chức sùi ở lỗ xoang bướm.
- Trên phim Hirtz và sọ nghiêng thấy được bóng mờ của khối u và hiện tượng phá huỷ xương.

6.2. Chẩn đoán: Trong thực tế bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn nên chẩn đoán không phức tạp lắm, nhất là bệnh cảnh ở giai đoạn cuối, ung thư đã lan rộng ra các vùng lân cận.

6.3. Điều trị: Cho đến nay phương pháp điều trị ung thư vùng xoang bướm (nguyên phát hay thứ phát) còn gặp nhiều khó khăn và kết quả rất hạn chế vì vị trí giải phẫu của khối u cũng như giai đoạn muộn của bệnh nhân khi đến khám, phần lớn chết do biến chứng não.

7. Các loại sacoma vùng xoang mặt: Các xoang mặt có nhiều loại sacoma khác nhau, chẩn đoán hoàn toàn phải dựa vào kết quả của tổ chức học. Trên thực tế, loại sacoma này cũng hiếm gặp, theo thống kê của nhiều tác giả thì rất khác nhau, chiếm tỷ lệ trong các ung thư xoang mặt từ 7-15%. Thường gặp là sacoma xơ (fibrosarcomes), sacoma sụn (chondrosarcomes), sacoma xương, sacoma cơ vân (rhabdomyosarcomes), sacoma mạch (angiosarcome)...

7.1. Triệu chứng: Tùy theo vị trí thâm nhiễm của u mà các triệu chứng lâm sàng khác nhau (như ung thư xoang sàng, ung thư xoang hàm, xoang bướm, xoang trán, vùng hạ tầng cấu trúc...).

Đặc biệt sacoma khác với loại ung thư biểu mô là bệnh tiến triển rất nhanh, hay gặp ở trẻ em và người già (trước 15 tuổi và sau 65 tuổi) nhưng cũng có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào.

7.2. Chẩn đoán: Chủ yếu là dựa vào các triệu chứng lâm sàng nhất là các diễn biến bệnh nhanh chóng, dựa vào kết quả sinh thiết và phim X- quang.

7.3. Tiến triển bệnh: Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thì bệnh phát triển rất nhanh tại chỗ và sớm có di căn xa (hay gặp là phổi và xương).

7.4. Điều trị: Sacoma nói chung là nhạy cảm với tia xạ và hoá chất vì vậy điều trị chủ yếu là phối hợp tia xạ với hoá chất. Phương pháp phối hợp lệ thuộc vào giai đoạn bệnh cũng như sở trường của thầy thuốc lâm sàng, có thể tia trước hoặc điều trị hoá chất trước, hoặc phối hợp xen kẽ hóa chất-tia xạ-hoá chất.

7.5. Kết quả điều trị: Nói chung bệnh sẽ thuyên giảm rất nhanh, kết quả trước mắt rất đáng khích lệ nhưng tỉ lệ tái phát tại chỗ hoặc di căn cũng hay gặp, nhất là trong vòng 2 năm đầu sau khi điều trị vì vậy bệnh nhân cần được theo dõi thường xuyên để kịp thời xử lí nếu bị tái phát. Một số chủ trương dùng hoá liệu pháp định kỳ tiêm hoặc uống với liều lượng củng cố. Đây cũng là những ý kiến đang còn tranh luận.

72. UNG THƯ THANH QUẢN HẠ HỌNG

Trong bài này, đầu tiên chúng tôi đề cập đến những vấn đề chung của ung thư thanh quản và hạ họng như giải phẫu, sinh lý, dịch tễ, bệnh sinh, khám lâm sàng, khám cận lâm sàng, chẩn đoán, các nguyên tắc điều trị chung. Sau đó chúng tôi đề cập riêng từng loại ung thư với những đặc điểm của chúng.

1. Đại cương

Ung thư thanh quản và ung thư hạ họng là những loại ung thư rất phổ biến trong TMH, bệnh không những ảnh hưởng trầm trọng đến các chức năng thở, nuốt và nói mà còn có thể nguy hại đến tính mạng. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể hạ thấp tỉ lệ tử vong một cách đáng kể.

1.1. Giải phẫu vùng hạ họng – thanh quản – cổ

1.1.1. Hạ họng

Họng là ngã tư giữa đường ăn và đường thở, gồm có 3 phần: họng mũi, họng miệng và hạ họng.

Hạ họng có ranh giới như sau: Phía trên là đỉnh của thanh thiệt, thông với họng miệng. Phía dưới thông với thực quản. Thành trước liên quan với thanh thiệt và thanh quản. Thành sau tương ứng với đốt sống cổ C4, C5, C6. Hai bên liên quan với các phần mềm ở cổ: cơ, mạch máu, thần kinh.

Cấu tạo của hạ họng từ trong ra ngoài, gồm 4 lớp:

- Lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc ở trong cùng, có chứa một số lượng lớn tuyến nhầy và nang lympho.
- Lớp cân hầu trong.
- Lớp cơ khí hầu.
- Lớp cân hầu ngoài ở ngoài cùng.

1.1.2. Thanh quản

Thanh quản là một phần của đường hô hấp và là bộ phận chủ yếu của sự phát âm.

Thanh quản nằm ở giữa và phía trước của vùng cổ, dưới xương móng, trên khí quản. Ở người lớn, bờ dưới thanh quản tương ứng với bờ dưới đốt sống cổ thứ 6.

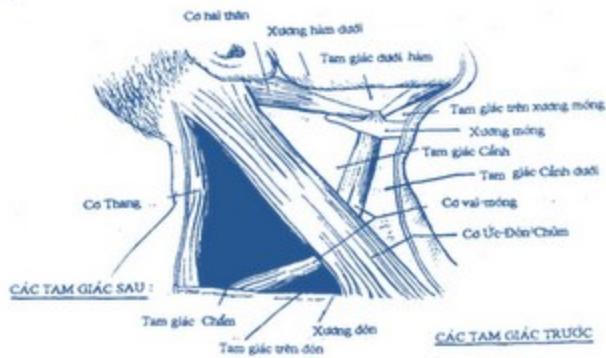
Cấu tạo của thanh quản gồm có:

- Khung sụn.
- Các khớp và dây chằng.
- Các cơ của thanh quản.
- Niêm mạc.

1.1.3. Cổ

Cổ được phân chia khái quát thành 2 phần: phần cổ trước và phần cổ sau.

Phần cổ sau còn gọi là gáy, gồm các đốt sống cổ và các cơ liên quan.



Các tam giác vùng cổ

Theo Nguyễn Đình Bảng. “Ung thư vòm”.

Phần cổ trước còn gọi là khoang cổ, chính phần này mới liên quan đến TMH.

Phần cổ trước được phân chia thành 2 tam giác cổ bởi các cơ vùng cổ, xương hàm dưới và xương đòn: tam giác cổ trước và tam giác cổ sau.

- *Tam giác cổ trước*: gồm tam giác dưới hàm, tam giác cánh và tam giác cơ.
- *Tam giác cổ sau*: gồm tam giác chấn và tam giác vai đòn.

1.2. Sinh lý vùng hạ họng – thanh quản

1.2.1. Hạ họng: có các chức năng nuốt, thở, phát âm.

1.2.2. Thanh quản: có các chức năng thở, phát âm và bảo vệ.

1.3. Giải phẫu bệnh học

- Trên 95% là ung thư biểu mô dạng biểu bì (carcinome épidermoïde).
- Khoảng 5% còn lại bao gồm: u lympho ác tính không hodgkin, ung thư biểu mô tuyến.

2. Dịch tễ học

2.1. Ở Việt Nam

Cũng như ở các nước Âu Mỹ, ở Việt Nam ung thư thanh quản gặp nhiều hơn ung thư hạ họng với tỷ lệ xấp xỉ 3/1. Ung thư thanh quản – hạ họng đứng hàng thứ 2 sau ung thư vòm và chiếm tỉ lệ khoảng 20% trong các ung thư đường tiêu hóa-hô hấp trên.

Riêng ung thư thanh quản chiếm 4% trong các loại ung thư. Tuổi hay gặp nhất từ 45 – 65 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ suất là 5/1. Nghề nghiệp làm ruộng bị mắc bệnh cao, chiếm tỉ lệ đến 95%. Nông thôn gặp nhiều hơn ở thành thị.

2.2. Ở Pháp

Ung thư thanh quản: Chiếm 25% ung thư đường tiêu hóa-hô hấp trên, chiếm 2% tất cả các loại ung thư, chiếm 5% ở nam giới. Nam giới chiếm 93% K thanh quản.

Ung thư hạ họng: Chiếm 12% ung thư tiêu hóa-hô hấp trên.

3. Các yếu tố nguy cơ

Ngoài các giả thuyết chung về ung thư, K thanh quản và hạ họng có các yếu tố nguy cơ sau:

- Thuốc lá.
- Rượu.
- Loạn sản niêm mạc.
- Có tiền sử tia xạ vùng cổ.
- Các yếu tố khác: vệ sinh răng miệng kém, dinh dưỡng kém, virus, di truyền, nghề nghiệp có tiếp xúc với các chất độc hại.

4. Chẩn đoán

4.1. Tình huống phát hiện

Các dấu hiệu chung giúp phát hiện ung thư thanh quản, hạ họng tùy thuộc vào vị trí và sự lan tràn của khối u, bao gồm:

- *Đối với ung thư thanh quản:* Khàn tiếng kéo dài là dấu hiệu quan trọng nhất. Khó thở khi khối u đã to. Nếu khối u lan vào hạ họng sẽ có thêm các triệu chứng của ung thư hạ họng và được gọi là ung thư thanh quản – hạ họng.
- *Đối với ung thư hạ họng:* nuốt khó, nuốt đau, đau tai phản xạ. Nếu khối u lan vào thanh quản sẽ có thêm các triệu chứng của ung thư thanh quản và được gọi là ung thư hạ họng – thanh quản.
- *Chung cho 2 loại ung thư:* hạch cổ, thể trạng gầy sút.

Nhất là khi các dấu hiệu trên xuất hiện ở người lớn tuổi (nhất là nam giới), nghiện thuốc lá-rượu, không đáp ứng với các điều trị thông thường.

4.2. Khám lâm sàng

Trước hết cần khám tổng quát, khám mũi, khám tai, khám vòm mũi họng, khám răng; sau đó khám hạch cổ và khám họng-thanh quản.

4.2.1. Khám hạch cổ

Mô tả chi tiết vị trí, kích thước, mật độ, tính nhạy cảm, tính chất di động của hạch cổ. Các dây hạch cổ cần khám kỹ gồm: dây cảnh, dây dưới hàm và dưới cằm, dây gai, dây cổ ngang, các hạch giữa trước thanh-khí quản. Sau đó phân loại hạch cổ theo TNM.

Thanh quản, nhất là tầng thanh môn, có mạng lưới bạch huyết nghèo nàn. Do đó, trong ung thư thanh quản, hạch cổ thường bị di căn muộn, tiên lượng khá hơn.

Hạ họng có mạng lưới bạch huyết phong phú. Khi ung thư, hạch cổ thường bị di căn sớm nên tiên lượng xấu.

Chú ý:

+ Một hạch > 3 cm luôn luôn vỡ bao về mặt mô học.

+ Cần khám tuyến giáp khi khám cổ.

4.2.2. Khám họng-thanh quản

- Soi thanh quản-hạ họng gián tiếp.

- Một số trường hợp đặc biệt, cần dùng đến ống soi mềm đặt qua mũi.

Khi soi cần quan sát kỹ mọi bất thường của niêm mạc để phát hiện khối u, sự di động của đáy lưỡi, sự di động của dây thanh và sụn phễu.

- Chú ý khám ngăn giáp-móng-thanh thiệt và đánh giá tình trạng răng miệng.

4.3. Khám cận lâm sàng

4.3.1. Nội soi toàn bộ

Dùng ống soi cứng với gây mê để nội soi toàn bộ gồm: hạ họng, thanh quản, thực quản, phế quản, vòm mũi họng; qua đó tiến hành sinh thiết u.

Chú ý phát hiện khối ung thư thứ hai, nhất là ở thực quản và phế quản.

4.3.2. Sinh thiết

Chẩn đoán xác định ung thư phải dựa vào sinh thiết để xét nghiệm giải phẫu bệnh.

4.3.3. Chọc hạch cổ

Chọc hạch cổ xét nghiệm tế bào để xác định sự di căn của khối u vào hạch.

4.3.4. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp CT scan vùng cổ là xét nghiệm rất có giá trị để đánh giá khối u và sự xâm lấn đến các tổ chức ở sâu (sụn giáp, khoang giáp-móng-thanh thiệt), đồng thời có thể phát hiện được các hạch nhỏ ở vùng cổ.
- Chụp phim phổi để phát hiện di căn phổi.
- Chụp phim răng toàn cảnh để đánh giá tình trạng răng.
- Phim X quang vùng cổ ít có giá trị.

4.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt ung thư thanh quản với u nhú, lao hoặc giang mai ở thanh quản và hạ họng.

5. Nguyên tắc điều trị

Có sự phối hợp của 4 phương pháp điều trị: phẫu thuật, tia xạ, hóa chất và miễn dịch.

5.1. Phẫu thuật

- *Đối với khối u:* Ưu tiên hàng đầu là cắt bỏ rộng khối u cả khối, tôn trọng ranh giới an toàn, kể đến là bảo tồn hoặc phục hồi tái tạo chức năng của vùng họng-thanh quản.

Trường hợp đặc biệt: ung thư 1/3 giữa ở một dây thanh còn di động tốt, không có hạch cổ. Điều trị: Cắt dây thanh đơn thuần hoặc xạ trị với 70 Gy, kết quả khoảng 90% sống trên 5 năm.

- *Đối với hạch cổ:* Phẫu thuật nạo vét hạch cổ cùng một thì với cắt bỏ khối u.

5.2. Tia xạ

Xạ trị từ xa với 70 Gy ở liệu điều trị và 50 Gy ở liệu bổ sung.

5.3. Hóa chất

Hiệu quả của hóa chất trong điều trị ung thư thanh quản – hạ họng vẫn còn đang tranh cãi. Hai hóa chất thường được dùng là Cisplatine và 5 Fluoro-uracyl, chuyển TM, liều lượng 4-6 ngày / tuần / 3 tuần.

5.4. Miễn dịch trị liệu

Hiện nay chưa có phương pháp điều trị miễn dịch đặc hiệu đối với 2 loại ung thư này.

Điều trị miễn dịch không đặc hiệu nhằm làm tăng sức đề kháng chung của bệnh nhân.

6. Một số đặc điểm của ung thư thanh quản

6.1. Yếu tố nguy cơ

Ngoài thuốc lá và rượu, cũng như các yếu tố nguy cơ đã nêu ở phần chung, cần chú ý các thương tổn sau: các bệnh lý thanh quản mạn tính, bạch sản hoặc sừng hóa thanh quản, u nhú thanh quản, polype dây thanh ở người già.

6.2. Triệu chứng cơ năng

Khàn tiếng kéo dài là dấu hiệu quan trọng nhất. Khó thở thanh quản chỉ xuất hiện khi u đã to. Khó nuốt chỉ xuất hiện khi khối u đã lan ra hạ họng.

6.3. Triệu chứng thực thể

- Soi TQ gián tiếp, nội soi TQ bằng ống soi mềm hoặc cứng: nhằm đánh giá sự lan rộng của khối u, sự di động của 2 dây thanh và 2 sụn phễu.

- Hạch cổ chỉ thấy ở giai đoạn muộn, thường ở dãy cảnh giữa cùng bên với tổn thương.

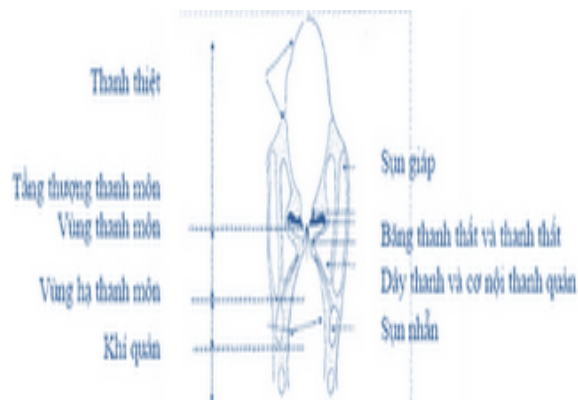
6.4. Triệu chứng toàn thân

Khó thở tăng dần làm bệnh nhân gầy sút, thiếu oxy, nhiễm độc.

6.5. Các thể lâm sàng theo vị trí

Thanh quản được chia thành 3 tầng: Trên thanh môn, thanh môn và hạ thanh môn.

Sự phân bố của ung thư theo vị trí: Trên thanh môn 45%, thanh môn 45%, hạ thanh môn 5%, phối hợp nhiều tầng 5%.



Sự phân chia các tầng của thanh quản

Theo Gallas D. Tumeurs malignes de la oropharynx, de le la hypopharynx, et du larynx: épidémiologie, diagnostic, principe du traitement

7. Một số đặc điểm của ung thư hạ họng

7.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh bắt đầu bằng nuốt khó, nuốt đau. Khàn tiếng và khó thở khi khối u lan rộng vào thanh quản.

7.2. Triệu chứng thực thể

- Soi TQ gián tiếp, trực tiếp: giai đoạn đầu thấy xoang lê ứ đọng nước bọt và có tổ chức K. Giai đoạn muộn u lan rộng ra toàn bộ xoang lê, hạ họng và lan vào thanh quản.
- Khối u cũng có thể lan rộng, ngoài thâm nhiễm vào cánh sụn giáp và da vùng cổ.
- Hạch cổ thường xuất hiện sớm ngay từ giai đoạn đầu của bệnh, thường ở vị trí dây cảnh giữa ngang tầm xương móng.

7.3. Triệu chứng toàn thân

Thể trạng suy kiệt dần do ăn uống kém, do thiếu oxy, do nhiễm độc bởi ung thư.

7.4. Các thể lâm sàng theo vị trí

Hạ họng được chia thành 3 vùng: Xoang lê, vùng sau nhĩn-phễu, thành sau.

Sự phân bố của ung thư theo vị trí: Xoang lê 85%, vùng sau nhĩn-phễu 1-2% (thường xâm lấn đến miệng thực quản), thành sau 5-10%.

8. Tiên lượng

Nếu ung thư còn khu trú thì tiên lượng tốt. Ung thư thanh quản có tỉ lệ sống > 5 năm từ 60-85%. Ung thư hạ họng có tiên lượng xấu hơn ung thư thanh quản 3-4 lần.

9. Phòng bệnh

Ngoài các biện pháp dự phòng nói chung như đối với ung thư vòm, cần chú ý đối với những người trên 40 tuổi bị khàn tiếng, nuốt vướng và nuốt đau kéo dài trên 3 tuần, không có triệu chứng viêm nhiễm hoặc đã điều trị 1 đợt kháng sinh không đỡ thì phải cảnh giác một ung thư thanh quản hoặc ung thư hạ họng. Ngoài ra, cần hạn chế thuốc lá và rượu.

73. UNG THƯ THANH QUẢN HA HỌNG

Khi xuất hiện các triệu chứng khàn tiếng, khó thở, khó nuốt đặc biệt ở những người trên 40 tuổi cần phải cảnh giác một ung thư thanh quản hoặc ung thư hạ họng và tiến hành khám TMH kỹ lưỡng để phát hiện bệnh sớm.

I. ĐẠI CƯƠNG:

Ung thư thanh quản và ung thư hạ họng là những loại ung thư rất phổ biến trong TMH, không những ảnh hưởng trầm trọng đến các chức năng thở, nuốt và nói mà còn có thể nguy hại tới tính mạng. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể hạ thấp tỉ lệ tử vong một cách đáng kể.

Những K xuất phát từ hạ họng (điển hình là xoang lê) thuộc biểu mô đường tiêu hóa, khi lan rộng vào thanh quản được gọi là ung thư hạ họng-thanh quản (KHH-TQ). Còn những ung thư xuất phát từ thanh quản (điển hình là dây thanh âm) thuộc biểu mô đường thở, khi lan rộng ra hai bên được gọi là K thanh quản-hạ họng (KTQ-HH).

II. DỊCH TẾ HỌC:

Nếu như ở các nước Âu Mỹ ung thư thanh quản gặp nhiều hơn ung thư hạ họng, thì ở Việt Nam ung thư hạ họng gặp nhiều hơn ung thư thanh quản và tương quan này xấp xỉ 3/1. Công trình nghiên cứu trên 173 bệnh nhân bị ung thư thanh quản và ung thư hạ họng gặp tại Viện Tai Mũi Họng 1955-1975, ung thư hạ họng chiếm 73%.

Ở Việt Nam, ung thư hạ họng đứng hàng thứ 2 sau ung thư vòm và chiếm tỉ lệ khoảng 20% trong các ung thư đường hô hấp tiêu hóa trên. Ung thư thanh quản đứng hàng thứ 3 và chiếm tỉ lệ 7- 10% trong các ung thư đường hô hấp tiêu hóa trên và đứng hàng thứ 9 (3%) trong các ung thư toàn thân (Nguyễn Đình Bảng, Đại Học Y Dược TP HCM 1997).

1. Tuổi hay gặp nhất từ 45 – 65 tuổi (theo Viện TMH Việt Nam cũng như Viện Gutave- Rousy Pháp).
2. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ suất là 5/1, tức là nam giới chiếm tới 85%.
3. Nghề nghiệp làm ruộng bị mắc bệnh cao, chiếm tỉ lệ đến 95%.
4. Nông thôn gặp nhiều hơn ở thành thị.
5. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh qua các tháng trong năm.
6. Bệnh có xu thế tăng dần qua các năm do tuổi thọ trung bình của người già ngày càng tăng, đồng thời sự ô nhiễm môi trường cũng làm tăng tỉ lệ bệnh.

Riêng trong TMH thì KHH-TQ đứng thứ 2 sau K vòm. Ung thư hạ họng và thanh quản gặp ở nam nhiều hơn nữ (5/1), tuổi hay gặp từ 45-65 tuổi. Bệnh thường thấy ở nông thôn (chủ yếu ở người làm ruộng – 95%).

III. NGUYÊN NHÂN:

Ngoài các giả thuyết chung về ung thư, đối với ung thư thanh quản và ung thư hạ họng cần đặt biệt lưu ý các yếu tố thuận lợi sau đây:

1. Nghiện thuốc lá mạn tính:

Các công trình nghiên cứu đều đi đến kết luận rằng số lượng điếu thuốc được hút trong ngày càng nhiều và số năm hút thuốc càng cao tỉ lệ thuận với tỉ lệ mắc các loại ung thư này.

2. Nghiện rượu mạn tính:

Nghiện rượu cũng là một yếu tố nguy cơ cao gây bệnh do rượu kích thích tại chỗ niêm mạc họng và thanh quản.

Nghiện thuốc lá kèm với nghiện rượu làm cho nguy cơ mắc bệnh tăng lên nhiều.

3. Các bệnh tích tiền ung thư thanh quản:

Đặc biệt bạch sản TQ (là những mảng trắng xám, sừng hóa ở trên bề mặt dây thanh) và u nhú TQ ở người cao tuổi được coi là giai đoạn tiền ung thư; nếu sau khi cắt tái phát nhanh thì tỉ lệ ung thư là 70%. Ngoài ra, polype dây thanh ở người già có tỉ lệ KTQ cũng cao (15%).

4. Vệ sinh răng miệng kém:

Trong điều kiện vệ sinh răng miệng kém, các vi khuẩn hội sinh phát triển mạnh dễ gây nên viêm nhiễm vùng miệng, họng và thanh quản. Kích thích viêm kéo dài là yếu tố thuận lợi cho ung thư thanh quản và hạ họng.

5. Môi trường bị ô nhiễm bụi và hơi hóa chất: đặc biệt ở công nhân tiếp xúc thường xuyên với amiante hoặc thợ mộc thường tiếp xúc với bụi gỗ được coi như là những bệnh nghề nghiệp.

IV. NHẮC LẠI CƠ SỞ:

1.Về hạ họng: Vùng này có một mạng lưới bạch huyết phong phú. Về tổ chức học, niêm mạc che phủ thuộc biểu mô lát tầng của đường ăn. Về giải phẫu bệnh lý; đại thể thường gặp là thể sùi hay phối hợp với loét, khi khối u đã lan rộng thường phối hợp với thể hoại tử; vi thể thường là K biểu mô biệt hóa (ít nhạy cảm với tia xạ).

2.Về thanh quản: Vùng TQ nhất là tầng thanh môn mạng lưới bạch huyết thường nghèo nàn và hạch cổ thường bị di căn muộn nên tiên lượng khá hơn và có thể điều trị tiết căn được. Về tổ chức học, niêm mạc che phủ thuộc biểu mô trụ có lông chuyển của đường hô hấp; riêng dây thanh âm được biệt hóa cao thành biểu mô lát. Về giải phẫu bệnh lý; đại thể thường gặp thể sùi, còn thể thâm nhiễm và thể loét ít gặp hơn; vi thể, xuất phát từ dây thanh thường là K biểu mô biệt hóa, còn từ trên và dưới thanh môn thường gặp là K biểu mô ít biệt hóa (nhạy cảm với tia xạ hơn).

V. TRIỆU CHỨNG:

A. Ung thư thanh quản-hạ họng: Lấy thể điển hình là ung thư dây thanh để mô tả.

1.Triệu chứng cơ năng:

Khàn tiếng kéo dài: nhất là đối với những người cao tuổi bị khàn tiếng kéo dài trên 3 tuần, không có triệu chứng viêm nhiễm hoặc đã điều trị 1 đợt kháng sinh không đỡ thì phải cảnh giác KTQ.

Khó thở thanh quản: chỉ xuất hiện khi u đã to.

Khó nuốt: chỉ xuất hiện khi khối u đã lan ra ngoài TQ tới hạ họng.

2.Triệu chứng thực thể:

Soi TQ gián tiếp, nội soi TQ bằng ống soi mềm hoặc cứng.

Hạch cổ chỉ thấy ở giai đoạn muộn, nhóm cảnh giữa cùng bên với tổn thương.

3.Triệu chứng toàn thân: Khó thở tăng dần làm bệnh nhân gầy sút, thiếu oxy, nhiễm độc bởi ung thư.

2.Ung thư hạ họng-thanh quản: Lấy thể điển hình là K xoang lê để mô tả.

a.Triệu chứng cơ năng:

-Bệnh bắt đầu bằng các rối loạn về nuốt: Nuốt khó xuất hiện trước và tăng dần, lúc đầu là cảm giác vướng họng, sau đó là nuốt tắc ngày càng tăng. Về sau nuốt đau cũng xuất hiện và tiến triển cùng với nuốt khó.

-Khi khối u lan rộng vào TQ sẽ gây ra khàn tiếng và khó thở.

b.Triệu chứng thực thể:

Soi TQ gián tiếp, trực tiếp: giai đoạn đầu thấy xoang lê ứ đọng nước bọt và có tổ chức K. Giai đoạn muộn u lan rộng ra toàn bộ xoang lê, hạ họng và lan vào thanh quản.

Khối u cũng có thể lan rộng ra phía ngoài thâm nhiễm vào cánh sụn giáp và da vùng cổ.

Hạch cổ thường xuất hiện sớm ngay từ giai đoạn đầu của bệnh, thường ở vị trí cảnh giữa ngang tầm xương móng. Hạch to dần lên, cứng, cố định.

c.Triệu chứng toàn thân: Thể trạng suy kiệt dần do ăn uống kém, do thiếu oxy, do nhiễm độc bởi ung thư

VI. CÁC THỂ LÂM SÀNG:

A.Đối với ung thư thanh quản:

Ung thư dây thanh.

Ung thư vùng trên thanh môn.

Ung thư vùng dưới thanh môn.

Ung thư thanh thiệt.

B. Đối với ung thư hạ họng:

Thể hạch.

Ung thư thành sau họng.

Ung thư mặt sau sụn nhẫn.

VII. CẬN LÂM SÀNG:

Sinh thiết khối u để tìm bản chất tổ chức học là chắc chắn nhất, có thể kết hợp với chọc hạch để làm hạch đồ để xác định tính chất xâm nhiễm của khối u vào hạch.

CT scan: giúp đánh giá chính xác sự xâm lấn của khối u để dự kiến phẫu thuật.

Các xét nghiệm cơ bản để đánh giá thể trạng chung.

VIII. CHẨN ĐOÁN:

1.Chẩn đoán xác định: Dựa vào khám lâm sàng (đặc biệt khi bệnh nhân có những rối loạn cơ năng như khàn tiếng, khó thở, khó nuốt), soi thanh quản gián tiếp hoặc trực tiếp, sinh thiết u (là xét nghiệm chắc chắn nhất để khẳng định bệnh), chọc hạch (để đánh giá sự xâm nhiễm của khối u vào hạch). Chụp CT scan để đánh giá mức độ xâm lấn.

2.Chẩn đoán giai đoạn theo TNM.

3.Chẩn đoán phân biệt: với u nhú thanh quản, lao hoặc giang mai ở thanh quản và hạ họng.

IX. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Nếu không điều trị, bệnh sẽ khó thở nặng và không ăn uống được do ung thư lan rộng, sẽ chết vì ngạt thở, suy kiệt do nhiễm độc ung thư, hoặc biến chứng viêm phổi.

X. ĐIỀU TRỊ:

1.Phẫu thuật:

a.Đối với hạch cổ: Nạo vét hạch cổ cùng thì với cắt bỏ khối u, sau đó phối hợp điều trị tia xạ.

b.Đối với khối u: cắt bỏ rộng khối u cả khối, tôn trọng ranh giới an toàn, bảo tồn hoặc phục hồi tái tạo chức năng của vùng họng-thanh quản.

2.Tia xạ: Phối hợp tia xạ hậu phẫu thì triệt để hơn, nếu chỉ tia xạ đơn thuần thì tiên lượng kém hơn.

3.Hóa trị: Ít có tác dụng vì chỉ dùng theo đường toàn thân nên chỉ áp dụng trong các thể ung thư sarcome. Các hóa chất thường dùng là Cysplatine, 5FU...

4.Miễn dịch trị liệu: làm tăng sức đề kháng của bệnh nhân.

XI. TIỀN LƯỢNG:

Nếu ung thư còn khu trú thì tiên lượng tốt. Ung thư thanh quản có tỉ lệ sống > 5 năm từ 60-85%. Ung thư hạ họng có tiên lượng xấu hơn ung thư thanh quản 3-4 lần.

XII. PHÒNG BỆNH:

1. Biện pháp quan trọng nhất để hạn chế đáng kể yếu tố nguy cơ là mọi người cần bỏ rượu và thuốc lá.
2. Cần tăng cường các biện pháp giáo dục sức khỏe trong cộng đồng để mọi người cần phải có ý thức bảo vệ sức khỏe không những cho chính mình mà còn cho người khác, chẳng hạn như chấp hành tốt các quy tắc phòng hộ lao động, không gây ô nhiễm môi trường như hút thuốc lá nơi công cộng, sử dụng các phương tiện thải ra nhiều bụi khói độc.
3. Tổ chức tốt mạng lưới y tế cơ sở có chất lượng chuyên môn để phát hiện sớm bệnh này và kịp thời chuyển lên tuyến trên để điều trị. Ở tuyến chuyên sâu, cần đào tạo một đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn giỏi và tận tình. Đồng thời cần trang bị thêm máy chiếu tia, thuốc chống ung thư, và miễn dịch trị liệu.
4. Các bệnh nhân đã được điều trị ung thư cần phải được quản lý tốt bằng khám định kỳ có sổ theo dõi kết quả. Đặc biệt cần quan tâm đến việc phục hồi chức năng của sự thở, nuốt và nói chẳng hạn như tập nói bằng giọng thực quản sau cắt thanh quản toàn phần, tập nuốt để khỏi bị sặc thức ăn vào đường thở sau cắt thanh quản bán phần v.v

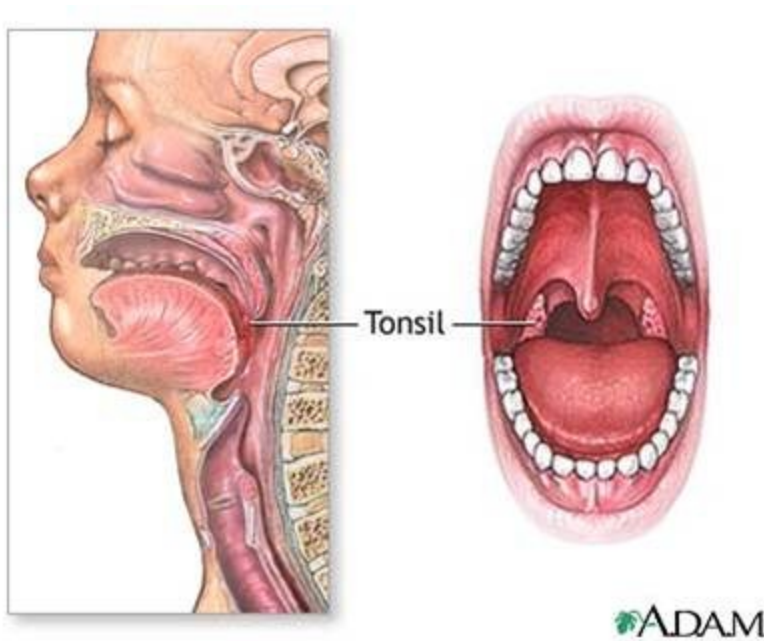
CHƯƠNG 5. THỦ THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ

74. TỔNG QUAN VỀ PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN

Dù đã được thực hiện từ rất lâu, cắt amiđan hiện nay vẫn là một phẫu thuật thường dùng và được đánh giá là một trong những phẫu thuật quan trọng nhất ở trẻ em

I- TỔNG QUAN

Hiện vẫn còn nhiều điều cần bàn cãi quanh phẫu thuật này, nhất là về mặt chỉ định phẫu thuật và các chi tiết trong kỹ thuật thực hiện.



Amiđan vòm miệng (palatine tonsils)

A- Lịch sử thủ thuật

Cắt amiđan được mô tả lần đầu tiên tại Ấn Độ 1000 năm trước Công Nguyên. Thủ thuật trở nên phổ biến hơn vào những năm 1800, khi cắt amiđan hoặc cắt bán phần amiđan được thực hiện. Do một phần của amiđan được giữ lại, phần này thường phì đại trở lại và gây tắc nghẽn tái phát. Vào đầu thế kỷ 20, sự phổ biến của các bệnh lý về amiđan được nhìn nhận, và việc cần thiết cắt amiđan toàn phần đã được đánh giá cao.

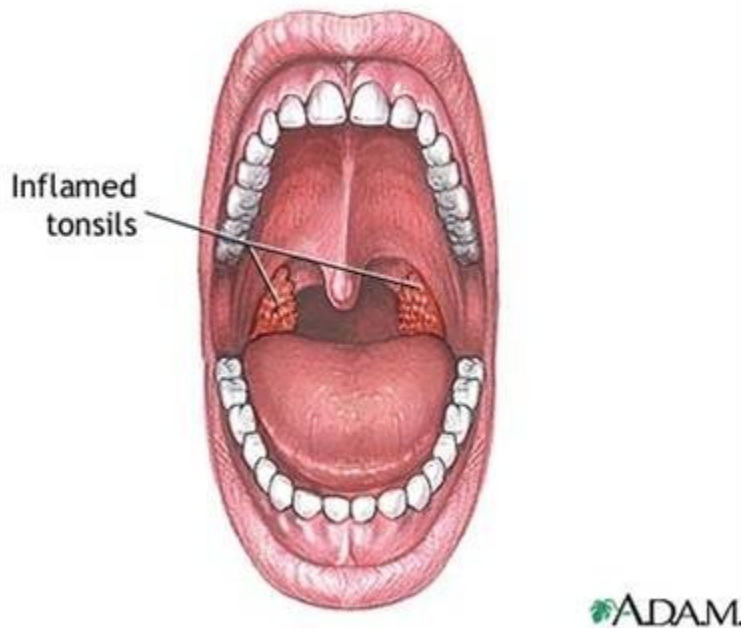
B- Vấn đề

Cắt amiđan được định nghĩa là cắt bỏ amiđan vòm miệng bằng phẫu thuật. Chỉ định của phẫu thuật này vẫn đang được bàn cãi.

C- Tần Suất

Dù cho cắt amiđan ít được thực hiện hơn so với trước đây, nó vẫn còn là một trong những phẫu thuật thường được thực hiện nhất ở trẻ em. Năm 1959, 1,4 triệu cas cắt amiđan đã được thực hiện ở Mỹ. Số lượng này giảm xuống còn 260.000 vào năm 1987, và là chỉ định nhập viện đứng hàng thứ 24 đối với trẻ em. Chỉ định cắt amiđan đã tiến triển từ chỗ chủ yếu vì lý do nhiễm trùng sang lý do tắc nghẽn.

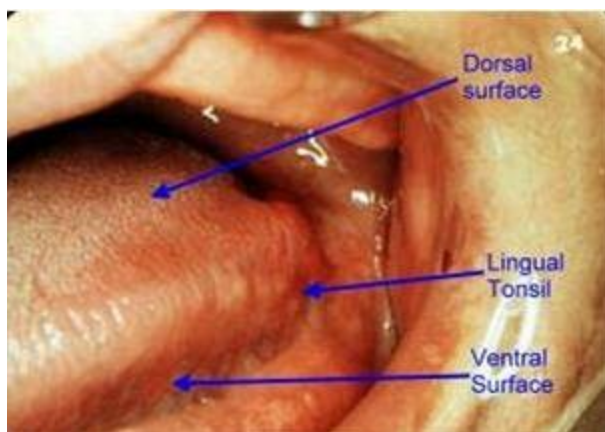
D- Sinh lý bệnh học



Viêm amidan

Amidan gồm 3 khối mô: amidan lưỡi, amidan hầu (adenoid), và amidan vòm miệng. Amidan là những mô lymphô được che phủ bởi biểu mô hô hấp, tạo thành những hốc.

Ngoài việc sản xuất ra bạch cầu lympho, các amidan còn tích cực tổng hợp các immunoglobulin. Amidan được xem là đóng vai trò trong cơ chế miễn dịch. Amidan khỏe mạnh góp phần trong bảo vệ miễn dịch, nhưng khi bị bệnh, vai trò này sẽ ít hiệu quả hơn. Amidan nhiễm bệnh kết hợp với giảm vận chuyển kháng nguyên, giảm sản xuất kháng thể xuống dưới mức bình thường, và là ổ nhiễm khuẩn mãn tính.



Amiđan lưỡi

II- CHỈ ĐỊNH

Các sách bài giảng về tai mũi họng đưa ra một danh sách những chỉ định cắt amiđan. Viện Hàn Lâm về Tai Mũi Họng và Phẫu Thuật Đầu Cổ Mỹ (AAO-HNS) công bố các chỉ định lâm sàng về phẫu thuật như sau:

- **Chỉ định tuyệt đối**

Amiđan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp trên, nuốt đau nhiều, rối loạn giấc ngủ, hoặc kèm theo các biến chứng tim mạch

Abscess quanh amiđan không đáp ứng với điều trị nội khoa và thủ thuật dẫn lưu ngoại khoa, trừ phi phẫu thuật được tiến hành trong giai đoạn cấp của bệnh.

Viêm amiđan gây biến chứng sốt cao co giật

Amiđan cần sinh thiết để xác định giải phẫu bệnh

- **Chỉ định tương đối**

Viêm nhiễm amiđan từ 3 đợt trở lên mỗi năm dù đã được điều trị nội khoa đầy đủ.

Hơi thở và vị giác hôi thối kéo dài do viêm amiđan mãn không đáp ứng với điều trị nội khoa.

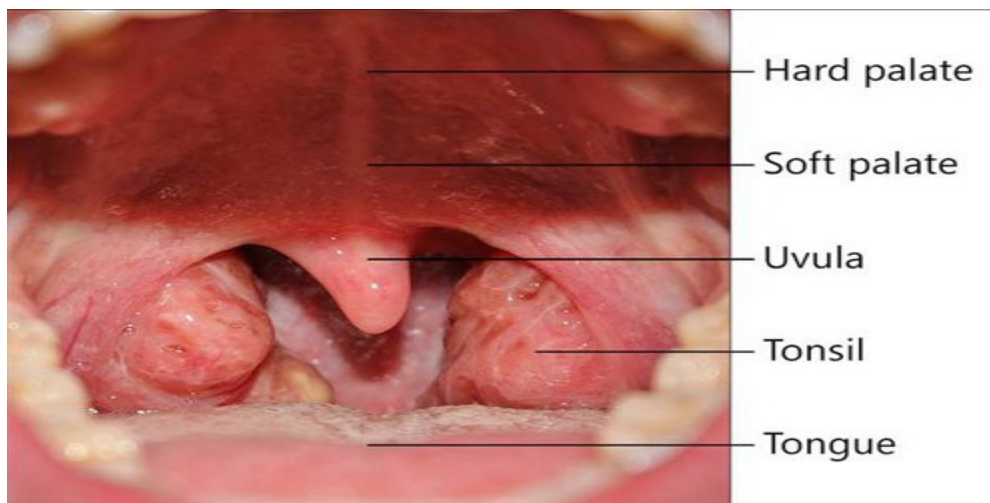
Viêm amiđan mãn hoặc tái phát trên một bệnh nhân mang mầm bệnh streptococcus không đáp ứng với các kháng sinh kháng beta-lactamase

Phì đại amiđan một bên nghi ngờ khối u tân sinh

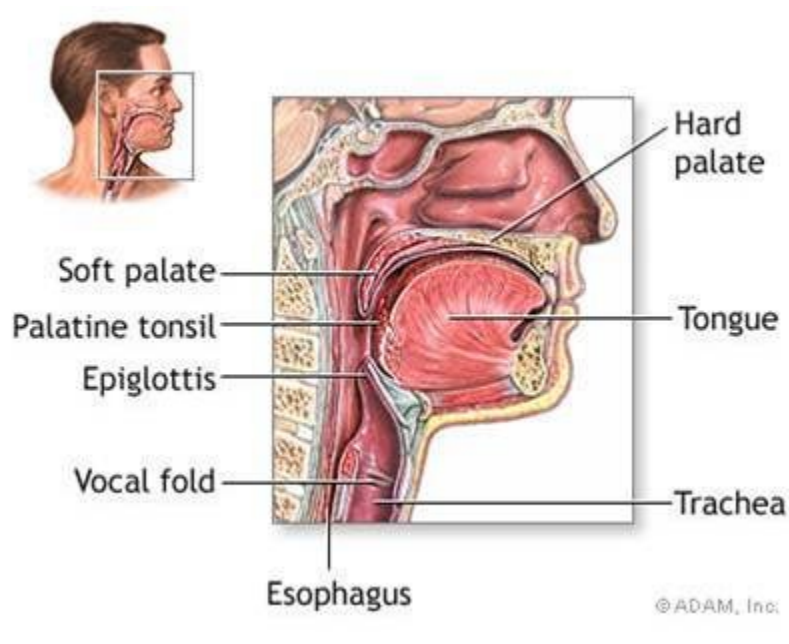


Amidan phì đại

III- GIẢI PHẪU HỌC



Amidan (tonsil), vòm miệng mềm (soft palate), lưỡi gà (uvula)



Liên quan giữa amidan vòm miệng (palatine tonsil) với các bộ phận chung quanh

Amidan nằm phía ngoài của vùng miệng hầu (oropharynx) và được bao quanh bởi các tổ chức sau đây:

Cơ thắt sâu-dưới (Deep-Superior constrictor muscle)

Cơ vòm miệng-lưỡi trước (Anterior-Palatoglossus muscle)

Cơ vòm miệng-hầu sau (Posterior-Palatopharyngeus muscle)

Vòm miệng mềm-trên (Superior-Soft palate)

Amidan dưới lưỡi (Inferior-Lingual tonsil)

Máu được cung cấp bởi động mạch cảnh ngoài và các nhánh của nó như sau:

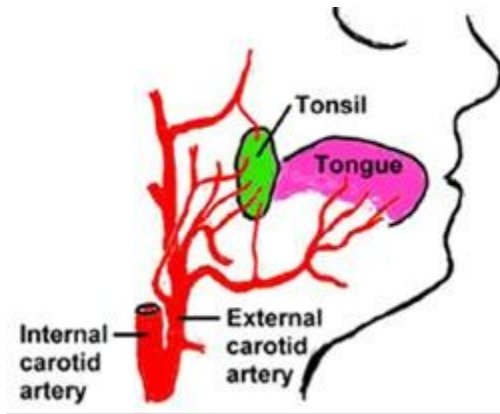
- Cực trên của amidan

Các nhánh amidan của động mạch hầu lên (Ascending pharyngeal artery, tonsillar branches)

Động mạch vòm miệng bé (Lesser palatine artery)

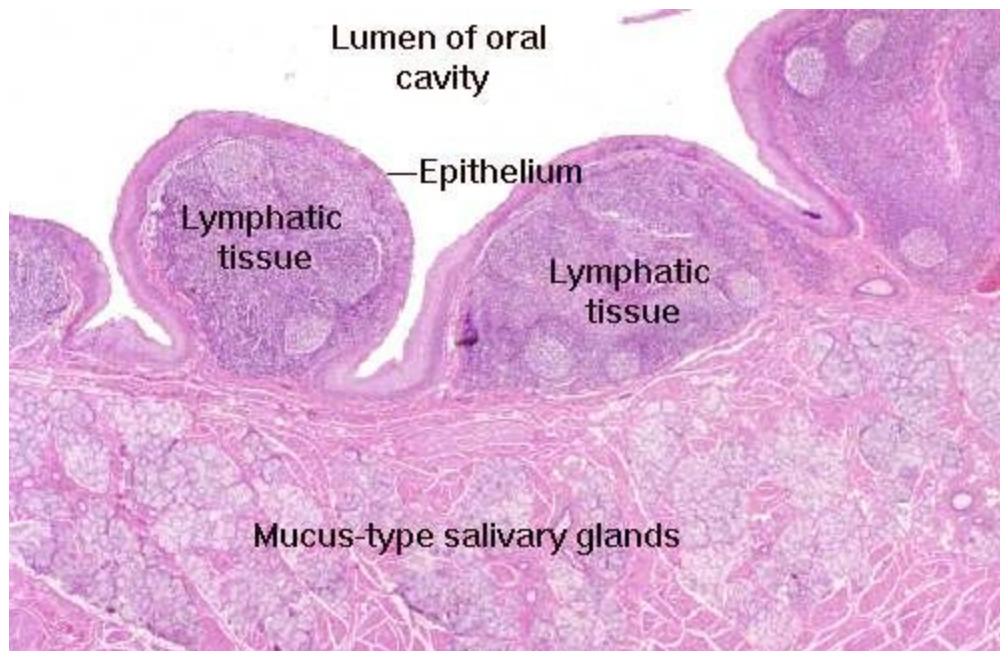
- Cực dưới của amidan

Các nhánh của động mạch mặt (Facial artery branches)
Động mạch lưng lưỡi (Dorsal lingual artery)
Động mạch vòm miệng lên (Ascending palatine artery)
Động mạch cảnh ngoài cung cấp máu nuôi amidan



Động mạch cảnh ngoài cung cấp máu nuôi amidan

- Máu tĩnh mạch rời amidan bằng các đám rối tĩnh mạch quanh bao amidan, tĩnh mạch lưỡi, và đám rối tĩnh mạch hầu.
- Dẫn lưu bạch huyết qua các hạch cổ trên sâu (superior deep cervical nodes) và các hạch cảnh-dạ dày (jugulodigastric nodes).
- Cảm giác được dẫn truyền bởi thần kinh lưỡi hầu (glossopharyngeal nerve) và thần kinh vòm miệng bé (lesser palatine nerve).
- Các cấu trúc quan trọng nằm sâu hơn so với cực dưới amidan bao gồm thần kinh lưỡi hầu, động mạch lưỡi và động mạch cảnh trong.
- Bề mặt amidan chứa đầy những hốc lót bởi biểu mô vảy (squamous epithelium). Các tế bào lymphoid nằm dưới lớp biểu mô.



Amidan là những mô lympho được che phủ bởi biểu mô vảy

IV- CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định cắt amidan bao gồm:

- Rối loạn đông máu
- Nguy cơ cao khi gây mê hoặc bệnh nội khoa không được kiểm soát tốt.
- Thiếu máu
- Nhiễm trùng cấp tính

V- CẬN LÂM SÀNG

A- Xét Nghiệm

Thông số đông máu.

Viện Hàn Lâm AAO-HNS yêu cầu thực hiện xét nghiệm chức năng đông máu toàn phần cơ bản cho tất cả các bệnh nhân có chỉ định cắt amidan.

Trong một nghiên cứu, kết quả xét nghiệm đông máu bất thường xảy ra ở 4% trong số 1706 trẻ em. Nhân tố gây nhiễu trong nghiên cứu này là tiền sử tiền phẫu của các bệnh nhân không giúp xác định được những đối tượng có rối loạn đông máu. Đây là một vấn đề đang gây tranh luận.

Các xét nghiệm đông máu cần thiết bao gồm: thời gian kích hoạt thromboplastin bán phần (activated partial thromboplastin time=aPTT) và đếm tiểu cầu. Các xét nghiệm này giúp tầm soát những rối loạn đông máu tiềm tàng.

Các xét nghiệm thời gian prothrombin (prothrombin time=PT) và thời gian máu chảy (BT) giúp tầm soát tất cả những rối loạn đông máu di truyền hoặc mắc phải, như hemophilia A và B, bệnh von Willebrand, bệnh giảm tiểu cầu, và các suy giảm khác.

B- Chẩn Đoán Hình Ảnh

Chẩn đoán hình ảnh bao gồm chụp phim Xquang quy ước, CT scan, và MRI ở những bệnh nhân có khối u amidan nghi ngờ ác tính.

Ngoài ra, trên một bệnh nhân có mạch đập ở vùng kề cận amidan cần thực hiện chụp MSCT động mạch hoặc chụp động mạch cộng hưởng từ (magnetic resonance arteriography=MRA) trước khi tiến hành cắt amidan để loại trừ động mạch cảnh trong lạc chỗ (aberrant internal carotid artery).

C- Các xét nghiệm khác

Kháng thể ASLO đã được nghiên cứu như một chỉ định tiềm năng để cắt amidan. Các kháng thể này liên quan đến nhiễm streptococcus nhóm A beta tán huyết (GABHS).

Chuẩn độ ASLO cao cho thấy có thể có nhiễm khuẩn streptococcus nhóm A beta tán huyết trường diễn.

- Trong lịch sử, GABHS cấy trên môi trường thạch máu với đĩa Bacitracin đã được dùng để nhận diện tác nhân quan trọng nhất gây viêm amidan.

Gần đây, một số test nhanh để phát hiện kháng nguyên streptococcus nhóm A beta tán huyết đã được sử dụng.

Các test nhanh khá đặc hiệu nhưng lại có độ nhạy không đồng đều; do đó kết quả âm tính cần được kiểm chứng bằng cấy vi trùng thường quy.

- Nhiều nghiên cứu cho thấy tần suất dị ứng cao hơn ở các trẻ có bệnh lý amidan và VA (adenotonsillar disease). Do đó, việc đánh giá yếu tố dị ứng có thể hữu ích, nhưng chỉ nên thực hiện ở những trẻ có triệu chứng và dấu hiệu của bệnh dị ứng mà thôi.

D- Giải Phẫu Bệnh

Cần xem xét về mặt mô học khi nghi ngờ ung thư. Khi amidan không Cân xứng, chúng cần được quan sát giải phẫu bệnh riêng biệt để loại trừ ung thư.



Amiđan (T): Carcinom tế bào vảy (squamous cells)

VI- ĐIỀU TRỊ

A- Điều trị Nội Khoa:

Điều trị nội khoa hỗ trợ trong lúc phẫu thuật có thể bao gồm:

- Thuốc acetaminophen nhét hậu môn ở trẻ em
- Các thuốc chống nôn tiêm tĩnh mạch
- Thuốc gây mê tĩnh mạch (trừ phi có tiền sử tắc nghẽn đường thở)
- Steroid tiêm tĩnh mạch (còn nhiều tranh luận, có thể hữu ích)
- Vô cảm tại chỗ (tác dụng còn đang bàn cãi)
- Sucralfate để giảm đau sau cắt amiđan (hiệu quả còn đang tranh luận)

B- Chi Tiết Tiền Phẫu

- Hỏi kỹ bệnh sử để đánh giá:

Rối loạn về chảy máu

Bất dung nạp thuốc mê

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

- Ở các bệnh nhân có hội chứng Down, cần chỉ định chụp cột sống cổ để đánh giá bán trật C1-C2. Ngoài ra, cũng nên cảnh giác với nguy cơ bệnh tim mạch tiềm tàng.

C- Chi tiết trong lúc phẫu thuật

- Đặt bệnh nhân ở tư thế Rose với gối tròn lót vai.
- Đặt banh cẩn thận để mở miệng.
- Kẹp amidan bằng clamp Alyss để kéo amidan trong khi cắt
- Các phương pháp đa dạng để cắt amidan bao gồm:
Dùng dụng cụ bằng thép lạnh (ví dụ kéo, nạo currettes)

Đốt monopolar (monopolar cautery)

Đốt bipolar (bipolar cautery) có hoặc không có kính hiển vi.

Cắt đốt bằng sóng cao tần (Radiofrequency ablation), hoặc coblation (có thể dùng để làm teo nhỏ amidan)

Dao mổ điều hoà với lưỡi dao rung bằng titanium (Harmonic scalpel with vibrating titanium blades)

Dụng cụ vận hành (ví dụ, máy vi cắt lọc=microdebrider) dùng cho kỹ thuật cắt amidan trong bao (intracapsular technique)

- Cầm máu bằng những phương pháp đa dạng bao gồm:

Đè ép bằng spongel trong nhiều phút

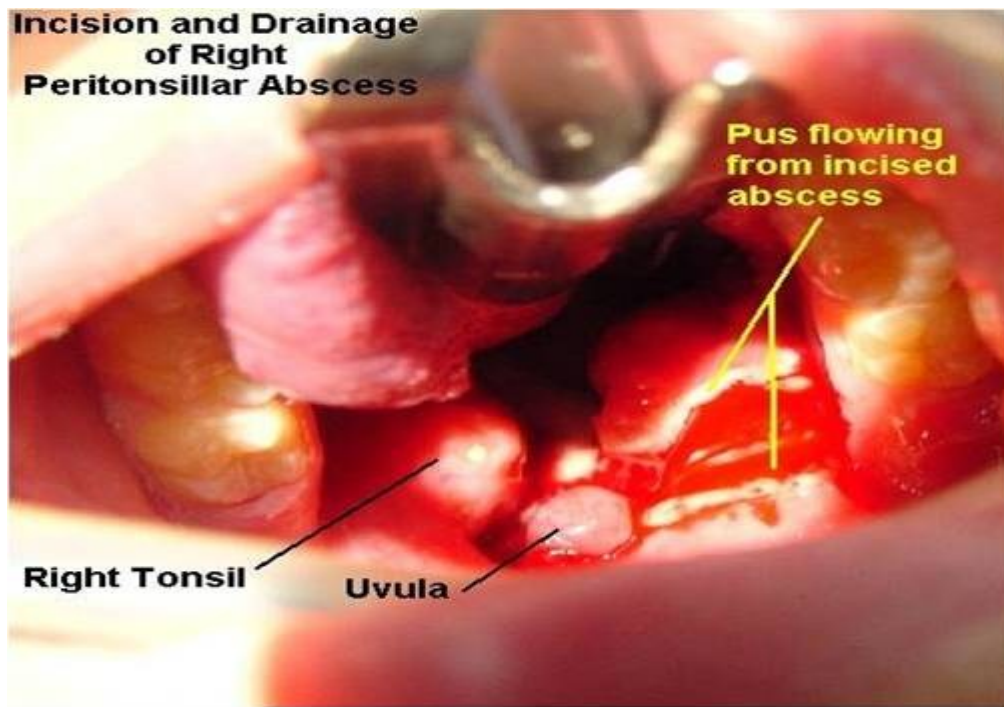
Dùng bismuth subgallate

Thắt nút

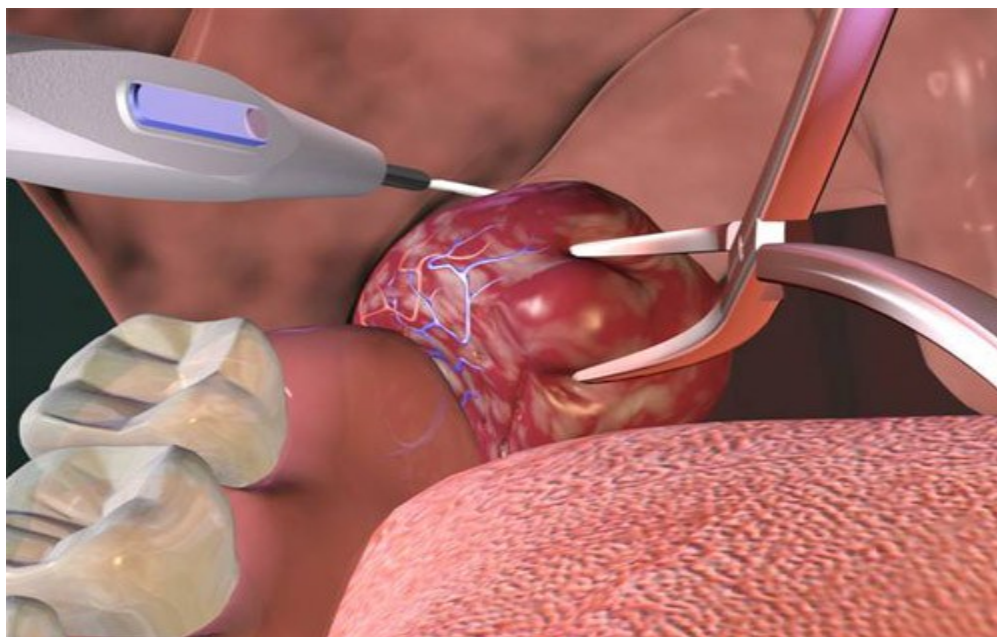
Cắt đốt và hút (Suction cautery)

Đốt bằng bipolar

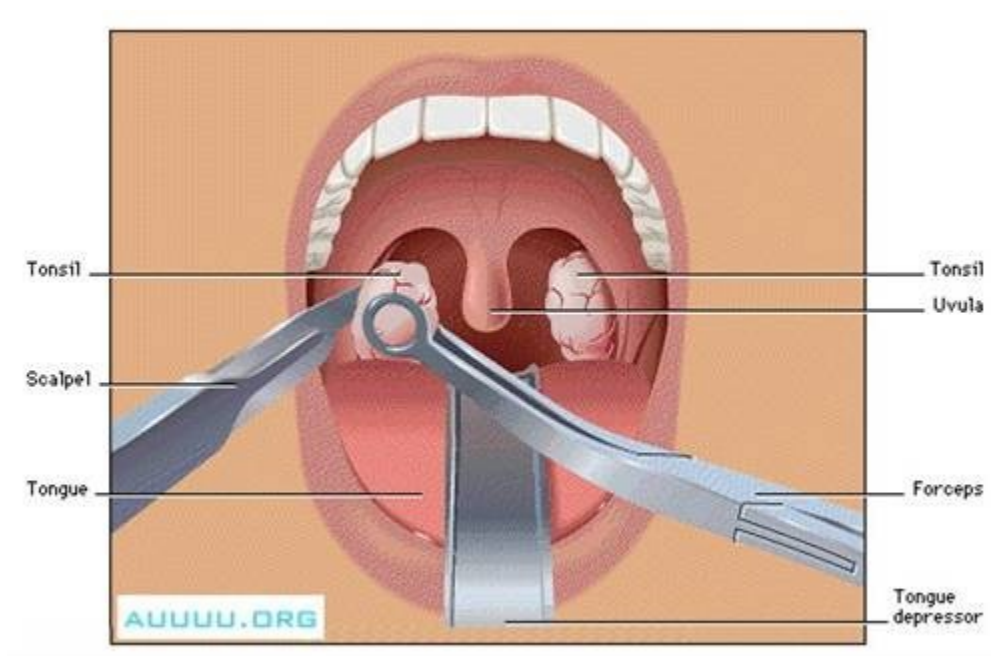
- Để nguyên amidan lưỡi tại chỗ.
- Cẩn thận khi hút đường thở của bệnh nhân.



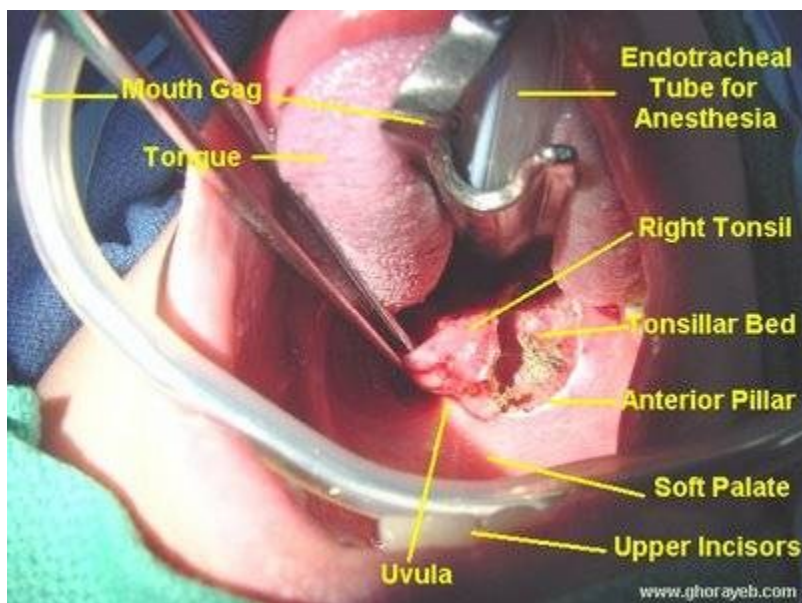
Rạch dẫn lưu mủ amidan



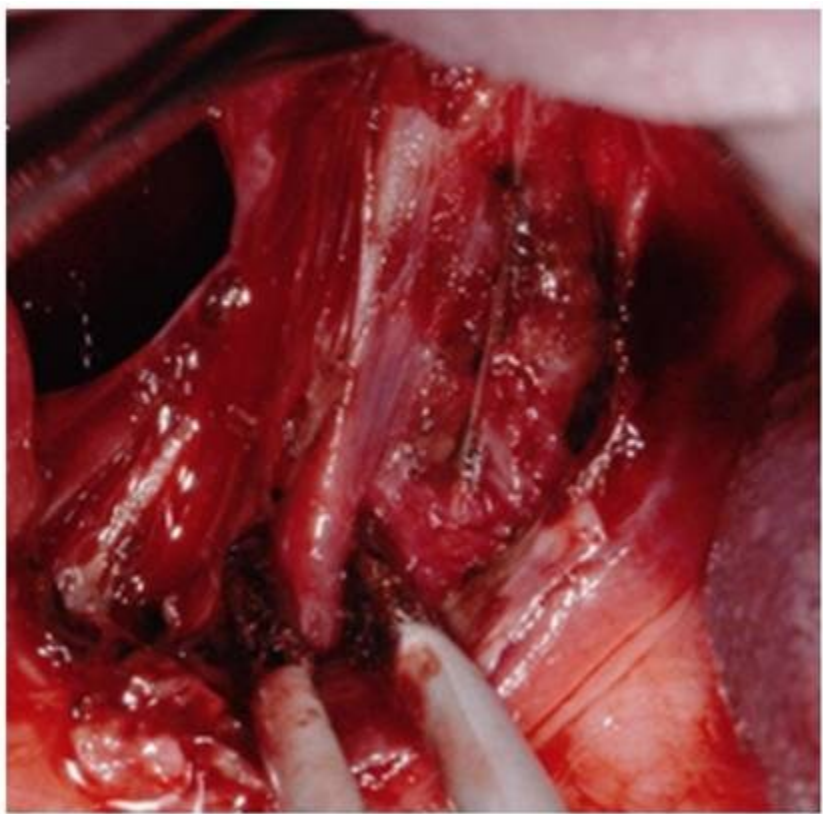
Cắt amidan bằng sóng RFA



Cắt amidan bằng phương pháp cổ điển



Hình ảnh cắt amidan có đặt nội khí quản gây mê



Cắt amidan bằng phương pháp bóc tách

D- Chi tiết hậu phẫu

Dùng acetaminophen dạng lỏng có hay không kết hợp với codeine để giảm đau. Trẻ bị đau sẽ không chịu ăn uống gây hậu quả thiếu nước, sụt Cân và nhiễm trùng tại chỗ.

Duy trì tốt nước điện giải.

Bệnh nhân cần ăn khẩu phần đầy đủ. Nên ăn thức ăn mềm, dễ nuốt.

Dùng kháng sinh. Uống kháng sinh trong một tuần sau cắt amidan đem đến kết cuộc khả quan hơn ở cả người lớn lẫn trẻ em.

Khuyên bệnh nhân tránh hút thuốc.

Tránh kiêng vác nặng hoặc gắng sức trong vòng 10 ngày.

Báo trước cho bệnh nhân biết rằng cảm giác đau sẽ dịu đi trong vòng 3-5 ngày đầu, kể đến sẽ tăng lên trong vòng 1-2 ngày sau đó trước khi biến mất hoàn toàn.

Đa phần cắt amidan được thực hiện an toàn trên cơ sở ngoại trú. Tránh cắt amidan ngoại trú ở những bệnh nhân dưới 3 tuổi, những người bị chứng ngưng thở tắc nghẽn lúc ngủ, những người sống xa khu điều trị ngoại trú, bệnh nhân bị hội chứng Down, hoặc những bệnh nhân gặp khó khăn trong tuân thủ các chỉ dẫn.

E- Theo dõi

Thời điểm tái khám lý tưởng là (1) khi đau đạt đến đỉnh thứ nhì (vào lúc 5-8 ngày) để trấn an bệnh nhân và (2) vào 4-6 tuần sau phẫu thuật để kiểm tra sự biến mất đi của các triệu chứng. Có thể chỉ cần gọi điện thoại để thăm hỏi các triệu chứng của bệnh nhân, tuy nhiên việc ấn định hình thức tái khám thế nào là tùy thuộc ở phẫu thuật viên và người bệnh.

VII- BIẾN CHỨNG

Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất. Ước tính khoảng 2-3% bệnh nhân bị biến chứng chảy máu sau cắt amidan, và cứ 40.000 bệnh nhân thì sẽ có 1 người tử vong do chảy máu.

Dùng kẹp dài và spongel đè ép lên hố amidan đang chảy máu. Nhúng spongel vào epinephrine hoặc bột thrombin có thể đem lại hiệu quả. Nếu thất bại, bệnh nhân cần được đưa vào phòng mổ. Có thể đốt điện giương amidan để cầm máu, dùng thêm các chất cầm máu bề mặt, hoặc thắt động mạch cảnh cùng bên như là biện pháp sau cùng. Dùng điện nhiệt có ưu điểm hơn cột thắt do tránh được nguy cơ gây thủng các mạch máu lớn bằng kim khâu. Trong những trường hợp nặng, có thể may cố định một miếng spongel vào vị trí chảy máu. Biện pháp cuối cùng là cột thắt các mạch máu lớn, như động mạch cảnh ngoài chẳng hạn.

Chảy máu có thể được phân loại thành chảy máu trong lúc phẫu thuật, nguyên phát (xảy đến trong vòng 24 giờ đầu tiên), hoặc thứ phát (xảy ra sau 24 giờ đến 10 ngày).

Các biến chứng khác bao gồm:

- Đau (ví dụ, viêm họng, đau tai)
- Mất nước (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn)
- Sụt Cân (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn)
- Sốt (ít gặp, thường do nhiễm trùng tại chỗ)
- Tắc nghẽn đường thở sau phẫu thuật (do phù nề lưỡi gà, tụ máu, sặc hít)
- Phù phổi (xảy ra ở những người tắc nghẽn đường thở thực sự do amidan)
- Chấn thương các mô họng tại chỗ
- Amidan còn sót lại sau cắt

- Thay đổi về tiếng nói (Nếu amidan lớn, tiếng nói của bệnh nhân có thể bị nghẹt)
- Chấn thương tâm lý, chứng hoảng sợ về đêm, hoặc trầm cảm
- Tử vong (hiếm gặp, thường liên quan đến chảy máu hoặc do biến chứng gây mê)
- Các biến chứng muộn bao gồm chít hẹp mũi hầu (nasopharyngeal stenosis) và liệt màng hầu-hầu (velopharyngeal incompetence). Các biến chứng này thường hay xảy ra khi nạo VA hoặc tái tạo lưỡi gà vòm miệng hầu (uvulopalatopharyngoplasty) cùng lúc với cắt amidan.

VIII- KẾT CUỘC VÀ TIỀN LƯỢNG

Paradise và đồng sự đã theo dõi các bệnh nhân bị viêm họng tái diễn. Ít gặp viêm họng ở các bệnh nhân 2 năm đầu sau khi cắt amidan hơn so với các bệnh nhân không cắt amidan.

So sánh với việc quan sát và chờ đợi, cắt amidan hoặc cắt amidan nạo VA giảm nhẹ các đợt viêm họng và viêm hô hấp trên. Các kết quả nghiên cứu khác cho thấy bệnh nhân hài lòng hơn và có chất lượng sống được cải thiện hơn so với lúc chưa cắt amidan.

Lượng alpha-streptococcus (vi khuẩn ức chế và bảo vệ =inhibitory protective bacteria) đã được chứng minh là gia tăng sau cắt amidan. Điều này giải thích tại sao cắt amidan làm giảm nhẹ mức độ viêm nhiễm đường hô hấp trên (bao gồm cả viêm hầu).

Y văn gần đây cho thấy cắt amidan kèm nạo VA có cải thiện hội chứng ngưng thở khi ngủ, tuy nhiên việc phục hồi hoàn toàn chỉ xảy ra ở 25% bệnh nhân. Các yếu tố xác định kết quả phẫu thuật gồm có béo phì, và chỉ số ngưng thở-thở kém (apnea hypopnea index=AHI) vào lúc chẩn đoán. Các tác giả ghi nhận rằng việc điều trị không những có ích cho các rối loạn về chú ý sau này của bệnh nhân mà còn giải quyết luôn những rối loạn giấc ngủ, cùng các hệ lụy của nó trên sự chú ý và hành vi ban ngày.

IX- TƯƠNG LAI VÀ NHỮNG ĐIỀU CÒN CẦN BÀN LUẬN

Các nghiên cứu về vấn đề cắt amidan vẫn đang thường xuyên được thực hiện. Phương pháp tối ưu để cắt amidan, việc dùng steroids chu phẫu có cần thiết hay không, cắt amidan trên cơ sở ngoại trú có an toàn? v.v. là những vấn đề còn chưa có kết luận rõ ràng.

Để điều trị tắc nghẽn đường hô hấp do amidan phì đại, cắt đốt amidan bằng laser ít gây đau hơn nhưng hiệu quả vẫn tương đương với cắt amidan. Đốt bằng sóng cao tần để giảm thể tích của mô dưới niêm cũng có thể được dùng để đạt mục tiêu điều trị tắc nghẽn đường hô hấp do amidan phì đại ở người lớn. Cần nghiên cứu thêm để chứng minh tính hiệu quả của những phương pháp này.

Cần nghiên cứu thêm về hiệu quả của cắt amidan trong điều trị bệnh viêm họng tái diễn.
Paradise và đồng sự đã cho thấy cắt amidan có ích cho những bệnh nhân bị chứng viêm họng tái diễn.

Albatros biên soạn

Tham Khảo

Gabriel P, Mazoit X, Ecoffey C. Relationship between clinical history, coagulation tests, and perioperative bleeding during tonsillectomies in pediatrics. *J Clin Anesth.* Jun 2000;12(4):288-91.

Fujikawa S, Hanawa Y, Ito H, Ohkuni M, Todome Y, Ohkuni H. Streptococcal antibody: as an indicator of tonsillectomy. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1988;454:286-91.

Carr MM, Williams JG, Carmichael L, Nasser JG. Effect of steroids on posttonsillectomy pain in adults. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* Dec 1999;125(12):1361-4.

Ozcan M, Altuntas A, Unal A, Nalça Y, Aslan A. Sucralfate for posttonsillectomy analgesia. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Dec 1998;119(6):700-4.

Carr MM, Muecke CJ, Sohmer B, Nasser JG, Finley GA. Comparison of postoperative pain: tonsillectomy by blunt dissection or electrocautery dissection. *J Otolaryngol.* Feb 2001;30(1):10-15.
Pizzuto MP, Brodsky L, Duffy L, Gendler J, Nauenberg E. A comparison of microbipolar cautery dissection to hot knife and cold knife cautery tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* May 30 2000;52(3):239-46.

van Staaik BK, van den Akker EH, van der Heijden. Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence based?. *Arch Dis Child.* 2005;90(1):19-25.

Tauman R, Gulliver TE, Krishna J, Montgomery-Downs HE, O'Brien LM, Ivanenko A, et al. Persistence of obstructive sleep apnea syndrome in children after adenotonsillectomy. *J Pediatr.* Dec 2006;149(6):803-8.

Lam YY, Chan EY, Ng DK, Chan CH, Cheung JM, Leung SY, et al. The correlation among obesity, apnea-hypopnea index, and tonsil size in children. *Chest.* Dec 2006;139(5):1751-6.
Galland BC, Dawes PJ, Tripp EG, Taylor BJ. Changes in behavior and attentional capacity after adenotonsillectomy. *Pediatr Res.* May 2006;59(5):711-6.

Colreavy MP, Nanan D, Benamer M, Donnelly M, Blaney AW, O'Dwyer TP. Antibiotic prophylaxis post-tonsillectomy: is it of benefit?. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* Oct 15 1999;50(1):15-22.

Fowler RH. The rise of the tonsil operation. In: *Tonsil Surgery: Based on a Study of the Anatomy.* Philadelphia: FA Davis Co; 1931:54-60.

Howells RC 2nd, Wax MK, Ramadan HH. Value of preoperative prothrombin time/partial thromboplastin time as a predictor of postoperative hemorrhage in pediatric patients

undergoing tonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. Dec 1997;117(6):628-32.

Lee KC, Bent JP 3rd, Dolitsky JN. Surgical advances in tonsillectomy: report of a roundtable discussion. Ear Nose Throat J. 2004;83(8 Suppl 3):4-13.

Nelson LM. Radiofrequency treatment for obstructive tonsillar hypertrophy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. June 2000;126(6):736-40.

Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. N Engl J Med. Mar 15 1984;310(11):674-83.

Rakover Y, Almog R, Rosen G. The risk of postoperative haemorrhage in tonsillectomy as an outpatient procedure in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. Jul 18 1997;41(1):29-36.

Randall DA, Hoffer ME. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. Jan 1998;118(1):61-8.

Richtsmeier WJ, Shikhani AH. The physiology and immunology of the pharyngeal lymphoid tissue. Otolaryngol Clin North Am. May 1987;20(2):219-28.

75. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ CẮT AMIĐAN



Theo dõi chăm sóc bệnh nhân sau cắt Amiđan:

1. Tiếp nhận bệnh nhân:

- Tiếp nhận hồ sơ:

+ Các thông tin hành chính: Tên, tuổi, giới, Chẩn đoán, Phương pháp phẫu thuật, Thời gian sau phẫu thuật

+ Các thông tin cần hết sức lưu ý: Cầm máu khó khăn trong phẫu thuật, Cần truyền máu sau phẫu thuật, Nạo VA kết hợp cắt Amidan, Các tiền sử bệnh mạn tính kèm theo hoặc dị tật kèm theo

- Đánh giá bệnh nhân:

+ Thông số toàn trạng thông thường: Mạch, Nhiệt độ, Huyết áp, Nhịp thở, Tình trạng da niêm mạc, Ý thức.

+ Nước bọt nhè ra ở miệng ngay lúc tiếp nhận bệnh nhân

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi sát sao vấn đề chảy máu sau mổ: tình trạng chảy máu, nuốt máu, mất máu

- Chống đau

- Chống nhiễm trùng

- Chống chảy máu

- Thực hiện y lệnh

- Nuôi dưỡng

- Tư vấn giáo dục sức khỏe

1. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi vấn đề chảy máu:

+ Đặt khay quả đậu đầu giường và dặn bệnh nhân liên tục nhổ nước bọt vào đó. Nhắc bệnh nhân không nuốt nước bọt.

+ Mạch, huyết áp 30 phút/lần

+ Nếu có chỉ định, lấy máu để đánh giá tình trạng mất máu 2h/ lần

- Chống đau:

+ Bệnh nhân thường đau nhiều trong những ngày đầu, luôn chú ý dùng thuốc giảm đau cho bệnh nhân

- + Có thể cho bệnh nhân uống nước lạnh hoặc chườm lạnh, ngâm đá giảm đau
- Chống nhiễm trùng:
- Chống chảy máu:
- + Chuẩn bị bộ dụng cụ cầm máu Amidan cấp cứu
- Thực hiện y lệnh:
- Chế độ dinh dưỡng:
- + Ăn mềm, nguội trong tuần đầu, bắt đầu bằng đồ ăn dễ nuốt nhất, lỏng nhất sau đó đặc dần
- + Không các đồ ăn chua, cay, nóng trong tuần đầu
- + Tránh lạm dụng rượu trong tuần đầu
- Tư vấn, giáo dục sức khỏe
- + Hẹn khám lại sau 10 ngày sau mổ, 3 - 4 tuần sau mổ
- + Hướng dẫn súc miệng nước muối, vệ sinh họng sau mổ
- + Thuốc sau mổ phải tuyệt đối tuân thủ
- + Sau cắt Amidan có thể chảy máu do bong giả mạc thời gian 10-12 ngày sau mổ, nếu xảy ra nên quay lại cấp cứu ngay.

76. GIÁ TRỊ CỦA NỘI SOI TẠI MŨI HỌNG

Nội soi là kỹ thuật hiện đại, sử dụng các loại dụng cụ chuyên biệt để quan sát trực tiếp bên trong các cơ quan của cơ thể.

Người ta có thể quay phim, chụp hình bên trong các cơ quan, lấy dị vật, sinh thiết, cao nhất là phẫu thuật nội soi.

Nội soi hiện nay được sử dụng trong hầu hết các chuyên khoa: tai mũi họng, tiêu hóa (thực quản, dạ dày, ruột già...) sản, ngoại, tiết niệu, xương khớp, thần kinh, thẩm mỹ...

NỘI SOI TAI MŨI HỌNG

Khi nào thì nội soi Tai Mũi Họng?

Nhìn chung khi có vấn đề bệnh lý tai mũi họng thì cần thiết phải nội soi, đặc biệt khi nghi ngờ viêm xoang, u bướu vùng mũi họng, thanh quản, các trường hợp nhức đầu dai dẳng, khan tiếng hay ho khạc kéo dài.

Nội soi tai mũi giúp ích được gì?

Ngoài việc nó là” tiêu chuẩn vàng “ để chẩn đoán bệnh viêm xoang, nội soi còn giúp phát hiện chính xác các bệnh lý khác ở mũi như: gai vách ngăn mũi, vẹo vách ngăn, các bất thường về cấu tạo của hốc mũi. Đặc biệt nó là phương tiện hữu hiệu để phát hiện sớm ung thư vòm hầu.

Nội soi còn giúp phát hiện các bệnh lý ở hạ họng thanh quản mà với dụng cụ khám tai mũi họng thông thường không thể phát hiện được, chẳng hạn như viêm thanh quản, polype thanh quản, hạt dây thanh, liệt dây thanh âm. Đặc biệt chỉ có nội soi mới giúp ích thật sự cho việc phát hiện các khối u thanh quản (ung thư thanh quản, bướu máu thanh quản...)

Nội soi tai giúp phát hiện bệnh viêm tai giữa, các trường hợp có rối loạn vận động vòi nhĩ gây ù tai...

Bệnh nhân cần chuẩn bị gì trước khi nội soi tai mũi họng?

Vì thời gian nội soi khoảng 15 phút và không có tác dụng phụ gì nên bệnh không cần chuẩn bị gì trước khi nội soi. .

Các bước nội soi tai mũi họng

1. bác sĩ khám tai mũi họng với dụng cụ thông thường để đánh giá sơ bộ tình trạng hiện tại của bệnh nhân.
2. bác sĩ sẽ đặt vào mũi bệnh nhân một đoạn ngắn bông gòn có tẩm thuốc co mạch và thuốc tê.
3. sau 5 đến 10 phút đoạn bông gòn sẽ được lấy ra và tiến trình nội soi được thực hiện.
4. bác sĩ tuần tự kiểm tra mũi, vòm hầu, hạ họng, thanh quản và cuối cùng là kiểm tra tai bệnh nhân. Kết quả sẽ được in trên giấy và trả cho bệnh nhân sau 5 phút.

Bệnh nhân có cảm thấy đau khi nội soi không?

Bệnh nhân sẽ không có cảm giác đau khi được nội soi vì các lý do như sau: hốc mũi của bệnh

nhân đã được thuốc co mạch làm cho nở rộng ra nên việc soi rất dễ dàng. Thuốc tê làm mất cảm giác của niêm mạc mũi. Ống nội soi rất nhỏ so với hốc mũi. Bệnh chỉ có cảm giác nặng và rát trong mũi khi bác sĩ đặt gòn tẩm thuốc co mạch và thuốc tê vào mũi.

Sau khi ra về bệnh nhân có thể bị chảy mũi nhiều hơn nhưng sẽ hết sau vài giờ.

Trong khi tiến hành nội soi, nếu phát hiện có dị vật trong mũi, họng, tai của bệnh nhân, bác sĩ sẽ lấy ra cho bệnh nhân, hoặc nếu phát hiện khối u nghi ngờ ác tính, bác sĩ sẽ dùng dụng cụ để lấy một mảnh mô nhỏ gửi đến phòng xét nghiệm để kiểm tra xem đó là u lành tính hay u ác tính.

Tóm lại kỹ thuật nội soi là một kỹ thuật y khoa hiện đại giúp chẩn đoán sớm và chính xác rất nhiều bệnh đặc biệt là các bệnh lý tai mũi họng. Kỹ thuật nội soi không đau, không gây chảy máu, nó được gọi là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu. Nội soi tai mũi họng hầu như không có chống chỉ định thực hiện nào vì nó rất an toàn cho bệnh nhân.

77. THỦ THUẬT TRONG TAI MŨI HỌNG

KHÍ DUNG

1. Nguyên tắc: Khí dung đây là một phương pháp để đưa thuốc vào cơ thể dưới hình thức một dung dịch thuốc trong không khí. Thuốc được phân tán thành những hạt vi thể (micelle) từ 1mm đến 8mm, hoà tan trong không khí.

Thuốc đưa vào cơ thể bằng cách khí dung sẽ có tác dụng mạnh gấp 5 lần so với những cách khác như uống hoặc tiêm. Nhờ vậy nên liều thuốc dùng có thể giảm bớt xuống. Khối lượng trung bình là 5 ml dùng trong khoảng 10 phút, ngày làm 2 hoặc 3 lần.

Khí dung có thể so sánh với xông hơi và có những điểm khác sau đây:

- Không làm mờ gương.
- Có thể đi qua vải mà không làm ướt vải.
- Phân tán rất nhanh trong không khí và lơ lửng trong không khí rất lâu.

Lưu ý:

- Không nên nhâm khí dung với xông hơi nước nóng hoặc hơi nước những loại này đều gồm những hạt nước to và làm mờ gương.
- Khí dung dùng trong tai mũi họng khác với khí dung dùng ở nội khoa. Khí dung trong tai mũi họng là những hạt vi thể cỡ trên 5 mm và lưu lượng lớn. Áp lực trong loại máy này thường là 1kilô/cm² lưu lượng là 10 lít trong một phút, mỗi hạt vi thể kích thước khoảng 8 mm.

2. Chỉ định và cách khí dung.

2.1. Khí dung đường mũi:

- Cho vòi vào 2 bên mũi và mềm kên “kê” dài hơi và nhiều lần. Trước khi khí dung mũi phải xì mũi sạch và nhỏ Êphêđrin vào mũi.

Sử dụng trong trường hợp viêm mũi, xoang: nên dùng một trong những công thức sau đây:

1 lọ Gentamicin 80 mg + 2- 3 giọt Êphêđrin 3% + 0,5 ml Hydrocortison + 2 ml nước muối đẳng trương.

1 lọ Lincomycin 600 mg + 2- 3 giọt Êphêđrin 3% + 0,5 ml Hydrocortison + 2 ml nước muối đẳng trương.

Viêm mũi, xoang dị ứng: 0,5 ml Hydrocortison + 1 lọ Vitamin C + 2 ml nước muối đẳng trương.

2.2. Khí dung đường họng:

- Cho vòi vào họng, trước hết phải súc miệng cho sạch lớp tiết nhầy sau đó há mồm rộng kên “a” dài và đặt cái vòi phun họng lên 2/3 trước của lưỡi. Cần phải kên “a” cho màn hầu vén lên thì thuốc mới vào được.

- Sử dụng trong trường hợp viêm họng, thanh quản: nên dùng một trong những công thức sau đây:

1 lọ Gentamicin 80 mg + 0,5 ml Hydrocortison + 0,5 ml Bicarbonat + 2ml nước muối đẳng trương.

1 lọ Lincomycin 600mg + 0,5 ml Hydrocortison + 0,5 ml Bicarbonat + 2 ml nước muối đẳng trương.

Lưu ý:

Muốn cho khí dung vào xoang hàm, người bệnh ngậm vòi thuỷ tinh ở mồm và hít khí dung bằng mồm xong rồi thở ra đường mũi mạnh. Động tác này căn cứ vào hiện tượng sau đây: khi chúng

ta hít vào thì không khí ở xoang đổ ra ngoài, khi ta thở ra mạnh đẳng mũi thì không khí chạy vào xoang.

Muốn cho khí dung vào thanh quản, khí quản, người bệnh úp cái mặt nạ lên mũi và mồm rồi hít sâu và thở ra.

Muốn cho khí dung vào phế quản bệnh nhân phải để cả mũi và mồm vào mặt nạ và phải thở vừa sâu vừa chậm. Ngoài ra lưu lượng của khí dung phải được tăng lên 30 lít trong một phút và các micelle không to quá 5mm. Đối với những người bệnh bị giãn phế quản, trước khi hít khí dung phải giải phóng các phế quản bằng cách nằm đầu thấp hoặc hút sạch phế quản.

PHƯƠNG PHÁP DI CHUYỂN PROORTZ

1. Nguyên tắc.

Phương pháp Proortz là đưa thuốc dạng lỏng vào xoang bằng cách hút không khí trong xoang qua đường mũi.

Nguyên lý bình thông nhau: chúng ta có 2 cái bình A và B thông với nhau qua một cái eo C nhỏ (đường kính độ 1 mm). Nếu chúng ta rót nước vào bình A thì nước chỉ ở trên bình A chứ không chảy xuống bình B được vì không khí trong bình B không có lối thoát (nước đã bịt kín ở eo C). Nếu ta hút không khí ở bình A thì áp lực ở bình A giảm xuống thấp hơn bình B và một phần không khí ở bình B sẽ qua cái eo C, chuyển sang bình A nếu ta thôi hút, một phần nước ở trên bình A chảy xuống bình B. Như vậy không khí đã di chuyển từ bình B sang bình A và nước từ bình A sang bình B.

- Trên cơ thể con người hốc mũi có thể so sánh như bình A, các xoang là bình B còn lỗ thông mũi, xoang là eo C. Nếu chúng ta cho thuốc vào hốc mũi rồi bịt kín lối thông với họng và hút không khí trong mũi ra thì thuốc sẽ vào các xoang.

2. Thuốc dùng: Thuốc dùng thường là 0,5 ml Hydrocortizon + 1 lọ Gentamycin hoặc Cloramphenicol 4⁰/₀₀ + 1ml nước muối sinh lý.

3. Cách làm: Trước tiên để bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp và nhỏ Êphedrin 3% hoặc Cocain 3% vào mũi làm giãn rộng lỗ thông của các xoang. Sau đó để đầu bệnh nhân ra đầu cạnh bàn và ngửa tối đa về phía sau. Thầy thuốc ngồi trên ghế ở phía đầu bệnh nhân. Dùng bơm tiêm bơm 2 ml thuốc vào một lỗ mũi.

- Bảo bệnh nhân nhịn thở kêu “kê” liên tục dài hơi (độ 30 giây).

- Bịt kín lỗ mũi phía bên kia.

- Dùng bơm tiêm Lơ mê (Lemée) đầu tù hoặc máy hút, hút không khí trong hốc mũi có thuốc ra. Hút độ 3 giây, bỏ ra 3 giây và hút trở lại nhiều lần (không nên hút mạnh quá 180 mmHg như vậy sẽ gây ra nhức đầu), sau 30 giây thì nói bệnh nhân không kêu “kê” nữa. Nghỉ vài phút cho bệnh nhân thở, rồi bơm 2 ml thuốc và làm trở lại như trên. Mỗi bên mũi nên cho làm 6 ml thuốc tức là phải hút 3 đợt.
- Muốn cho thuốc vào các xoang sau (xoang bướm, xoang sàng sau) thì bệnh nhân phải ngửa đầu ra sau nhiều, làm thế nào cho cằm và ống tai ngoài cùng trên một đường dây dọi thẳng góc với mặt đất.
- Muốn cho thuốc vào xoang hàm và xoang sàng trước nên dùng tư thế Le Mée- Richier: để bệnh nhân nằm ngửa, đầu và cổ ngửa ra đằng sau đến mức tối đa tức là làm thế nào cho xương móng và ống tai ngoài cùng ở trên một đường thẳng góc với mặt đất. Xong rồi quay tối đa về phía thầy thuốc.
- Muốn cho thuốc vào xoang trán để bệnh nhân nằm sắp đầu thừa ra khỏi cạnh bàn hơi cúi xuống một chút, ống tai ngoài và khớp trán mũi cùng trên một đường thẳng góc với mặt đất.
- Phương pháp Proetz hơn hẳn các phương pháp khác, nó cho phép ta đưa thuốc vào các xoang mà không cần thông chọc. Phương pháp này chỉ thực hiện khi niêm mạc xoang chưa bị quá phát, mũi chưa có polyp.

CHỌC THÔNG XOANG HÀM

1.Đại cương: Là biện pháp cho phép người thầy thuốc chẩn đoán bệnh lý xoang hàm, ngoài các phương pháp soi bóng mờ và chụp X-quang. Đồng thời giúp điều trị viêm xoang hàm.

Mục đích:

- Để xem trong xoang hàm có mủ hay không? Nếu có mủ cho thử kháng sinh đồ, cấy khuẩn. Nếu không có mủ cho xét nghiệm tế bào.
- Bơm thuốc cản quang vào xoang để chụp phát hiện các khối u trong xoang và thể viêm dày niêm mạc xoang.

Chỉ định:

- Nghi trong xoang hàm có mủ và chắc chắn có mủ. Nghi trong xoang có khối u, khối polype hay nang dịch.
- Bơm thuốc kháng sinh vào xoang trong điều trị viêm xoang hàm.

- Bơm thuốc cản quang vào trong xoang hàm để chụp X - quang chẩn đoán.

Chống chỉ định:

- Viêm xoang hàm cấp tính hay đang có đợt nhiễm khuẩn cấp tính.

- Mắc các bệnh mãn tính chưa ổn định.

- Phụ nữ có thai.

- Trong vụ định sốt xuất huyết.

- Trẻ em dưới 5 tuổi.

Nguyên tắc:

Chọn chỗ thấp nhất của vách mũi xoang.

Phải có lỗ dẫn lưu, không chọc khi có thoái hoá cuốn giữa hay có polype che kín khe mũi giữa lấp mất lỗ dẫn lưu.

2. Kỹ thuật:

Chuẩn bị dụng cụ - thuốc:

Đèn clar hoặc gương trán.

Kim chọc xoang thẳng hoặc cong.

Banh mở mũi.

Vòi cao su nối liền kim chọc xoang với bơm tiêm 50 ml.

Que thăm bông và kẹp khuỷu.

Khay quả đậu, ni lông choàng.

Nước muối (Natri clorua 9%0), thuốc tê: Lidocain hoặc Xylocain...

Tư thế bệnh nhân- thầy thuốc:

Bệnh nhân ngồi ghế đối diện với thầy thuốc, quàng ni lông.

Thầy thuốc chọc bên nào của bệnh nhân, thì tay đối diện của phẫu thuật viên cầm mở mũi, còn tay kia cầm kim.

Gây tê: Dùng que tăm bông vẩy bông tẩm thuốc Naphtasolin + Adrenalin + Lidocain đặt vào khe mũi dưới, dưới nếp gấp của xương xoăn dưới, điểm định chọc kim.

Kỹ thuật:

- Thầy thuốc đeo đèn clar nhìn qua banh soi mũi, xác định khe mũi dưới, đưa kim chọc xoang vào đúng vị trí gây tê, chỗ nếp gấp xương xoăn dưới và thành ngoài hốc mũi, ở một điểm cách đầu xương xoăn dưới 1,5 cm và cách sàn mũi 1cm. Ở điểm này vách xương rất mỏng, đầu nhọn của kim chọc xoang hướng ra phía ngoài tức phía gò má, thầy thuốc làm động tác xoay và dùi ấn nhẹ thì đầu nhọn của kim sẽ chọc qua thành vách xương và đi vào trong lòng xoang. Nếu xoang có nhiều mủ sẽ thấy mủ chảy ra qua ống chọc hoặc có thể dùng bơm tiêm hút ra làm xét nghiệm và kháng sinh đồ.
- Lắp bơm tiêm và bơm nhẹ dung dịch nước muối sinh lý vào xoang, khi bơm cho bệnh nhân bịt mũi bên đối diện, há miệng và xì mũi liên tục.
- Rút kim và đặt vào khe mũi dưới một miếng bông vô khuẩn có tác dụng ép và chống chảy máu.
- Trường hợp lỗ thông mũi xoang bị tắc phải chọc thêm kim thứ 2 để dẫn lưu dịch mủ.
- Nếu bị viêm xoang hàm do răng thì trước khi chọc rửa xoang hàm phải nhổ răng trước và chọc xoang qua lỗ chân răng.

3. Tai biến, biến chứng trong chọc thông xoang hàm:

- Phản ứng với thuốc tê (phải thử phản ứng trước khi gây tê): bệnh nhân choáng váng, buồn nôn, mặt tái vữa mồ hôi, chân tay lạnh. Nặng hơn: ngừng tim, ngừng thở, co giật. Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp, thở o₂, tiêm trợ tim, trợ lực.
- Kim chọc chạm kim vào xương xoăn dưới hay làm xước niêm mạc gây chảy máu.
- Chọc kim đi lên mặt trước của xoang lên vùng má, chọc lại.
- Kim xuyên qua 2 lớp của thành xoang ra vùng má hoặc dưới hố chân bướm hàm. Bơm nước phòng ra má hoặc góc hàm, rút kim ra ngay, chườm nóng, dùng kháng sinh.
- Kim chọc vào ổ mắt, làm tổn thương mắt.

Chú ý:

- Chọc 1 lần 1 ngày, tối đa chọc 7 lần, nếu vẫn còn mủ thì phải chuyển phẫu thuật.
- Nếu dịch chảy ra màu vàng chanh nghĩ đến u nang. Nếu dịch máu nghi ung thư xoang. Nếu nước trong nghĩ đến dị ứng. Nếu dịch mủ nghĩ đến viêm xoang mủ.

CHÍCH MÀNG TAI

1. Định nghĩa: Là một thủ thuật điều trị viêm tai giữa cấp tính có mủ ở giai đoạn ứ mủ. Có thể chích lại phần thấp khi màng tai đã bị thủng ở phần cao.

2. Dụng cụ và chuẩn bị:

Đại bộ phận chích màng tai ở trẻ em.

Dụng cụ: kim chích nhĩ, ống soi tai, bông, oxy già.

3. Kỹ thuật:

Sát trùng ống tai, soi tai nhìn cho rõ màng nhĩ, kim chích nhĩ đã được sát khuẩn.

Vị trí thường chích ở 1/4 sau dưới, không sát khung nhĩ và cũng không xa quá 5 mm.

Khi chích phải giữ thật chắc chân, tay cháu bé. Khi chích xong phải lau rửa sạch bằng oxy già và đặt tăng tẩm glycerin borate để dẫn lưu. Cứ 3 giờ thay tăng 1 lần để theo dõi lượng mủ chảy ra.

4. Tai biến:

Choáng: do chích quá sâu vào mê nhĩ.

Chảy máu: do chích sâu và rộng quá.

Sau khi chích theo dõi 3-5 ngày để xem đường chích có bị bịt lại hay không?

THÔNG VÀ BƠM HƠI VÒI NHĨ

1. Chỉ định: Trong tắc và hẹp vòi nhĩ, biểu hiện: ù tai, nghe kém thể dẫn truyền, màng nhĩ bị đẩy vào trong, cán xương búa mấu ngắn nhô ra. Nghiệm pháp Valsava (-). Tắc hẹp này không nghi do khối u.

2. Chống chỉ định: trong trường hợp viêm mũi, họng cấp tính.

3. Dụng cụ: Sonde Itard, ống nghe, quả bóng bóp có dây cao su nối giữa quả bóng và sonde Itard (ống nghe nối giữa ống tai bệnh nhân và thầy thuốc để theo dõi). Que gây tê và thuốc tê.

4. Kỹ thuật:

Que gây tê đưa từ cửa mũi trước đến cửa mũi sau và vào lao vòi.

Bệnh nhân ngồi trước mặt thầy thuốc.

Luồn sonde Itard xuống dưới sàn mũi vào thành sau họng. Sau đó kéo lùi ra khoảng 1cm. Quay đầu sonde 90^0 về phía loa vòi. Đồng thời bảo bệnh nhân nuốt để loa vòi mở. Tay bệnh nhân giữ sonde. Một tay thầy thuốc giữ ống nghe, 1 tay bóp bóng nhẹ, sau bóp mạnh dần đến khi nào thấy tiếng ục ở tai là được. Nếu thấy nặng bồm, sau 5 phút chưa thấy kết quả thì phải lựa chiều lại sonde Itard.

Sau đó bơm kháng sinh + hydrocortison vào loa vòi. Khi rút sonde làm ngược chiều với lúc đầu.

Mỗi đợt thông vòi nhĩ 10-15 lần.

PHẢN XẠ LIỆU PHÁP

1. Nguyên tắc: Niêm mạc mũi rất nhạy cảm với mọi kích thích vì nó được chi phối bởi 3 loại thần kinh: thần kinh tam thoa (cảm giác), thần kinh giao cảm (co thắt mạch máu), thần kinh phó giao cảm (giãn mạch máu và xuất tiết). Vì vậy khi chúng ta kích niêm mạc mũi, chúng ta có thể gây nên một số phản xạ và phản xạ này dùng để chữa những bệnh rối loạn chức năng mà không có tổn thương thực thể. Phương pháp hay được dùng nhiều nhất là gây tê hạch bướm khẩu cái.

2. Chỉ định: Đây là một phương pháp phản xạ để điều trị một số triệu chứng như hắt hơi, ngạt mũi, ho cơn, hen suyễn, nhức đầu, co thắt họng thanh quản, chàm, viêm thần kinh hậu nhãn cầu, buồn mắt...

3. Kỹ thuật:

Gây tê mũi trước bằng cocain 3%.

Dùng một que bông đầu bẻ cong hình móc 80^0 có quấn bông thấm thuốc Bonain, đưa vào hốc mũi dọc theo bờ dưới của xương xoăn giữa. Khi đầu que vào đến đuôi xương xoăn giữa thì xoay cái móc về phía trên và phía ngoài. Lúc đó có cảm giác que rơi vào cái hố lõm, như vậy là rơi vào đúng hạch bướm khẩu cái.

Để que bông trong mũi chừng 15 phút rồi rút ra.

4. Phản ứng thường gặp là: chảy nước mắt, đỏ nửa bên mặt ở một số bệnh nhân nữ.

78. ĐIỀU TRỊ BỆNH TAI MŨI HỌNG

1. Tính chất và vai trò niêm mạc vùng tai mũi họng.

1.1. Chức năng sinh lý của niêm mạc đường hô hấp.

Mũi có chức năng hô hấp, phát âm và ngửi. Không khí được sưởi ấm, làm ẩm và lọc sạch trước khi vào phổi. Màng biểu mô mũi có chức năng lọc và thanh toán các dị vật có đường kính lớn trên 15mm. Ngược lại các hạt từ 1mm và bé hơn chỉ có 5% bị giữ lại ở màng nhầy. Các dị vật này được màng nhầy chuyển ra cửa mũi sau. Nhờ sự hoạt động có hiệu quả của hệ thống lông chuyển, mà các khoang phụ của mũi trở nên vô trùng.

1.2. Miễn dịch tự nhiên của đường hô hấp (những yếu tố đề kháng không đặc hiệu): hàng rào đầu tiên và khó vượt qua nhất đối với vi khuẩn là bề mặt nguyên vẹn của niêm mạc và lớp màng nhầy bao phủ trên bề mặt của nó. Nhiễm khuẩn chỉ xảy ra khi các vi khuẩn có độc tố cao đủ khả năng gây thương tổn, vượt qua được hàng rào niêm mạc.

Phần lớn các vi khuẩn có kích thước lớn được giữ lại ở lớp màng nhầy của đường hô hấp trên rồi bị đẩy ra ngoài bởi hoạt động của lớp màng nhầy và lông nhung mao của niêm mạc mũi. Hệ thống làm sạch này thường khá hiệu quả. Nó cũng bị yếu đi bởi hút thuốc lá, bệnh viêm mũi mạn tính (niêm mạc mũi bị xơ hoá, teo dẹt, quá phát, hít phải dịch dạ dày trào ngược, những đợt tấn công của siêu vi trùng hoặc chấn thương do đặt nội khí quản). Một cơ thể khoẻ mạnh là một cơ thể có chức năng điều hoà miễn dịch tốt.

Sự đề kháng của biểu mô đường hô hấp do vai trò của Ig trong lớp màng nhầy của mũi. Bao gồm: IgE, IgG, IgA, IgM ngoài ra còn có men lysozim, và độ pH cố định từ: 6,8-7,2.

1.3. Yếu tố cơ học: sự làm sạch được tiến hành bởi lớp màng nhầy.

Bệnh học của tai mũi họng và xoang thực chất là bệnh học của niêm mạc. Trong điều trị bệnh lý tai mũi họng chủ yếu dùng các thuốc điều trị tại chỗ, ít khi dùng thuốc điều trị toàn thân.

Niêm mạc vùng tai mũi họng có cấu trúc phức tạp, nơi gặp nhau của 2 đường hô hấp và tiêu hoá nên cấu trúc của của niêm mạc có những điểm giống và khác nhau.

- Giống nhau: đều được cấu tạo bởi nếp gấp của biểu mô và lớp tổ chức đệm.

- Khác nhau: khu vực hô hấp bao gồm mũi, họng, thanh quản, khí quản là biểu mô trụ đơn có lông chuyển. Khu vực ngã tư hô hấp - tiêu hoá, miệng thực quản, thực quản được bao phủ bởi biểu mô lát tầng. Do đó niêm mạc vùng tai mũi họng vừa mang tính chất cảm giác, vừa mang tính chất bảo vệ. Vì vậy khi dùng thuốc phải bảo đảm vừa chữa khỏi bệnh vừa phải bảo vệ được sự toàn vẹn của niêm mạc.

2. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý tai mũi họng.

2.1. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý tai.

Trong các trường hợp tai có dịch mủ, nhầy, chảy máu... hoặc sau phẫu thuật tai.

2.1.1. Lau, rửa tai: nhằm làm sạch hết dịch mủ, dịch nhầy, dịch máu ở tai.

Thuốc thường dùng: Oxy già (H_2O_2) 6 đến 12 đơn vị thể tích hoặc nước muối sinh lý, nước chè tươi.

Cách sử dụng: rửa hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai, sau đó dùng que tăm bông lau sạch dịch mủ trong tai, làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông khô thấm sạch không để dịch rửa ứ đọng trong tai.

2.1.2. Rỏ thuốc tai.

Thuốc thường dùng:

Cồn boric 2-5% khi chảy dịch nhầy.

Glycerin bôrat 2-5% khi chảy dịch mủ.

Cloramphenicol 0.4%.

Hydrocortison tùy trường hợp chảy tai cụ thể.

Ngày nay thường hay sử dụng các biệt dược như: Polydexa, Otofà, Otipax... trong những trường hợp chảy tai do viêm tai giữa cấp, mạn tính hoặc viêm ống tai ngoài cấp tính.

Cách sử dụng: hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc vào ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu. Nếu lỗ thủng nhỏ dùng ống soi tai Siègle hay bóng cao su có đầu khít vừa ống tai, bóp nhẹ bóng để khí nén đẩy thuốc qua lỗ thủng vào hòm nhĩ. Bệnh nhân sẽ thấy đắng khi thuốc qua vòi tai xuống họng là tốt.

2.1.3. Phun thuốc tai:

Thuốc thường dùng: bột axit boric, bột phèn phi, bột tô mộc... khi chảy dịch nhày. Bột kháng sinh tốt nhất là bột Cloramphenicol khi chảy mủ.

Cách sử dụng: kéo vành tai lên trên, ra sau để thuốc dễ đi thẳng vào tai. Dùng bình phun thuốc hay để một ít thuốc ở ống tai, dùng bóng cao su bóp nhẹ đẩy thuốc vào sâu, đều khắp thủng tai.

2.2. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý mũi, xoang.

2.2.1. Rỏ thuốc mũi:

Thuốc thường dùng:

*Các thuốc co mạch:

Ephedrin 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn, có thể dùng Supharin.

Naphthazolin 0,05% cho trẻ em, 0,1% cho người lớn (không dùng cho trẻ sơ sinh).

Adrenalin 0,1% dùng cho trẻ sơ sinh.

*Các thuốc sát khuẩn, chống viêm:

Argyron 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn (thuốc cần đựng trong lọ màu hay bọc giấy đen, tránh để chỗ nắng, sáng).

Cloroxit 0,4%.

Ngoài ra còn có các loại thuốc dùng trong các ống đựng chất bay hơi thường là Menthol để hít hơi vào mũi tạo thông thoáng và sát khuẩn.

Cách sử dụng: khi rửa mũi bệnh nhân phải nằm ngửa, đầu thấp, mặt hơi ngả về bên được rửa thuốc. Không nên tra thuốc ở tư thế đứng thẳng vì thuốc không tới được các cuốn mũi, như vậy sẽ không có hiệu quả.

Lưu ý: trước khi rửa thuốc, mũi phải được rửa sạch bằng nước muối sinh lý.

2.2.2. Khí dung mũi, xoang:

Thuốc thường dùng: kháng sinh, corticoid...

Cách sử dụng: cho thuốc theo một tỷ lệ nhất định vào bầu đựng thuốc của máy khí dung, sau đó lắp vào máy và khí dung theo đường mũi, thời gian một lần khí dung 10 - 20 phút, ngày có thể khí dung 1 - 2 lần.

Khí dung xoang: hít vào đường miệng, thở ra đường mũi.

Khí dung mũi: hít vào đường mũi, thở ra đường miệng.

2.3. Cách dùng thuốc điều trị bệnh lý họng, thanh quản.

2.3.1. Súc họng:

Thuốc thường dùng: nguyên tắc chung là dùng các dung dịch kiềm ấm (khoảng 40 °C). Đơn giản nhất là dùng muối ăn: Natri clorua (NaCl) pha một thìa cà phê muối tinh trong 1 cốc nước ấm, hoặc dung dịch: Bicarbonat natri 5%. Tốt nhất là dùng bột B.B.M, mỗi gói 5g với thành phần:

Bicarbonat natri	2.5g
Borat natri	2.5g
Menthol	0.1g

Cách súc họng: ngậm 1 ngậm dung dịch súc họng rồi ngửa đầu ra sau, há miệng kêu “gơ gơ” liên tục, nghỉ 1 lúc lại làm tiếp, sau 2-3 lần như trên, nhổ dung dịch súc họng ra. Súc tiếp bằng ngậm khác và ngày làm 2-3 lần.

2.3.2. Khí dung họng, thanh quản: giống phần mũi, xoang chỉ khác đường vào là đường miệng.

2.3.3. Bôi thuốc họng, thanh quản: là chấm thuốc vào những vùng có bệnh tích ở họng, thanh quản như: nề, loét, nốt phỏng...

Thuốc thường dùng: Glycerin bôrat 5%, Glycerin iôt 2%, xanh Methylen 1%, S.M.C (salicylat menthol cocain).

Cách sử dụng: bệnh nhân ngồi thẳng, há to miệng, thầy thuốc đeo đèn clar, tay phải cầm đèn lưỡi, tay trái cầm 1 que tăm bông thẳng, thấm thuốc vào bông và bôi chấm nhẹ trên bệnh tích. Trường hợp điều trị thanh quản phải sử dụng gương soi thanh quản và que tăm bông hình cong.

2.3.4. Bơm thuốc thanh quản: cũng thực hiện giống chấm thuốc thanh quản nhưng thay que bông bằng bơm tiêm (1-2 ml), có kim dài đầu cong. Thuốc thường dùng là dung dịch kháng sinh, kháng nấm, cocticoïd.

Một số bài thuốc thường dùng

Thuốc giảm đau tai.

Clohydrat cocain	10 ctg
Axit phenic	0,2 g
Glycerin	20 g

Viêm ống tai ngoài.

Lau sạch ống tai ngoài, lấy hết các chất dị vật, sau đó để 1 bắc gạc có tẩm dung dịch Gentamycin 80 mg trong 24 giờ. Có thể nhỏ thêm vài giọt dung dịch vào bắc để giữ cho bắc luôn luôn ẩm, hàng ngày thay bắc 1 lần.

Chảy dịch tai.

Lau sạch tai, sau đó bệnh nhân nằm tai bệnh hướng lên trên, rỏ 6 - 8 giọt dung dịch Cloroxit 0,4% vào ống tai đã được lau sạch. Người ta có thể dùng ống soi tai Siègle và tận dụng sự chuyển động ép và giãn, dung dịch thuốc trong ống tai sẽ vào được tai giữa và xương chũm.

Bột Cloroxit nguyên chất phun thuốc tai.

Điều trị viêm xoang bằng đông y.

Bắc bạch chỉ	1 lạng
Xuyên khung	1 lạng
Phong khương	1 lạng
Tân di hoa	1 lạng
Tế tân	3 đồng cân.

Tất cả các vị thuốc tán bột, mỗi ngày uống 1-2 lần, mỗi lần 3g thì khỏi.

Tất cả các vị thuốc này làm hết nhức đầu, nhức vùng mũi xoang, mất hết triệu chứng ngạt mũi, bệnh nhân dễ thở hết chảy mũi.

Thông thường sau 2 ngày hết ngạt mũi dễ thở, dễ chịu. Sau ngày thứ 5 thì hết chảy mũi và sau 10-15 ngày tất cả các triệu chứng viêm xoang hầu như mất hẳn.

Dung dịch thuốc làm giảm phù nề thanh quản.

Cocain chlorhydrat	5 ctg
Adrenalin 1%	3g
Glyxerin	10g
Nước cất vừa đủ	60 g.

Thuốc chống loạn cảm họng.

Loạn cảm họng là 1 cảm giác đau hoặc cảm giác vướng họng và đặc biệt là khi khám không thấy dị vật và thương tổn ở vùng họng. Thường gặp ở phụ nữ có kinh nguyệt không đều, hoặc ở những người vừa mới bị viêm họng cấp tính, những người mệt mỏi về tinh thần.

Điều trị:

Đông y: Siro lạc tiên.

Tây y: Dùng thuốc chống trầm cảm.

3. Thủ thuật tai mũi họng.

3.1. Khí dung.

3.1.1. Nguyên tắc: Khí dung là một phương pháp để đưa thuốc vào cơ thể dưới hình thức một dung dịch thuốc trong không khí. thuốc được phân tán thành những hạt vi thể (micelle) từ 1mm đến 8mm, hoà tan trong không khí.

Thuốc đưa vào cơ thể bằng cách khí dung sẽ có tác dụng mạnh gấp 5 lần so với những cách khác như uống hoặc tiêm. Nhờ vậy nên liều thuốc dùng có thể giảm bớt xuống. Khối lượng trung bình là 5 ml dùng trong khoảng 10 phút, ngày làm 2 hoặc 3 lần.

khí dung có thể so sánh với xông hơi và có những điểm khác sau đây:

- không làm mờ gương.
- Có thể đi qua vải mà không làm ướt vải.
- Phân tán rất nhanh trong không khí và lơ lửng trong không khí rất lâu.

Lưu ý:

Không nên nhầm khí dung với xông hơi nước nóng hoặc hơi nước những loại này đều gồm những hạt nước to và làm mờ gương.

Khí dung dùng trong tai mũi họng khác với khí dung dùng ở nội khoa. Khí dung trong tai mũi họng là những hạt vi thể cỡ trên 5 mm và lưu lượng lớn. áp lực trong loại máy này thường là 1kg/cm^2 lưu lượng là 10 lít trong một phút.

3.1.2. Chỉ định và cách khí dung.

Khí dung đường mũi:

Cho ống vào 2 bên mũi và mồm kêu “kê” dài hơi và nhiều lần. Trước khi khí dung mũi phải xì mũi sạch và nhỏ Ephedrin vào mũi.

Sử dụng trong trường hợp viêm mũi, xoang: nên dùng công thức sau đây: corticoid, kháng sinh, co mạch.

Viêm mũi, xoang dị ứng: corticoid, co mạch.

Khí dung đường họng:

Cho ống vào họng, trước hết phải súc miệng cho sạch lớp tiết nhầy sau đó há mồm rộng kêu “a” dài và đặt ống phun họng vào 2/3 trước của lưỡi. Cần phải kêu “a” cho màn hầu vén lên thì thuốc mới vào được.

Sử dụng trong trường hợp viêm họng, thanh quản, nên dùng công thức sau đây: kháng sinh, corticoid, bicarbonat.

Lưu ý:

Muốn cho khí dung vào xoang hàm, người bệnh ngậm ống phun ở miệng và hít khí dung bằng miệng xong rồi thở ra đường mũi mạnh. Động tác này căn cứ vào hiện tượng sau đây: khi chúng ta hít vào thì không khí ở xoang đổ ra ngoài, khi ta thở ra mạnh đẳng mũi thì không khí chạy vào xoang.

Muốn cho khí dung vào thanh quản, khí quản, người bệnh úp cái mặt nạ lên mũi và mồm rồi hít sâu và thở ra.

Muốn cho khí dung vào phế quản bệnh nhân phải để cả mũi và mồm vào mặt nạ và phải thở vừa sâu, vừa chậm. Ngoài ra lưu lượng của khí dung phải được tăng lên 30 lít trong một phút và các micelle không to quá 5mm. Đối với những người bệnh bị giãn phế quản, trước khi hít khí dung phải giải phóng các phế quản bằng cách nằm đầu thấp hoặc hút sạch phế quản.

3.2. Phương pháp di chuyển Proetz.

3.2.1. Nguyên tắc.

Phương pháp Proetz là đưa thuốc dạng lỏng vào xoang bằng cách hút không khí trong xoang qua đường mũi.

Nguyên lý bình thông nhau: chúng ta có 2 cái bình A và B thông với nhau qua một cái eo C nhỏ (đường kính độ 1 mm). Nếu chúng ta rót nước vào bình A thì nước chỉ ở trên bình A chứ không chảy xuống bình B được vì không khí trong bình B không có lối thoát (nước đã bịt kín ở eo C). Nếu ta hút không khí ở bình A thì áp lực ở bình A giảm xuống thấp hơn bình B và một phần không khí ở bình B sẽ qua eo C, chuyển sang bình A. Nếu ta thôi hút, một phần nước ở trên bình A chảy xuống bình B. Như vậy không khí đã di chuyển từ bình B sang bình A và nước từ bình A sang bình B.

Trên cơ thể con người hốc mũi có thể so sánh như bình A, các xoang là bình B còn lỗ thông mũi, xoang là eo C. Nếu chúng ta cho thuốc vào hốc mũi rồi bịt kín lối thông với họng và hút không khí trong mũi ra thì thuốc sẽ vào các xoang.

3.2.2. Thuốc dùng: Thuốc thường dùng là: kháng sinh, corticoid, co mạch.

3.2.3. Cách làm: Trước tiên để bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp và rửa hoặc đặt thuốc co mạch vào mũi làm giãn rộng lỗ thông của các xoang. Sau đó để đầu bệnh nhân ra đầu cạnh bàn và ngửa tối đa về phía sau. Thầy thuốc ngồi trên ghế ở phía đầu bệnh nhân. Dùng bơm tiêm bơm 2 ml thuốc vào một lỗ mũi và để nghiêng đầu bệnh nhân 30^0 sang bên làm.

Bảo bệnh nhân nhin thở kêu “kê kê kê” liên tục dài hơi (độ 30 giây).

Bịt kín lỗ mũi phía bên kia.

Dùng bơm tiêm Lơ mê (Lemée) đầu tù hoặc máy hút, hút không khí trong hốc mũi có thuốc ra. Hút độ 3 giây, bỏ ra 3 giây và hút trở lại nhiều lần (không nên hút mạnh quá 180 mmHg như vậy sẽ gây ra nhức đầu), sau 30 giây thì nói bệnh nhân không kêu “kê” nữa. Nghỉ vài phút cho bệnh nhân thở, rồi bơm 2 ml thuốc và làm trở lại như trên. Mỗi bên mũi nên cho làm 6 ml thuốc tức là phải hút 3 đợt.

Muốn cho thuốc vào các xoang sau (xoang bướm, xoang sàng sau) thì bệnh nhân phải ngửa đầu ra sau nhiều, làm thế nào cho cằm và ống tai ngoài cùng trên một đường dây dọi thẳng góc với mặt đất.

Muốn cho thuốc vào xoang hàm và xoang sàng trước nên dùng tư thế Le Mée- Richier: để bệnh nhân nằm ngửa, đầu và cổ ngửa ra đằng sau đến mức tối đa tức là làm thế nào cho xương móng và ống tai ngoài cùng ở trên một đường thẳng góc với mặt đất. Xong rồi quay tối đa về phía thầy thuốc.

Muốn cho thuốc vào xoang trán để bệnh nhân nằm sấp đầu thừa ra khỏi cạnh bàn hơi cúi xuống một chút, ống tai ngoài và khớp trán mũi cùng trên một đường thẳng góc với mặt đất.

Phương pháp Prooltz hơn hẳn các phương pháp khác, nó cho phép ta đưa thuốc vào các xoang mà không cần thông chọc. Phương pháp này chỉ thực hiện khi niêm mạc xoang chưa bị quá phát, mũi chưa có polyp.

3.3. Chọc xoang hàm.

3.3.1. Đại cương: Là biện pháp cho phép người thầy thuốc chẩn đoán bệnh lý xoang hàm, ngoài các phương pháp soi bóng mờ và chụp X-quang. Đồng thời giúp điều trị viêm xoang hàm.

***Mục đích:**

Để xem trong xoang hàm có mủ hay không? Nếu có mủ cho thử kháng sinh đồ, cấy khuẩn. Nếu không có mủ cho xét nghiệm tế bào.

Bơm thuốc cản quang vào xoang để chụp phát hiện các khối u trong xoang và thể viêm dày niêm mạc xoang.

****Chỉ định:***

Nghi trong xoang hàm có mủ và chắc chắn có mủ. Nghi trong xoang có khối u, khối polyp hay nang dịch.

Bơm thuốc kháng sinh vào xoang trong điều trị viêm xoang hàm.

Bơm thuốc cản quang vào trong xoang hàm để chụp X - quang chẩn đoán.

****Chống chỉ định:***

Viêm xoang hàm cấp tính hay đang có đợt nhiễm khuẩn cấp tính.

Mắc các bệnh mãn tính chưa ổn định.

Phụ nữ có thai.

Trong vụ định sốt xuất huyết.

Trẻ em dưới 5 tuổi.

****Nguyên tắc:***

Chọn chỗ thấp và mỏng nhất của vách mũi xoang.

Phải có lỗ dẫn lưu, không chọc khi có thoái hoá cuốn giữa hay có polyp che kín khe mũi giữa lấp mất lỗ dẫn lưu.

3.3.2. Kỹ thuật:

****Chuẩn bị dụng cụ - thuốc:***

Đèn clar hoặc gương trán.

Kim chọc xoang thẳng hoặc cong.

Mở mũi.

Ống cao su nối liền kim chọc xoang với bơm tiêm 50 ml.

Que tắm bông và nĩa khuấy.

Khay quả đậu, ni lông choàng.

Nước muối (Natri clorua 0,9%), thuốc tê: Lidocain hoặc Xylocain...

****Tư thế bệnh nhân - thầy thuốc:***

Bệnh nhân ngồi ghế đối diện với thầy thuốc, quàng ni lông.

Thầy thuốc chọc bên nào của bệnh nhân, thì tay đối diện của phẫu thuật viên cầm mở mũi, còn tay kia cầm kim.

***Gây tê:** Dùng que tẩm bông tẩm thuốc co mạch và thuốc tê đặt vào ngách mũi dưới, dưới nếp gấp của cuốn mũi dưới, điểm định chọc kim.

***Kỹ thuật:**

Thầy thuốc đeo đèn clar nhìn qua mở mũi, xác định ngách mũi dưới, đưa kim chọc xoang vào đúng vị trí gây tê, chỗ nếp gấp cuốn mũi dưới và thành ngoài hốc mũi, ở một điểm cách đầu cuốn mũi dưới 1,5 cm và cách sàn mũi 1cm. Ở điểm này vách xương rất mỏng, đầu nhọn của kim chọc xoang hướng ra phía ngoài chéch về phía gò má, thầy thuốc làm động tác xoay 1/4 vòng và dùi ấn nhẹ thì đầu nhọn của kim sẽ chọc qua thành vách xương và đi vào trong lòng xoang. Nếu xoang có nhiều mủ sẽ thấy mủ chảy ra qua ống chọc hoặc có thể dùng bơm tiêm hút ra làm xét nghiệm và kháng sinh đồ.

Lắp bơm tiêm và bơm nhẹ dung dịch nước muối sinh lý vào xoang, khi bơm cho bệnh nhân bịt mũi bên đối diện, há mồm và xì mũi liên tục.

Rút kim và đặt vào ngách mũi dưới một miếng bông vô khuẩn có tác dụng cầm máu.

Trường hợp lỗ thông mũi xoang bị tắc phải chọc thêm kim thứ 2 để dẫn lưu dịch mủ.

Nếu bị viêm xoang hàm do răng thì trước khi chọc rửa xoang hàm phải nhổ răng trước và chọc xoang qua lỗ chân răng.

3.3.3. Tai biến, biến chứng trong chọc xoang hàm:

Phản ứng với thuốc tê (phải thử phản ứng trước khi gây tê): bệnh nhân choáng váng, buồn nôn, mặt tái vấ mồ hôi, chân tay lạnh. Nặng hơn: ngừng tim, ngừng thở, co giật. Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp, thở oxy, tiêm trợ tim, trợ lực.

Chọc kim chạm vào cuốn mũi dưới hay làm xước niêm mạc gây chảy máu.

Chọc kim đi lên mặt trước của xoang lên vùng má, rút kim ra chọc lại.

Kim xuyên qua 2 lớp của thành xoang ra vùng má hoặc dưới hố chân bướm hàm. Bơm nước phòng ra má hoặc góc hàm, rút kim ra ngay, chườm nóng, dùng kháng sinh.

Kim chọc vào ổ mắt, làm tổn thương mắt, rút kim ra, cấp cứu nhãn khoa.

Chú ý:

Chọc mỗi ngày 1 lần, tối đa chọc 7 lần, nếu vẫn còn mủ thì phải chuyển phẫu thuật.

Nếu dịch chảy ra màu vàng chanh nghĩ đến u nang. Nếu dịch máu nghi ung thư xoang. Nếu nước trong nghĩ đến dị ứng. Nếu dịch mủ nghĩ đến viêm xoang mủ.

3.4. Chích màng nhĩ.

3.4.1. Định nghĩa: Là một thủ thuật điều trị viêm tai giữa cấp tính có mủ ở giai đoạn ứ mủ. Có thể chích lại phần thấp khi màng nhĩ đã bị thủng ở phần cao.

Đại bộ phận chích màng nhĩ ở trẻ em.

3.4.2. Dụng cụ và chuẩn bị:

Dụng cụ: kim chích nhĩ, ống soi tai, bông, oxy già, nĩa khuỷu, tăm bông, cồn...

3.4.3. Kỹ thuật:

Sát trùng ống tai, soi tai nhìn cho rõ màng nhĩ, kim chích nhĩ đã được sát khuẩn.

Vị trí thường chích ở 1/4 sau dưới, không sát khung nhĩ và cũng không xa quá 5 mm.

Khi chích phải giữ thật chắc chân, tay cháu bé. Khi chích xong phải lau rửa sạch bằng oxy già và đặt tăng tẩm Glyxerin bôrat để dẫn lưu. Cứ 3 giờ thay băng 1 lần để theo dõi lượng mủ chảy ra.

3.4.4. Tai biến:

Choáng: do chích quá sâu vào mê nhĩ.

Chảy máu: do chích sâu và rộng quá.

Sau khi chích theo dõi 3-5 ngày để xem đường chích có bị bịt lại hay không?

3.5. Thông vòi nhĩ.

3.5.1. Chỉ định: Trong tắc và hẹp vòi nhĩ, biểu hiện: ù tai, nghe kém thể dẫn truyền, màng nhĩ bị đẩy vào trong, cán xương búa mẫu ngấn nhô ra. Nghiệm pháp Valsalva (-). Tắc hẹp này không nghi do khối u.

3.5.2. Chống chỉ định: trong trường hợp viêm mũi, họng cấp tính.

3.5.3. Dụng cụ: Sonde Itard, ống nghe, quả bóng bóp có dây cao su nối giữa quả bóng và sonde Itard, ống nghe nối giữa ống tai bệnh nhân qua loa soi Siègle với thầy thuốc để theo dõi, que gây tê và thuốc tê.

3.5.4. Kỹ thuật:

Que gây tê đưa từ cửa mũi trước đến cửa mũi sau và vào loa vòi.

Bệnh nhân ngồi trước mặt thầy thuốc.

Luồn sonde Itard xuống dưới sàn mũi vào thành sau họng. Sau đó kéo lùi ra khoảng 1cm. Quay đầu sonde 90^0 về phía loa vòi. Đồng thời bảo bệnh nhân nuốt để loa vòi mở. Tay bệnh nhân giữ sonde. Một tay thầy thuốc giữ ống nghe, một tay bóp bóng nhẹ, sau bóp mạnh dần đến khi nào thấy tiếng ục ở tai là được. Nếu thấy nặng bồm, sau 5 phút chưa thấy kết quả thì phải lựa chiều lại sonde Itard.

Sau đó bơm kháng sinh và corticoid vào loa vòi. Khi rút sonde làm ngược chiều với lúc đầu.

Mỗi đợt thông vòi nhĩ 7-10 lần.

3.6. Phản xạ liệu pháp.

3.6.1. Nguyên tắc: Niêm mạc mũi rất nhạy cảm với mọi kích thích vì nó được chi phối bởi 3 loại thần kinh: thần kinh tam thoa (cảm giác), thần kinh giao cảm (co thắt mạch máu), thần kinh phó giao cảm (giãn mạch máu và xuất tiết). Vì vậy khi chúng ta kích thích niêm mạc mũi, chúng ta có thể gây nên một số phản xạ và phản xạ này dùng để chữa những bệnh rối loạn chức năng mà không có tổn thương thực thể. Phương pháp hay được dùng nhiều nhất là gây tê hạch bướm khẩu cái.

3.6.2. Chỉ định: Đây là một phương pháp phản xạ để điều trị một số triệu chứng như hắt hơi, ngạt mũi, ho cơn, hen suyễn, nhức đầu, co thắt họng thanh quản, chàm, viêm thần kinh hậu nhãn cầu, buồn mắt...

3.6.3. Kỹ thuật:

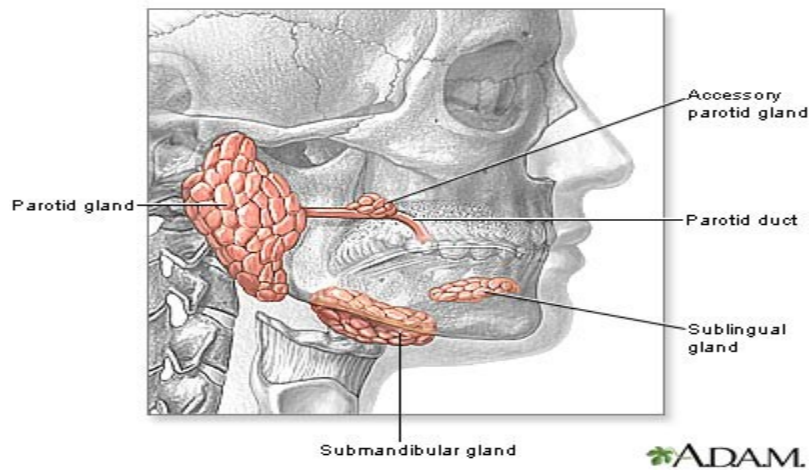
Gây tê mũi trước bằng cocain 3%.

Dùng một que bông đầu bẻ cong hình móc 80^0 có quấn bông thấm thuốc Bonain, đưa vào hốc mũi dọc theo bờ dưới của cuốn mũi giữa. Khi đầu que vào đến đuôi cuốn mũi giữa thì xoay cái móc về phía trên và phía ngoài. Lúc đó có cảm giác que rơi vào cái hố lõm, như vậy là rơi vào đúng hạch bướm khẩu cái.

để que bông trong mũi chừng 15 phút rồi rút ra.

3.6.4. Phản ứng thường gặp là: chảy nước mắt, đỏ nửa bên mặt ở một số bệnh nhân nữ.

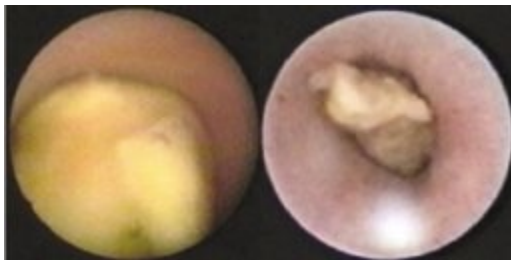
79. ĐIỀU TRỊ SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT



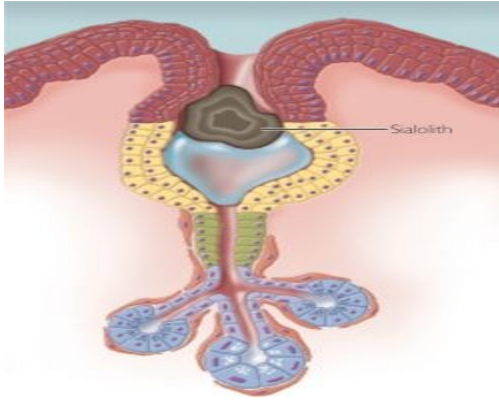
H1- Các tuyến nước bọt: tuyến mang tai, tuyến dưới lưỡi, tuyến dưới hàm

A-Điều Trị không Phẫu Thuật

1- Nội Soi



H2- Hình ảnh sỏi qua nội soi



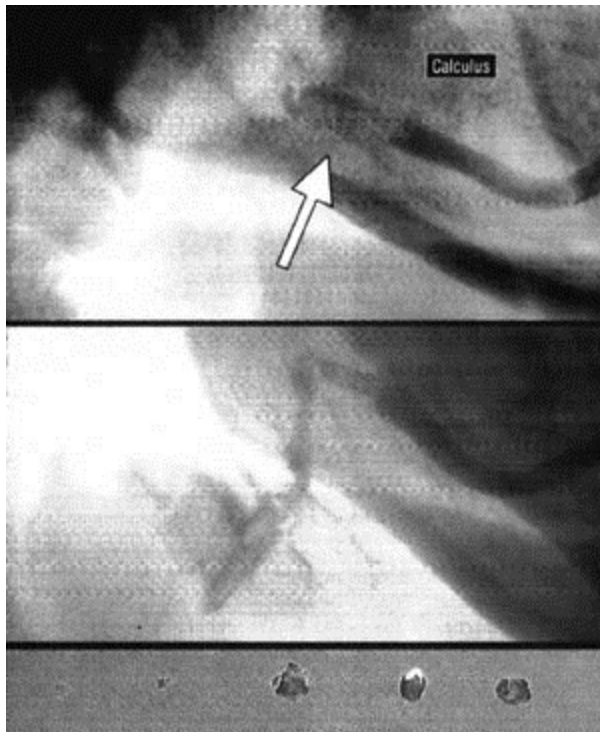
H3- Hình ảnh sỏi trong kênh tiết nước bọt

Nội soi các tuyến nước bọt thực hiện bằng các dụng cụ nội soi siêu mỏng có đường kính dưới 1mm.

Dùng ống nội soi mềm siêu mỏng “Olympus” đường kính 0,4, 0,8 và 1,1mm , hoặc ống nội soi nửa cứng (semi-rigide) Storz từ 1,2 mm. đường kính.

Trước tiên cần xác định vị trí sỏi.

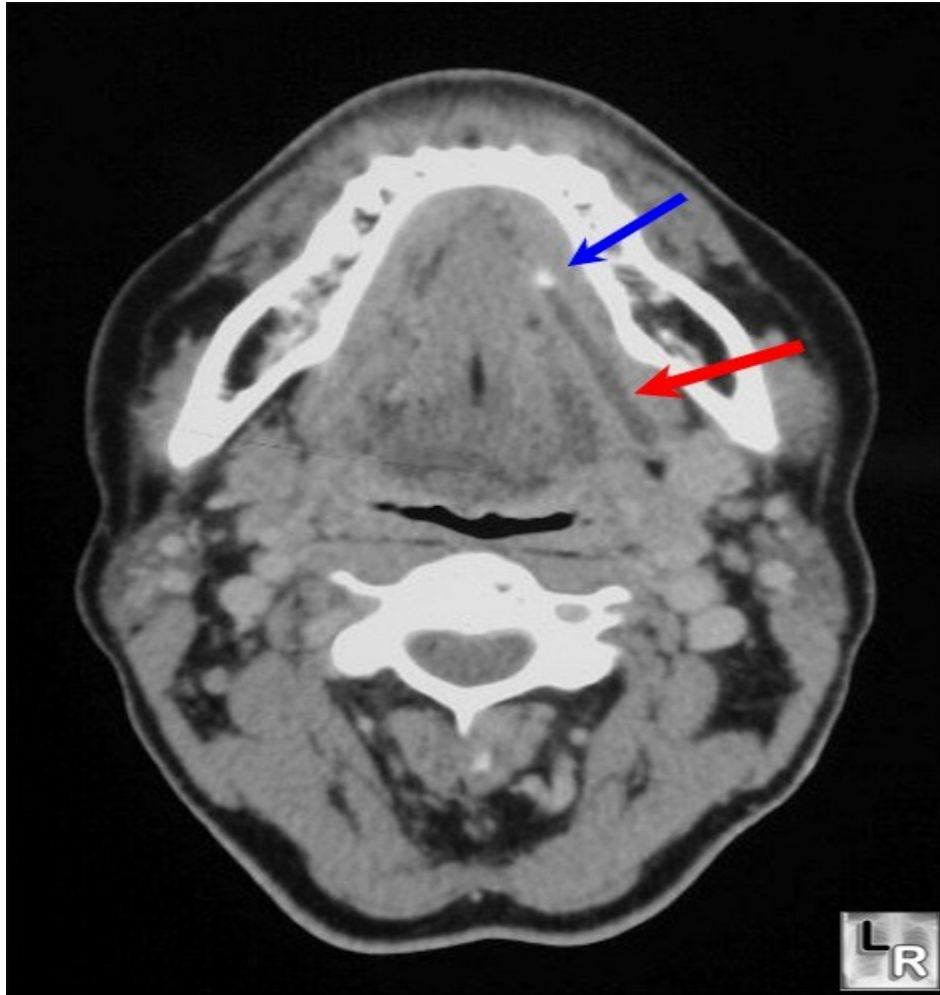
Chụp phim Xquang không chuẩn bị, thẳng và nghiêng hoặc tốt nhất là phim panorama cắt lớp của các xương hàm.



H4- Hình ảnh soi qua chụp cản quang kênh tiết nước bọt

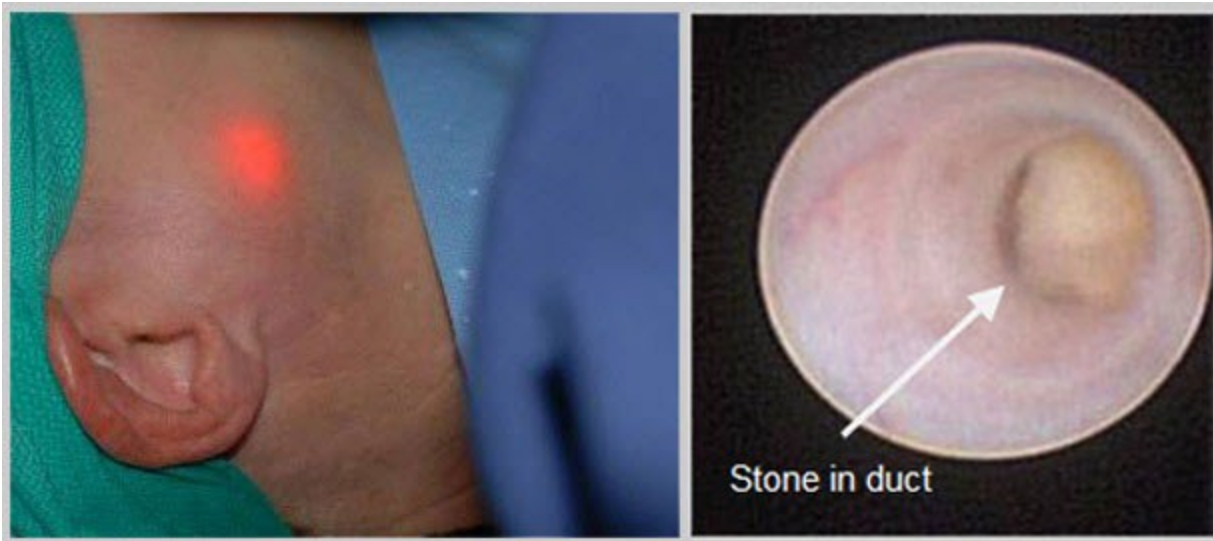
Siêu âm tuyến mang tai để xác định mô tuyến và kiểm tra xem có teo mô tuyến mang tai sau những lần viêm nhiễm mạn tính.

Cuối cùng là chụp cản quang kênh dẫn nước bọt cho đến vị trí tắc nghẽn để biết đường kính của kênh tiết nước bọt và mức độ dẫn rỗng của nó.



H5- Hình ảnh sỏi tuyến nước bọt qua phim CT

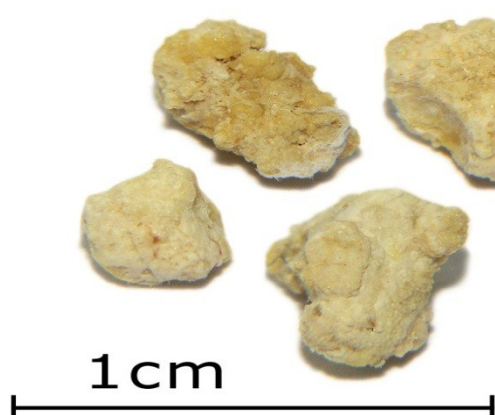
Nếu kênh tiết thông thoáng, có sỏi di động trong lòng kênh, tuyến mang tai không teo, chức năng còn tốt, sẽ thực hiện nội soi ống mềm.



H6- Hình ảnh sỏi qua nội soi kênh tiết nước bọt

Thực hiện lấy sỏi trong kênh tiết nước bọt bằng kẹp vi phẫu có rọ đường kính 0,8mm (Olympus). Động tác này cần thực hiện rất thận trọng vì kênh tiết nước bọt rất hẹp.

Phương pháp này không đau nên không cần thực hiện vô cảm.



H7- Sỏi tuyến nước bọt

2- Tán sỏi tuyến nước bọt ngoài cơ thể:

Dùng dụng cụ vi phẫu phát sóng xung kích điện từ để tán vỡ sỏi mà không gây tổn thương đến mô tuyến.

A- Sử dụng máy tán sỏi ngoài cơ thể

Minitlith SL1 (Storz Médical) dành riêng để tán sỏi tuyến nước bọt.

Xác định chính xác vị trí sỏi bằng sóng siêu âm 7,5 MHz và dùng sóng xung kích điện từ tập trung phá vỡ sỏi.

Sỏi vụn thoát ra ngoài qua nước bọt hoặc được gắp ra bằng các dụng cụ nội soi vi phẫu (kẹp rọ).

Phương pháp này hoàn toàn không đau và không cần thực hiện vô cảm.

Năng lượng dùng tán sỏi tuyến nước bọt thay đổi từ 5 đến 30 mPa.

Tần số bắn tia khoảng 120 phát trong một phút.

Mỗi lần tán bắn khoảng 1500 /- 500 phát.

Khoảng cách giữa 2 lần tán là 1 tháng

B- Chỉ định và chống chỉ định

Có thể sử dụng để tán tất cả các sỏi ở tuyến dưới hàm hoặc tuyến mang tai, ngoại trừ các sỏi có thể tiếp cận được bằng ngã nội soi hoặc bằng phẫu thuật miệng.

Không có nguy cơ tổn thương thần kinh lưỡi hoặc thần kinh mặt.

Kích thước sỏi ít quan trọng, có thể từ 1 mm đến 3 cm, tuy nhiên cần phải xác định vị trí sỏi thật chính xác bằng siêu âm.

Tuyến không được có tình trạng nhiễm trùng, nếu cần phải điều trị chống nhiễm khuẩn vài ngày trước khi tán sỏi.

Trước khi điều trị cần chụp cản quang kênh dẫn nước bọt để xác định đường kính.

Nếu kênh quá hẹp (dưới 1 mm) không cho phép các mảnh sỏi vụn thoát ra, chỉ còn cách thực hiện phẫu thuật.

Trước khi tán sỏi cần làm bilan huyết học.

Chống chỉ định thực hiện khi có tình trạng rối loạn đông máu.

Cần ngưng dùng thuốc kháng đông 24 giờ trước khi tán sỏi.

B- Điều Trị Nội Khoa

- Thuốc chống co thắt: giúp nước bọt dễ thoát ra hơn
- Kháng sinh phổ rộng để chống nhiễm trùng và đề phòng bội nhiễm
- Thuốc kháng viêm và giảm đau
- Thuốc làm tăng hoặc giảm tiết nước bọt: tùy trường hợp

Điều trị chống nhiễm khuẩn vài ngày trước khi tán sỏi.

Trước khi điều trị cần chụp cản quang kênh dẫn nước bọt để xác định đường kính.

Nếu kênh quá hẹp (dưới 1 mm) không cho phép các mảnh sỏi vụn thoát ra, chỉ còn cách thực hiện phẫu thuật.

Trước khi tán sỏi cần làm bilan huyết học.

Chống chỉ định thực hiện khi có tình trạng rối loạn đông máu.

Cần ngưng dùng thuốc kháng đông 24 giờ trước khi tán sỏi.

C- Điều Trị Phẫu Thuật



80. DÙNG THUỐC TRONG TAI MŨI HỌNG

1. Tính chất và vai trò niêm mạc vùng tai mũi họng

1.1. Chức năng sinh lý của niêm mạc mũi:

Mũi có chức năng hô hấp, phát âm và ngửi. Không khí được sưởi ấm, làm ẩm và lọc sạch trước khi vào phổi. Màng biểu mô mũi có chức năng lọc và thanh toán các dị vật có đường kính lớn trên 15mm. Ngược lại các hạt từ 1mm và bé hơn chỉ có 5% bị giữ lại ở màng nhầy. Các dị vật này được màng nhầy chuyển ra cửa mũi sau. Nhờ sự hoạt động có hiệu quả, mà các khoang phụ của mũi trở nên vô trùng.

1.2. Miễn dịch tự nhiên của đường hô hấp (những yếu tố đề kháng không đặc hiệu): hàng rào đầu tiên và khó vượt qua nhất đối với vi khuẩn là bề mặt nguyên vẹn của niêm mạc và lớp màng nhầy bao phủ trên bề mặt của nó. Nhiễm khuẩn chỉ xảy ra khi các vi khuẩn có độc tố cao đủ khả năng gây thương tổn vượt qua được hàng rào niêm mạc.

Phần lớn các vi khuẩn có kích thước lớn được giữ lại ở lớp màng nhầy của đường hô hấp trên rồi bị đẩy ra ngoài bởi hoạt động của lớp màng nhầy và lớp nhung mao của niêm mạc mũi. Hệ thống làm sạch này thường khá hiệu quả. Nó cũng bị yếu đi bởi hút thuốc lá, bệnh viêm mũi mạn tính (niêm mạc mũi bị xơ hoá, teo dẹt, quá phát, hít phải dịch dạ dày trào ngược, những đợt tấn công của siêu vi trùng hoặc chấn thương do đặt nội khí quản). Một cơ thể khoẻ mạnh là một cơ thể có chức năng điều hoà miễn dịch tốt.

Sự đề kháng của biểu mô đường hô hấp do vai trò của Ig trong lớp màng nhầy của mũi. Bao gồm: IgG, IgA, IgM ngoài ra còn có men lysozim, và độ P^H cố định từ: 6,8 -7,2

1.3. Yếu tố cơ học: sự làm sạch được tiến hành bởi lớp màng nhầy

Bệnh học của tai mũi họng và xoang thực chất là bệnh học của niêm mạc. Trong điều trị bệnh lý tai mũi họng chủ yếu dùng các thuốc điều trị tại chỗ, ít khi dùng thuốc điều trị toàn thân.

Niêm mạc vùng tai mũi họng có cấu trúc phức tạp, nơi gặp nhau của 2 đường hô hấp và tiêu hoá nên cấu trúc của của niêm mạc có những điểm giống và khác nhau.

* Giống nhau: đều được cấu tạo bởi nếp gấp của biểu mô và lớp tổ chức đệm.

* Khác nhau: khu vực hô hấp bao gồm mũi, họng, thanh quản, khí quản là biểu mô trụ đơn có lông chuyển. Khu vực ngã tư hô hấp - tiêu hoá, miệng thực quản, thực quản được bao phủ bởi biểu mô lát tầng. Do đó niêm mạc vùng tai mũi họng vừa mang tính chất cảm giác, vừa mang tính chất bảo vệ. Vì vậy khi dùng thuốc phải bảo đảm vừa chữa khỏi bệnh vừa phải bảo vệ được sự toàn vẹn của niêm mạc.

2. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý về tai.

Trong các trường hợp tai có dịch mủ, nhầy, chảy máu... hoặc sau phẫu thuật tai.

2.1. Lau tai-rửa tai: nhằm làm sạch hết dịch mủ, dịch nhầy, dịch máu ở tai.

Thuốc thường dùng: oxy già (H_2O_2) 6 đến 12 đơn vị thể tích hoặc nước muối sinh lý, nước chè tươi.

Cách sử dụng: rửa hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai, sau đó dùng que tăm bông lau sạch dịch mủ trong tai, làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông khô thấm sạch không để dịch rửa ứ đọng trong tai.

2.2. Thuốc rửa tai.

Thuốc thường dùng:

Cồn boric 2-5% khi chảy dịch nhày.

Glyxêrin bôrat 2-5% khi chảy dịch mủ.

Cloramphenicol 0.4%

Hydrocortison tùy trường hợp chảy tai cụ thể.

Ngày nay thường hay sử dụng các biệt dược như: Polydexa, Otofona, Otipax... trong những trường hợp chảy tai do viêm tai giữa cấp, mạn tính hoặc viêm ống tai ngoài cấp tính.

Cách sử dụng: ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc vào ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu. Nếu lỗ thủng nhỏ dùng ống soi tai Siegle hay bóng cao su có đầu khít vừa ống tai, bóp nhẹ bóng để khí nén đẩy thuốc qua lỗ thủng vào hòm tai. Bệnh nhân sẽ thấy đắng khi thuốc qua vòi tai xuống họng là tốt.

2.3. Thuốc phun vào tai:

Thuốc thường dùng: bột Axit boric, bột phèn phi, bột tô mộc... khi chảy dịch nhày. Bột kháng sinh tốt nhất là bột Cloramphenicol khi chảy mủ.

Cách sử dụng: kéo vành tai lên trên, ra sau để thuốc dễ đi thẳng vào tai. Dùng bình phun thuốc hay để một ít thuốc ở ống tai, dùng bóng cao su bóp nhẹ đẩy thuốc vào sâu, đều khắp thủng tai.

3. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý mũi, xoang.

3.1. Thuốc rửa mũi:

Thuốc thường dùng:

* Các thuốc co mạch:

Epêdrin 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn, có thể dùng Supharin.

Naphtazôlin 0.5% cho trẻ em, 1% cho người lớn (không dùng cho trẻ sơ sinh).

Adrenalin 1% dùng cho trẻ sơ sinh.

*Các thuốc sát khuẩn, chống viêm:

Argyron 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn (thuốc cần đựng trong lọ màu hay bọc giấy đen, tránh để chỗ nắng, sáng).

Cloroxit 4%.

Ngoài ra còn có các loại thuốc dùng trong các ống đựng chất bay hơi thường là Menthol để hít hơi vào mũi tạo thông thoáng và sát khuẩn.

Cách sử dụng: khi rửa mũi bệnh nhân phải nằm ngửa, đầu thấp, mặt hơi ngả về bên được rửa thuốc. Không nên tra thuốc ở tư thế đứng thẳng vì thuốc không tới được các cuốn mũi, như vậy sẽ không có hiệu quả.

Lưu ý: trước khi rửa thuốc, mũi phải được rửa sạch bằng nước muối sinh lý.

3.2. Thuốc khí dung mũi, xoang:

Thuốc thường dùng: kháng sinh, corticoit...

Cách sử dụng: cho thuốc theo một tỷ lệ nhất định vào bầu đựng thuốc của máy khí dung, sau đó lắp vào máy và khí dung theo đường mũi, thời gian một lần khí dung 10 - 20 phút, ngày có thể khí dung 1 - 2 lần.

4. Cách dùng thuốc điều trị bệnh lý họng, thanh quản.

4.1. Thuốc súc họng:

Thuốc thường dùng: nguyên tắc chung là dùng các dung dịch kiềm ấm (khoảng 40 °C).

Đơn giản nhất là dùng muối ăn: natri clorua (NaCl) pha một thìa cà phê muối tinh trong 1 cốc nước ấm.

Hoặc dùng dung dịch: Kali clorua 2%, Bicarbonat natri 5%.

Tốt nhất là dùng bột B.B.M, mỗi gói 5g với thành phần:

Bicarbonat natri 2.5g

Borat natri 2.5g

Menthol 0.1g

Cách súc họng: ngậm 1 ngụm dung dịch súc họng rồi ngửa đầu ra sau, há miệng kêu “gờ gờ” liên tục, nghỉ 1 lúc lại làm tiếp, sau 2 - 3 lần như trên, nhổ dung dịch súc họng ra. Súc tiếp bằng ngụm khác và ngày làm 2 - 3 lần.

4.2. Thuốc khí dung họng, thanh quản: giống phần mũi, xoang chỉ khác đường vào là đường miệng.

4.3. Thuốc bôi họng, thanh quản: là thuốc chấm vào những vùng có bệnh tích ở họng như nề, loét, nốt phỏng...

Thuốc thường dùng: Glycerin borat 5%, Glycerin iôt 2%, xanh Methylen 1%, S.M.C (salicylat menthol cocain).

Cách sử dụng: bệnh nhân ngồi thẳng, há to miệng, thầy thuốc đeo đèn clar, tay phải cầm đèn lưới, tay trái cầm 1 que tăm bông thẳng, thấm thuốc vào bông và bôi chấm nhẹ trên bệnh tích. Trường hợp điều trị thanh quản phải sử dụng gương soi thanh quản và que tăm bông hình cong.

4.4. Thuốc bơm thanh quản: cũng thực hiện giống chấm thuốc thanh quản nhưng thay que bông bằng bơm tiêm (1-2 ml), có kim dài. Thuốc thường dùng là dung dịch kháng sinh, kháng nấm, corticoid.

81. PHƯƠNG PHÁP DỊCH CHUYỂN PROÖTZ

1. Nguyên tắc.

- Phương pháp Proötz là đưa thuốc dạng lỏng vào xoang bằng cách hút không khí trong xoang qua đường mũi.
- Nguyên lý bình thông nhau: chúng ta có 2 cái bình A và B thông với nhau qua một cái eo C nhỏ (đường kính độ 1 mm). Nếu chúng ta rót nước vào bình A thì nước chỉ ở trên bình A chứ không chảy xuống bình B được vì không khí trong bình B không có lối thoát (nước đã bịt kín ở eo C). Nếu ta hút không khí ở bình A thì áp lực ở bình A giảm xuống thấp hơn bình B và một phần không khí ở bình B sẽ qua cái eo C, chuyển sang bình A nếu ta thôi hút, một phần nước ở trên bình A chảy xuống bình B. Như vậy không khí đã di chuyển từ bình B sang bình A và nước từ bình A sang bình B.
- Trên cơ thể con người hốc mũi có thể so sánh như bình A, các xoang là bình B còn lỗ thông mũi, xoang là eo C. Nếu chúng ta cho thuốc vào hốc mũi rồi bịt kín lối thông với họng và hút không khí trong mũi ra thì thuốc sẽ vào các xoang.

2. Thuốc dùng: Thuốc dùng thường là 0,5 ml Hydrocortizon + 1 lọ Gentamycin hoặc Cloramphenicol 4⁰/₀₀ + 1ml nước muối sinh lý.

3. Cách làm: Trước tiên để bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp và nhỏ Êphedrin 3% hoặc Cocain 3% vào mũi làm giãn rộng lỗ thông của các xoang. Sau đó để đầu bệnh nhân ra đầu cạnh bàn và ngửa tối đa về phía sau. Thầy thuốc ngồi trên ghế ở phía đầu bệnh nhân. Dùng bơm tiêm bơm 2 ml thuốc vào một lỗ mũi.

- Bảo bệnh nhân nhịn thở kêu “kê” liên tục dài hơi (độ 30 giây).
- Bịt kín lỗ mũi phía bên kia.
- Dùng bơm tiêm Lơ mê (Lemée) đầu tù hoặc máy hút, hút không khí trong hốc mũi có thuốc ra. Hút độ 3 giây, bỏ ra 3 giây và hút trở lại nhiều lần (không nên hút mạnh quá 180 mmHg như vậy sẽ gây ra nhức đầu), sau 30 giây thì nói bệnh nhân không kêu “kê” nữa. Nghỉ vài

phút cho bệnh nhân thở, rồi bơm 2 ml thuốc và làm trở lại như trên. Mỗi bên mũi nên cho làm 6 ml thuốc tức là phải hút 3 đợt.

- Muốn cho thuốc vào các xoang sau (xoang bướm, xoang sàng sau) thì bệnh nhân phải ngửa đầu ra sau nhiều, làm thế nào cho cằm và ống tai ngoài cùng trên một đường dây dọi thẳng góc với mặt đất.

- Muốn cho thuốc vào xoang hàm và xoang sàng trước nên dùng tư thế Le Mée- Richier: để bệnh nhân nằm ngửa, đầu và cổ ngửa ra đằng sau đến mức tối đa tức là làm thế nào cho xương móng và ống tai ngoài cùng ở trên một đường thẳng góc với mặt đất. Xong rồi quay tối đa về phía thầy thuốc.

- Muốn cho thuốc vào xoang trán để bệnh nhân nằm sấp đầu thừa ra khỏi cạnh bàn hơi cúi xuống một chút, ống tai ngoài và khớp trán mũi cùng trên một đường thẳng góc với mặt đất.

Phương pháp Proetz hơn hẳn các phương pháp khác, nó cho phép ta đưa thuốc vào các xoang mà không cần thông chọc. Phương pháp này chỉ thực hiện khi niêm mạc xoang chưa bị quá phát, mũi chưa có polyp.

82. THÔNG VÀ BƠM VÒI NHĨ

1. Chỉ định: Trong tắc và hẹp vòi nhĩ, biểu hiện: ù tai, nghe kém thể dẫn truyền, màng nhĩ bị đẩy vào trong, cán xương búa mẫu ngấn nhô ra. Nghiệm pháp Valsava (-). Tắc hẹp này không nghi do khối u.

2. Chống chỉ định: trong trường hợp viêm mũi, họng cấp tính.

3. Dụng cụ: Sonde Itard, ống nghe, quả bóng bóp có dây cao su nối giữa quả bóng và sonde Itard (ống nghe nối giữa ống tai bệnh nhân và thầy thuốc để theo dõi). Que gây tê và thuốc tê.

4. Kỹ thuật:

- Que gây tê đưa từ cửa mũi trước đến cửa mũi sau và vào lao vòi.
- Bệnh nhân ngồi trước mặt thầy thuốc.
- Luồn sonde Itard xuống dưới sàn mũi vào thành sau họng. Sau đó kéo lùi ra khoảng 1cm. Quay đầu sonde 90^0 về phía loa vòi. Đồng thời bảo bệnh nhân nuốt để loa vòi mở. Tay bệnh nhân giữ sonde. Một tay thầy thuốc giữ ống nghe, 1 tay bóp bóng nhẹ, sau bóp mạnh dần đến khi nào thấy tiếng ục ở tai là được. Nếu thấy nặng bơm, sau 5 phút chưa thấy kết quả thì phải lựa chiều lại sonde Itard.
- Sau đó bơm kháng sinh + hydrocortison vào loa vòi. Khi rút sonde làm ngược chiều với lúc đầu.
- Mỗi đợt thông vòi nhĩ 10-15 lần.

83. CHÍCH MÀNG TAI

1. Định nghĩa: Là một thủ thuật điều trị viêm tai giữa cấp tính có mủ ở giai đoạn ứ mủ. Có thể chích lại phần thấp khi màng tai đã bị thủng ở phần cao.

2. Dụng cụ và chuẩn bị:

- Đại bộ phận chích màng tai ở trẻ em.
- Dụng cụ: kim chích nhĩ, ống soi tai, bông, oxy già.

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng ống tai, soi tai nhìn cho rõ màng nhĩ, kim chích nhĩ đã được sát khuẩn.
- Vị trí thường chích ở 1/4 sau dưới, không sát khung nhĩ và cũng không xa quá 5 mm.
- Khi chích phải giữ thật chắc chân, tay cháu bé. Khi chích xong phải lau rửa sạch bằng oxy già và đặt tăng tấm glycerin borate để dẫn lưu. Cứ 3 giờ thay tăng 1 lần để theo dõi lượng mủ chảy ra.

4. Tai biến:

- Choáng: do chích quá sâu vào mê nhĩ.
- Chảy máu: do chích sâu và rộng quá.

Sau khi chích theo dõi 3-5 ngày để xem đường chích có bị bịt lại hay không?

84. PHẢN XẠ LIỆU PHÁP

1. Nguyên tắc: Niêm mạc mũi rất nhạy cảm với mọi kích thích vì nó được chi phối bởi 3 loại thần kinh: thần kinh tam thoa (cảm giác), thần kinh giao cảm (co thắt mạch máu), thần kinh phó giao cảm (giãn mạch máu và xuất tiết). Vì vậy khi chúng ta kích niêm mạc mũi, chúng ta có thể gây nên một số phản xạ và phản xạ này dùng để chữa những bệnh rối loạn chức năng mà không có tổn thương thực thể. Phương pháp hay được dùng nhiều nhất là gây tê hạch bướm khẩu cái.

2. Chỉ định: Đây là một phương pháp phản xạ để điều trị một số triệu chứng như hắt hơi, ngạt mũi, ho cơn, hen xuyên, nhức đầu, co thắt họng thanh quản, chàm, viêm thần kinh hậu nhãn cầu, buồn mắt...

3. Kỹ thuật:

- Gây tê mũi trước bằng cocain 3%.
- Dùng một que bông đầu bẻ cong hình móc 80° có quấn bông thấm thuốc Bonain, đưa vào hốc mũi dọc theo bờ dưới của xương xoăn giữa. Khi đầu que vào đến đầu xương xoăn giữa thì xoay cái móc về phía trên và phía ngoài. Lúc đó có cảm giác que rơi vào cái hố lõm, như vậy là rơi vào đúng hạch bướm khẩu cái.

- Để que bông trong mũi chừng 15 phút rồi rút ra.

4. Phản ứng thường gặp là: chảy nước mắt, đỏ nửa bên mặt ở một số bệnh nhân nữ.

85. MỘT SỐ BÀI THUỐC TAI - MUI - HỌNG

1. Thuốc làm giảm đau tai.

Clohydrat cocain	10 ctg
Axit phenic	0,20 g
Glycerin	20 g

2. Viêm ống tai ngoài.

Lau sạch ống tai ngoài, lấy hết các chất dị vật, sau đó để 1 bấc gạc có tẩm dung dịch Gentamycin 80 mg trong 24 giờ. Có thể nhỏ thêm vài giọt dung dịch vào bấc để giữ cho bấc luôn luôn ẩm, hàng ngày thay bấc 1 lần.

3. Chảy dịch tai.

Lau sạch tai, bệnh nhân nằm đầu nghiêng trên tai lành nhỏ 6 - 8 giọt dung dịch Gentamycin 80 mg vào ống tai đã được lau sạch. Người ta có thể dùng ống soi tai hơi và tận dụng sự chuyển động ép và giãn dung dịch thuốc trong ống tai sẽ vào được tai giữa và xương chũm.

4. Bột IB làm thuốc tai.

Iodofome	2g
Bột axit boric	2g

5. Điều trị viêm xoang bằng đông y.

Bắc bạch chỉ	1 lạng
Xuyên khung	1 lạng
Phong khương	1 lạng
Tân di hoa	1 lạng
Tế tân	3 đồng cân.

Tất cả các vị thuốc tán bột, mỗi ngày uống 1-2 lần, mỗi lần 3g thì khỏi.

Tất cả các vị thuốc này làm hết nhức đầu, nhức vùng mũi xoang, mất hết triệu chứng ngạt mũi, bệnh nhân dễ thở hết chảy mũi.

Thông thường sau 2 ngày hết ngạt mũi dễ thở, dễ chịu. Sau ngày thứ 5 thì hết chảy mũi và sau 10-15 ngày tất cả các triệu chứng viêm xoang hầu như mất hẳn.

6. Thuốc mỡ Coctison

Cotison	500 mg
Ephedrin	40 ctg
Cocain chlorhydrat	60 ctg
Borat Na	60 ctg
Tinh hoa hồng	2 giọt
Laholin	5g
Vaselin	20g.

7. Dung dịch thuốc làm giảm phù nề thanh quản.

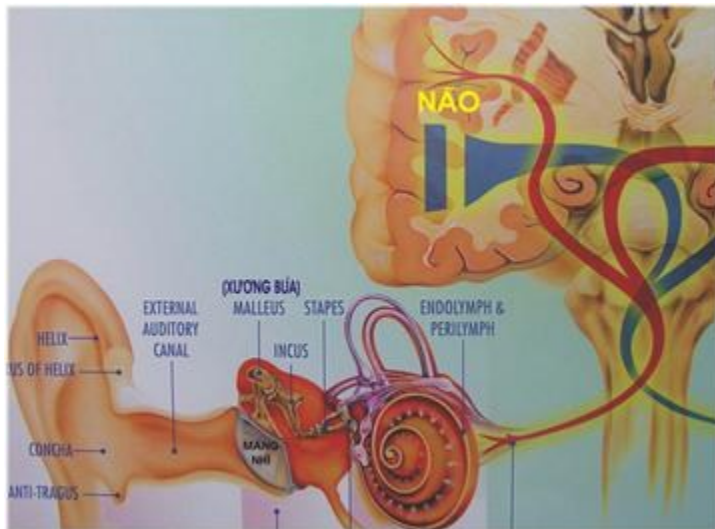
Cocain chlorhydrat	5 ctg
Adrenalin 1%	3g
Glycerin	10g
Nước cất vừa đủ	60 g.

8. Thuốc chống loạn cảm họng.

Loạn cảm họng là 1 cảm giác đau hoặc cảm giác dị vật ở họng và đặc biệt là khi khám không thấy dị vật và thương tổn ở vùng họng. Thường gặp ở phụ nữ có kinh nguyệt không đều, hoặc ở những người vừa mới bị viêm họng cấp tính, những người mệt mỏi về tinh thần.

Điều trị: Siro lạc tiên.

86. CẤY ĐIỆN ỐC TAI



Cấy điện ốc tai là một phẫu thuật đưa điện cực điện tử vào đặt trong ốc tai, giúp người bệnh tiếp nhận được âm thanh thay thế ốc tai bị hư.

Chỉ định

Người bị điếc nặng và sâu 2 tai > 85dB.

Đeo máy trợ thính không hiệu quả.

Bình thường về tâm sinh lý.

Từ 2 tuổi trở lên.

Chống chỉ định

Chậm phát triển, người bị bệnh tâm thần.

Bệnh nội khoa nặng: tim bẩm sinh, bệnh di truyền, đang viêm phổi.

Hình ảnh bất thường về giải phẫu tai trong: hội chứng Mondini, cốt hóa ốc tai.

1. Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình: cần hiểu cấy điện ốc tai là đưa một ốc tai điện tử vào thay thế cho ốc tai của người bệnh bị hư, nên việc để điện cực trong đầu là suốt đời, có một số bất tiện khi đeo máy, tránh va đập vùng gắn điện cực vào vật rắn có thể gây hư điện cực. Chi phí cho một ca mổ tốn nhiều tiền. Sau khi cấy điện ốc tai cần một thời gian huấn luyện về ngôn ngữ. Tai biến có thể xảy ra khi phẫu thuật và hậu phẫu như tai biến ngoại khoa khác.

2. Các xét nghiệm mổ mê loại phẫu thuật đặc biệt. Làm các xét nghiệm thính học, hình ảnh học: CT scan, MRI.

3. Phẫu thuật

Phẫu thuật viên là một ekip gồm 2 -3 bác sĩ, kỹ thuật viên, chuyên khoa thính học, nhiều kinh nghiệm phẫu thuật tai xương chũm.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế người bệnh như mổ tai xương chũm.

Kỹ thuật mổ: phần rạch da cần rộng có cơ để che phủ điện cực. Thì đầu như mổ khoét rỗng đá chũm, nhưng phải thấy rõ cửa sổ tròn để mở vào ốc tai.

Thì sau mở ốc tai và đặt điện cực qua đường mở ốc tai. Trước khi đóng vết mổ cần kiểm tra điện cực có hoạt động không bởi chuyên gia thính học.



Chăm sóc hậu phẫu cần được theo dõi về tình trạng người bệnh sau mổ, thuốc dùng loại có phổ rộng nhóm cephalosporine thế hệ III trong 7 ngày. Thuốc giảm đau, chống phù nề. Xuất viện sau 10 ngày. Tái khám theo hẹn của bác sĩ. Đeo thiết bị bên ngoài sau khoảng 5 tuần.

Cấy điện ốc tai ít tai biến, một vài trường hợp tụ máu dưới da. Thỉnh thoảng có trường hợp liệt mặt do phù nề, bệnh bình thường trở lại sau vài tuần.

Việc huấn luyện sau mổ cần được phối hợp giữa phẫu thuật viên, giáo viên ngôn ngữ và gia đình, bản thân người bệnh. Đối với trẻ em nên cấy điện ốc tai cho trẻ có chỉ định phẫu thuật trước tuổi đến trường để dạy cho cháu có ngôn ngữ khi vào học, sinh hoạt như bạn bè cùng trang lứa.

87. CHỌC THÔNG XOANG HÀM

1. Đại cương: Là biện pháp cho phép người thầy thuốc chẩn đoán bệnh lý xoang hàm, ngoài các phương pháp soi bóng mờ và chụp X-quang. Đồng thời giúp điều trị viêm xoang hàm.

Mục đích:

- Để xem trong xoang hàm có mủ hay không? Nếu có mủ cho thử kháng sinh đồ, cấy khuẩn. Nếu không có mủ cho xét nghiệm tế bào.
- Bơm thuốc cản quang vào xoang để chụp phát hiện các khối u trong xoang và thể viêm dày niêm mạc xoang.

Chỉ định:

- Nghi trong xoang hàm có mủ và chắc chắn có mủ. Nghi trong xoang có khối u, khối polype hay nang dịch.
- Bơm thuốc kháng sinh vào xoang trong điều trị viêm xoang hàm.
- Bơm thuốc cản quang vào trong xoang hàm để chụp X - quang chẩn đoán.

Chống chỉ định:

- Viêm xoang hàm cấp tính hay đang có đợt nhiễm khuẩn cấp tính.
- Mắc các bệnh mãn tính chưa ổn định.
- Phụ nữ có thai.
- Trong vụ định sốt xuất huyết.
- Trẻ em dưới 5 tuổi.

Nguyên tắc:

- Chọc chỗ thấp nhất của vách mũi xoang.
- Phải có lỗ dẫn lưu, không chọc khi có thoái hoá cuốn giữa hay có polype che kín khe mũi giữa lấp mất lỗ dẫn lưu.

2. Kỹ thuật:

Chuẩn bị dụng cụ - thuốc:

- Đèn clar hoặc gương trán.
- Kim chọc xoang thẳng hoặc cong.
- Băng mở mũi.
- Vòi cao su nối liền kim chọc xoang với bơm tiêm 50 ml.
- Que thăm bông và kẹp khuỷu.
- Khay quả đậu, ni lông choàng.
- Nước muối (Natri clorua 9%0), thuốc tê: Lidocain hoặc Xylocain...

Tư thế bệnh nhân- thầy thuốc:

- Bệnh nhân ngồi ghế đối diện với thầy thuốc, quàng ni lông.
- Thầy thuốc chọc bên nào của bệnh nhân, thì tay đối diện của phẫu thuật viên cầm mở mũi, còn tay kia cầm kim.

Gây tê: Dùng que thăm bông vê bông tẩm thuốc Naphtasolin + Adrenalin + Lidocain đặt vào khe mũi dưới, dưới nếp gấp của xương xoăn dưới, điểm định chọc kim.

Kỹ thuật:

- Thầy thuốc đeo đèn clar nhìn qua băng soi mũi, xác định khe mũi dưới, đưa kim chọc xoang vào đúng vị trí gây tê, chỗ nếp gấp xương xoăn dưới và thành ngoài hốc mũi, ở một điểm cách đầu xương xoăn dưới 1,5 cm và cách sàn mũi 1cm. Ở điểm này vách xương rất mỏng, đầu nhọn của kim chọc xoang hướng ra phía ngoài tức phía gò má, thầy thuốc làm động tác xoay và dúi ấn nhẹ thì đầu nhọn của kim sẽ chọc qua thành vách xương và đi vào trong lòng xoang. Nếu xoang có nhiều mủ sẽ thấy mủ chảy ra qua ống chọc hoặc có thể dùng bơm tiêm hút ra làm xét nghiệm và kháng sinh đồ.
- Lắp bơm tiêm và bơm nhẹ dung dịch nước muối sinh lý vào xoang, khi bơm cho bệnh

nhân bịt mũi bên đối diện, há mồm và xì mũi liên tục.

- Rút kim và đặt vào khe mũi dưới một miếng bông vô khuẩn có tác dụng ép và chống chảy máu.
- Trường hợp lỗ thông mũi xoang bị tắc phải chọc thêm kim thứ 2 để dẫn lưu dịch mủ.
- Nếu bị viêm xoang hàm do răng thì trước khi chọc rửa xoang hàm phải nhổ răng trước và chọc xoang qua lỗ chân răng.

3. Tai biến, biến chứng trong chọc thông xoang hàm:

- Phản ứng với thuốc tê (phải thử phản ứng trước khi gây tê): bệnh nhân choáng váng, buồn nôn, mặt tái vờ mờ hôi, chân tay lạnh. Nặng hơn: ngừng tim, ngừng thở, co giật. Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp, thở o xy, tiêm trợ tim, trợ lực.
- Kim chọc chạm kim vào xương xoăn dưới hay làm xước niêm mạc gây chảy máu.
- Chọc kim đi lên mặt trước của xoang lên vùng má, chọc lại.
- Kim xuyên qua 2 lớp của thành xoang ra vùng má hoặc dưới hố chân bướm hàm. Bơm nước phòng ra má hoặc góc hàm, rút kim ra ngay, chườm nóng, dùng kháng sinh.
- Kim chọc vào ổ mắt, làm tổn thương mắt.

Chú ý:

- Chọc 1 lần 1 ngày, tối đa chọc 7 lần, nếu vẫn còn mủ thì phải chuyển phẫu thuật.
- Nếu dịch chảy ra màu vàng chanh nghĩ đến u nang. Nếu dịch máu nghi ung thư xoang. Nếu nước trong nghĩ đến dị ứng. Nếu dịch mủ nghĩ đến viêm xoang mủ.

88. ĐIỀU TRỊ POLÝP MŨI XOANG

Polyp mũi xoang (PMX) là hệ quả của một sự thoái hoá phù nề nhiều chỗ của niêm mạc mũi có bản chất viêm mạn tính. PMX là u lành tính thường gặp nhất ở vùng mũi xoang, hiện diện trên hơn 25% BN bị suyễn, viêm mũi và viêm mũi xoang mạn tính. Vị trí xuất phát thường là niêm mạc thành ngoài hốc mũi, ở khe mũi giữa, ở xoang sàng trước, xoang hàm. Từ xoang, mô bệnh chui qua lỗ thông mũi xoang để vào trong hốc mũi. Khám thấy được u dạng polyp bằng soi mũi trước hay nội soi.

Về đại thể: Điển hình là những khối mềm, trơn láng, hơi trong suốt, có màu hồng, xanh xám, ngả vàng, ít chảy máu. Polyp? mũi có khi đơn độc, nhưng thường mọc thành chùm, chiếm đầy hốc mũi, các xoang, cả hai bên.

Vi thể: tổn thương đa dạng, ở nhiều mức độ khác nhau.

+ Biểu bì: bị thoái triển thành biểu bì đa tầng, nổi bật là sự hư? hoại của tế bào lông, màng đáy dày lên và không liên tục.

+ Mô đệm có những biến đổi rõ nhất: Tình trạng giãn rộng của các tuyến nang thành nang, kích thước không đều. Vắng mặt các tuyến nang-thanh dịch (vốn là đặc trưng của niêm mạc cuốn giữa và dưới). Sự tụ tập các loại tế bào viêm, đặc biệt là các tế bào đa nhân ái toan.

Nguyên nhân và bệnh sinh của PMX vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Gần đây nhiều thành tựu trong nghiên cứu cơ bản cho thấy bệnh sinh chủ yếu của PMX là tình trạng viêm thường trực, mạn tính tại chỗ. Bệnh lý này do nhiều nguyên nhân phối hợp: giải phẫu, di truyền, dịch thể, tế bào, thần kinh, nhiễm trùng, chấn thương.

Bệnh có khi bệnh xuất hiện nguyên phát, có khi phối hợp với những bệnh khác như suyễn, tam chứng Widal, viêm nang xơ. PMX có thể là một biểu hiện của rối loạn niêm mạc đường hô hấp của tuyến ngoại tiết (như muco-viscodose), bệnh của chất nhầy (hội chứng Young), bệnh của lông chuyển như rối loạn vận động lông chuyển nguyên phát.

Triệu chứng chính gây ra bởi polyp mũi là nghẹt mũi và mất khứu giác. Mục đích của trị liệu là lấy bỏ polyp đi. Có thể dùng hai cách: nội khoa và phẫu thuật.

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Dành cho các polyp còn nhỏ và vừa.

Dùng glucocorticoid?

PMX được thành lập cơ bản là do phản ứng viêm, vậy phải điều trị bằng thuốc kháng viêm. Các loại gluco-corticoid là những thuốc được chọn hàng đầu. Gluco-corticoid là những chất kháng viêm mạnh, dùng theo đường toàn thân và tại chỗ đều có tác dụng tốt. Điều không may là polyp thường tái phát sau khi ngưng thuốc.

Tác động? cơ bản của glucocorticoid là ngăn trở hoạt động của phospholipase A2 qua trung gian lipocortin. Thuốc chặn đứng quá trình viêm từ đầu ở phản ứng tạo arachidonic acid từ phospholipid màng và do vậy, ngăn chặn sự tạo lập prostaglandin và leucotrien. Qua cơ chế này, thuốc tác động lên mọi giai đoạn của quá trình viêm trong mô:

- Giai đoạn mạch máu: điều chỉnh lại tình trạng giãn mạch, điều chỉnh độ thẩm thấu của thành mạch. Như vậy làm giảm phù nề và giảm đau.

- Giai đoạn tế bào: giảm hóa ứng động, giảm tụ tập của tế bào viêm, giảm hoạt động thực bào, củng cố màng của các lysosom của các tế bào đa nhân và thực bào, ngăn chặn sự phóng thích các enzym làm duy trì và phát triển hiện tượng viêm.

- Giai đoạn thành sẹo: với tác động trên những yếu tố tăng trưởng, tác động trên sự tăng sinh các tế bào sợi, tác động trên sự tổng hợp collagen và mucopolysacharid.

Tuy nhiên, glucocorticoid có nhiều tác dụng phụ từ hoạt tính mineralocorticoid như: nguy cơ cao huyết áp, mất potassium và giữ nước. Có thể gây tiểu đường, làm chậm phát triển cơ thể và loãng xương. Làm teo cơ bởi tác dụng ngăn trở sự tổng hợp protein. Do ức chế hoạt động của trục vỏ não-thượng thận, glucocorticoid gây nguy cơ suy thượng thận khi ngưng thuốc hay khi có aggression. Ngoài ra glucocorticoid còn gây loét dạ dày tá tràng, ảnh hưởng tâm thần kinh.

Những tác dụng phụ khá nguy hại của glucocorticoid khiến thầy thuốc phải cân nhắc lợi hại khi cho toa, sao cho sự trị liệu đạt hiệu quả tối đa với một nguy cơ tối thiểu. Đây là nguyên nhân thúc đẩy khuynh hướng thiên về dùng glucocorticoid tại chỗ hơn là toàn thân.

Điều trị bằng glucocorticoid toàn thân:

Có rất ít những nghiên cứu về chỉ định, liều lượng, cách dùng và kết quả của việc trị liệu PMX bằng glucocorticoid đường toàn thân.

Peynègre và Serrano⁽³⁾ nêu 3 cách dùng glucocorticoid:

- Điều trị liên tục: không dùng cho PMX trừ khi BN bị kèm theo suyễn nặng-lệ thuộc glucocorticoid.

- Điều trị ngắn hạn: dùng không quá 10 ngày. Cách dùng này cho phép ngưng glucocorticoid đột ngột, không cần cho liều giảm dần. Nên dùng loại glucocorticoid có thời gian bán hủy ngắn như prednison, prednisolon, methyl-prednisolon. Dùng một liều duy nhất 1mg/kg /ngày, uống vào buổi sáng, đúng vào chu kỳ sinh học tiết glucocorticoid của cơ thể. Có hiệu quả cao trên PMX. Nếu có bội nhiễm, dùng thêm kháng sinh. Không cần theo dõi gì đặc biệt đối với BN. Tuy nhiên, không nên dùng quá 3 lần trong một năm.

- Điều trị theo chu kỳ: Trường phái Pháp [Rouvier]. Dùng glucocorticoid dài ngày, theo những qui tắc nhất định. Thường dùng tiếp theo sau một đợt điều trị ngắn hạn. Cho liều tối thiểu có hiệu quả (0,1-0,3 mg/kg/ngày). Nên chọn prednisolon hay prednison. Ví dụ:

- Uống một liều, hai ngày một lần, trong một tuần.

- Rồi uống một tuần, nghỉ một tuần, trong hai tháng;

- Rồi uống một tuần, nghỉ hai tuần, trong hai tháng;

- Rồi uống một tuần, nghỉ ba tuần, trong hai tháng.

Với kiểu dùng thuốc này, BN buộc phải được theo dõi sát những hằng số sinh học, theo chế độ kiêng muối, giảm ăn chất bột. Sự kiểm soát thường khó khăn vì mức độ đáp ứng với glucocorticoid của từng BN rất khác nhau.

Theo Bernstein,⁽¹⁾ glucocorticoid đường toàn thân chỉ định cho những trường hợp polyp nặng, gây tắc mũi. Chủ trương dùng ngắn hạn (không quá 2-3 tuần). Nếu không hiệu quả, nên phẫu thuật, nếu có hiệu quả, tiếp tục dùng corticoid tại chỗ.?

Liều lượng dùng Prednisolon:

- 40mg/ ngày/ trong 3 ngày.
- 30mg/ ngày/ trong 3 ngày
- 20mg/ ngày/ trong 3 ngày
- 10mg/ ngày/ trong 3 ngày
- cuối cùng cho 3 lần 10mg, mỗi 2 ngày

Điều trị bằng glucocorticoid tại chỗ:

Từ 1962, thử nghiệm lần đầu tiên bằng dexamethason cho thấy có nhiều phản ứng phụ toàn thân và tại chỗ. [Boxer]. Năm 1974, một tiến bộ quan trọng tổng hợp được thể hệ thứ hai của glucocorticoid là beclomethason dipropionat. Sau đó là các glucocorticoid dùng tại chỗ mới lần lượt xuất hiện: flunisolid, budesonid, fluticason. với hoạt tính cao hơn, liều sử dụng ít hơn, an toàn hơn

Hiện nay, đây là phương pháp tốt nhất được chọn lựa do những đặc tính:

- Tác dụng trực tiếp, hiệu quả cao trên vùng mũi xoang.

Howland, 1996⁽⁴⁾ đã so sánh tác dụng của fluticason tại chỗ và toàn thân trong thí nghiệm điều trị viêm mũi dị ứng bằng fluticason propionat trên 4 nhóm BN trong 2 tuần: Nhóm 1 được dùng fluticason propionat tại chỗ 200microgram/ ngày. Nhóm 2 dùng fluticason propionat uống, 5mg/ ngày. Nhóm 3 dùng fluticason propionat uống, 10mg/ ngày. Nhóm 4 dùng giả dược.

Kết quả được đánh giá bởi thầy thuốc và BN: các triệu chứng chảy mũi, ngứa mũi, nghẹt mũi, ngứa trong mũi giảm rõ rệt ở nhóm dùng tại chỗ so với 2 nhóm sử dụng thuốc uống.

- Glucocorticoid tại chỗ có tác dụng rõ rệt trên các tế bào viêm. Nghiên cứu của Johnson M.⁽⁵⁾1995 qua trên BN dùng Fluticason propionat xịt tại mũi cho thấy Fluticason propionat ức chế đáng kể số lượng dưỡng bào (mast cell) trong niêm mạc mũi, ngăn chặn sự giải hạt của tế bào này. Ngoài ra còn ức chế sự tăng sinh tế bào lympho T, giảm lượng interleukin-5 (IL-5) và

giảm yếu tố kích hoạt tiểu cầu (platelet activating factor) là yếu tố kích thích sự tập trung eosinophil tại phổi.

- Glucocorticoid tại chỗ làm giảm rõ rệt kích thước polyp. Homberg K., Juliusson S., năm 1997,⁽⁶⁾ thử nghiệm dùng glucocorticoid tại chỗ trên 55 BN bị polyp mũi lâu ngày trong thời gian 26 tuần. Nhóm 1 dùng fluticason propionat tại chỗ, 200 mg x 2 lần/ ngày. Nhóm 2 dùng beclomethason dipropionat tại chỗ 200 mg/ 2 lần/ ngày. Nhóm 3 dùng giả dược. Kết quả được đánh giá dựa trên triệu chứng nghẹt mũi, kích thước polyp (thang điểm polyp) và lưu lượng đỉnh khí hít vào qua mũi (peak nasal inspiratory flow). Có sự cải thiện các triệu chứng và giảm kích thước polyp trên tất cả BN, tăng lưu lượng đỉnh khí hít vào qua mũi rõ rệt ở hai nhóm dùng fluticason propionat và beclomethason so với nhóm chứng sau 14 tuần. Nhóm dùng fluticason propionat cho thấy thời gian thuốc có tác dụng đạt nhanh hơn nhóm beclomethason. Không có khác biệt về độ dung nạp giữa hai chất trên.

Johansen,⁽⁷⁾1993 chứng minh hiệu quả của gluco-corticoid trên kích thước polyp trong một nghiên cứu mù đôi, đa trung tâm (4 ở Đan mạch và 1 ở Thụy điển). Thuốc dùng là budesonid, 50 mL mỗi bên mũi/ 2 lần /ngày= 400 mg và giả dược.

Polyp được phân loại theo: độ 0? (không có polyp), độ 1 (polyp nhẹ -? polyp nhỏ, còn ở trên tầm bờ trên của cuốn dưới, gây nghẹt mũi nhẹ), độ 2? (polyp trung bình – ngang tầm của bờ trên và bờ dưới cuốn dưới, gây nghẹt mũi), độ 3 (polyp nặng – vượt quá bờ dưới của cuốn dưới, bít tắc hốc mũi).

BN được phân loại dựa trên polyp lớn nhất của một bên mũi và tổng của polyp hai bên. Chỉ đưa vào nghiên cứu các BN có polyp ở độ 2 hoặc nhỏ hơn. Kết quả cho thấy kích thước của các polyp nhỏ và trung bình giảm đáng kể trong đa số các trường hợp. Thuốc không có tác dụng đáng kể trên các polyp độ 3. Tính chung, khoảng 32% BN có điểm polyp? không thay đổi sau 3 tháng. Có lẽ cần liều cao hơn (800 mg) và có thể còn có nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến polyp. Các triệu chứng kèm theo như nghẹt mũi, chảy mũi, chảy mũi giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

- Dung nạp thuốc tại chỗ tốt.

1. Phản ứng phụ tại chỗ hiếm, nhẹ, thường thoáng qua: kích thích niêm mạc, khô mũi, chảy máu mũi. thường chỉ xuất hiện lúc khởi đầu trị liệu rồi giảm dần.

2. Tránh được những phản ứng phụ nếu dùng đường toàn thân. Gần như không có phản ứng phụ toàn thân: tác dụng trên toàn thân yếu, thời gian bán hủy trong huyết tương ngắn, được chuyển hóa trong gan nhanh chóng và mạnh mẽ trở thành những chất không hoạt tính.

3. Liều trị liệu rất thấp hơn liều độc.

4. Thời gian bắt đầu có tác dụng tùy theo loại thuốc. Từ vài ngày (beclomethason) đến chỉ còn vài giờ đối với thuốc thể hệ mới (fluticason).

5. Cách sử dụng đơn giản: Đa số các thuốc đều có liều dùng xịt 2 lần/ngày (beclomethason, triamcinolon, budesonid. Chỉ cần dùng 1 liều đối với các thể hệ thuốc mới hơn: fluticason, mometason.)

Bernstein, 1997, nêu phác đồ:

- Nếu polyp chưa gây nghẹt mũi: dùng glucocorticoid tại chỗ trong 4-6 tuần.
- Beclometason: xịt 2 lần mỗi bên mũi/ 2-4 lần/ngày
- Budesonid: xịt 2 lần mỗi bên mũi/ 2 lần/ ngày hay xịt 1 lần 4 cái vào buổi sáng.
- Flunisolid: xịt 2 lần mỗi bên mũi/ 2 lần/ ngày.
- Fluticason: xịt 2 lần mỗi bên mũi/ 1 lần/ ngày.
- Triamcinolon: ? xịt 2 lần mỗi bên mũi/ 1 lần/ ngày.
- Nếu polyp không giảm thì điều trị ngắn hạn: Dùng prednisolon 40mg / ngày trong 3 ngày; 3 ngày kế tiếp dùng 30mg / ngày, 20mg trong 3 ngày, rồi 10mg trong 3 ngày; cuối cùng dùng thêm 10mg mỗi 2 ngày trong 6 ngày.

Không nên dùng glucocorticoid toàn thân quá 2-3 tuần. Nếu hết đợt trị liệu không hiệu quả, nên nghĩ đến phẫu thuật.

Không nên dùng glucocorticoid tại chỗ trước cho những BN bị polyp quá lớn. Nên khởi đầu bằng đường toàn thân. Nếu có hiệu quả, tiếp tục bằng xịt tại chỗ.

Vài thuốc khác:

- Thuốc chống dị ứng có vai trò giới hạn, chỉ dùng phối hợp khi có bằng chứng về dị ứng.
- Thuốc tác dụng trên bơm natrium và kalium được chứng minh tác dụng trong vài nghiên cứu,⁽²⁾ áp dụng trên người còn hạn chế:
- Furosemid
- Amilorid.
- Thuốc kháng sinh: không thể thiếu được trong tình trạng viêm mũi xoang bội nhiễm, những chất tan đàm (Mucofluidifiants) có tác dụng hỗ trợ.

- Crenothérapie.
- Nước muối sinh lý: rửa mũi.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT:

Thường phải phối hợp phẫu thuật với trị liệu nội khoa.⁽⁸⁾ Mục đích phẫu thuật nhằm:

- Tái lập chức năng của mũi, loại bỏ polyp, làm thông thoáng mũi, tái lập đường dẫn lưu từ các xoang.
- Điều chỉnh các yếu tố bất thường trong cấu trúc của mũi mà các cấu trúc này tạo thuận lợi cho sự thành lập và tồn tại của polyp.
- Loại bỏ mô polyp là nơi tích tụ các yếu tố tăng trưởng, các tế bào viêm là nguyên nhân của polyp.

Chỉ định:

- Polyp lớn gây tắc nghẽn đường thở
- Polyp gây mất khứu giác, không đáp ứng với trị liệu nội khoa.
- Polyp tái phát, xơ hóa.
- Polyp tái phát gây biến chứng viêm tai, viêm đường hô hấp dưới, kích hoạt cơn suyễn. ngăn trở sự lành bệnh của viêm mũi xoang nhiễm trùng.
- Dị dạng giải phẫu học của mũi xoang: lệch vách ngăn, concha bullosa, quá phát cuốn dưới, VA tồn lưu.

Phương pháp:

Có nhiều kỹ thuật mổ:

- Cắt polyp đơn thuần: dùng khi mũi bị tắc bởi vài polyp lớn, có thể thực hiện với gây tê tại chỗ.
- Mổ qua nội soi, mổ nội soi mũi xoang chức năng (FESS- Functional endoscopic sinus surgery) có thể dùng trong nhiều chỉ định:
- Cắt chính xác những polyp nhỏ nằm ở những vị trí quan trọng như khe giữa, lỗ thông mũi xoang, vùng dẫn lưu của xoang sàng trán. để cắt đứt vòng luẩn quẩn của viêm mũi xoang. FESS là một chỉ định tốt cho các polyp tái phát, không đáp ứng với corticoids.

- Trong FESS, có thể kết hợp dùng LASER để đốt polyp hay dùng dụng cụ vi phẫu cắt lọc (microdebrider).
- Cắt polyp và mổ xoang (hàm-sàng -bướm) kèm theo qua nội soi hay với kính hiển vi:
- Khi BN bị viêm mũi xoang tái phát hay phải cắt polyp nhiều lần trong năm và có những bằng chứng tổn thương xoang trên CT scan.
- Bệnh nhân bị kèm theo suyễn hay không dung? nạp aspirin thường bị polyp nặng hơn và bệnh dễ tái phát hơn nên thường có chỉ định mổ.

Friedman,⁽⁸⁾ 1982 thực hiện phẫu thuật mổ sàng-bướm trên 55 BN có polyp kèm viêm mũi xoang tái phát và suyễn, ghi nhận rằng đa số BN có thể ngưng dùng hay giảm liều corticoid trong một thời gian dài; duy trì được mũi thông thoáng và tránh hay giảm được tần suất viêm mũi xoang tái phát. Suyễn giảm hẳn sau khi tái? lập được chức năng của mũi.

Vai trò của corticoid tại chỗ trong việc phòng ngừa polyp tái phát:

Dù phẫu thuật đã được thực hiện tốt, polyp vẫn tái phát vì phẫu thuật không dứt được bản chất viêm của bệnh polyp. Trong điều trị bệnh polyp mũi, tuy phẫu thuật? có vai trò quan trọng, kháng viêm tại chỗ vẫn là trị liệu cơ bản, lâu dài.

Kết luận

Điều trị PMX là một công việc lâu dài và thường xuyên. Trong đa số các trường hợp cần sự phối hợp chặt chẽ giữa điều trị nội khoa và phẫu thuật.

89. ĐIỀU TRỊ ĐIẾC ĐỘT NGỘT BẰNG OXY CAO ÁP

Điếc đột ngột là cấp cứu khá thường gặp tại bệnh viện tai mũi họng. Theo phác đồ của bệnh trước đây, bệnh nhân được truyền thuốc giãn mạch và corticoid, sau 10 ngày bệnh nhân sẽ được xuất viện với các kết quả cải thiện khác nhau. Để góp phần nghiên cứu thêm vào việc điều trị điếc đột ngột vô căn, từ tháng 9/2002, một nhóm nghiên cứu gồm: Bs. Chu Lan Anh,

Bs. Nguyễn Thành Lợi, Bs. Huỳnh Khắc Cường đã áp dụng một phương pháp điều trị khác: oxy cao áp và corticoid.

Cơ chế sinh bệnh

Điều trị điếc đột ngột

Điếc đột ngột do tổn thương bộ phận tiếp nhận thần kinh giác quan tai trong, mất hơn 30 dB tần số liên tục, xảy ra dưới 3 ngày, hầu hết là từ vài phút đến vài giờ. Về nguyên nhân, có nhiều giả thuyết khác nhau, theo Kallinen và cộng sự, có 4 nguyên nhân chính: mạch máu, nhiễm virus, vỡ cửa sổ tròn, bệnh tự miễn.

Động mạch tai trong là động mạch không có tuần hoàn nối, là nhánh tận của động mạch tiểu não trước dưới. Khi bị tắc nghẽn do huyết khối, thuyên tắc mạch, co mạch sẽ gây tình trạng thiếu máu nuôi đến cơ quan corti.

Trong ốc tai, biểu hiện mô học là sự phồng lên và tổn thương cấu trúc của các sợi nhánh, thay đổi tỷ lệ lập thể và tế bào cấu trúc, sự tách biệt của tế bào lông ra khỏi màng mái, phù nề nội mô, sự khép kín lại của nội động mạch chức năng do phù nề với sự tắc nghẽn vi tuần hoàn. Đó là lý do vì sao việc cung cấp oxy giúp cải thiện quá trình lành bệnh, được xem là chìa khóa giải quyết rối loạn chức năng của tai trong.

Nhóm nghiên cứu thực hiện so sánh giữa 2 nhóm điều trị bằng oxy cao áp (OXCA) và giãn mạch. Đối tượng là các bệnh nhân bị điếc đột ngột đến khám và điều trị tại khoa tai – đầu – mặt – cổ trong thời gian từ 9/2002 – 3/2003.

Điều trị bằng oxy cao áp khả quan hơn

Trong 49 trường hợp nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 20 – 49 (81,64%), đây là lứa tuổi lao động chính. Lứa tuổi dưới 15 không gặp, có lẽ do số bệnh nhân nghiên cứu không phải khoa nhi. Tỷ lệ bệnh nhân ở thành phố chiếm đa số (81,63%), có lẽ do có điều kiện khám dễ dàng hơn. Số không điều trị trước khi vào viện chiếm 63,26%, có lẽ do bệnh nhân nghĩ rằng bệnh sẽ tự bớt, chưa thấy bớt mới đi khám bệnh. Trong số bệnh nhân đến nhập viện, đa số là điếc 1 tai (chiếm 85,7%), giữa 2 tai không có sự khác biệt đáng kể. Về hình dạng đường thính lực, hình dạng giảm âm cao có vẻ trội hơn một chút so với những hình dạng kia.

Trong nhóm điều trị oxy cao áp, 40,90% số bệnh nhân đến khám ban đầu có mức độ điếc nặng, trong khi đó ở nhóm truyền thuốc giãn mạch, mức độ tương đối nặng, nặng, đặc. Trong nhóm điều trị oxy cao áp 85,71% trường hợp điếc nặng có cải thiện tốt và 14,28% có cải thiện. Trong khi ở nhóm điều trị giãn mạch: 42,57% trường hợp cải thiện tốt và có cải thiện ở nhóm oxy cao áp là 77,27%, trong nhóm giãn mạch là 67,65%.

Nhĩ lượng đồ thay đổi dạng As (4 ca) vào ngày thứ năm, sau đó chỉ còn 1 ca vào ngày thứ 10, có thể giải thích do có tình trạng viêm tai giữa tiết dịch tạm thời khi thở oxy cao áp, sau đó giảm đi. Mức cải thiện nghe trong trường hợp có thính lượng đồ (TLĐ) dạng giảm âm trầm là 75% ở thở oxy cao áp (trong đó 62,5% là cải thiện tốt); trong khi đó ở nhóm điều trị giãn mạch cải thiện 90% (trong đó chỉ có 20% là tốt).

Trong nhóm thở OXCA, những bệnh nhân giảm âm trầm có mức cải thiện nghe trên tốt là 62,5% so với 25% ở những bệnh nhân giảm âm cao, trong khi đó ở nhóm điều trị giãn mạch không có sự khác biệt đáng kể trong nhóm này, mức độ không cải thiện ở dạng đường thính lực ngang là 44,44%, và ở dạng giảm âm cao là 33,33%, so sánh với 16,67% và 12,5% ở nhóm OXCA.

Nói chung về tiên lượng thì những bệnh nhân có hình dạng giảm âm trầm có tiên lượng tốt hơn. Không thấy có sự khác biệt giữa nhóm có choáng váng hay không, có thể do trong nhóm điều trị, số bệnh nhân choáng váng chỉ là xây xẩm, chứ không phải là chóng mặt thật sự (khám tiền đình không ghi nhận bất thường). Bệnh nhân bị điếc 1 tai có sự cải thiện tốt hơn là bị điếc 2 tai (81,81% ở nhóm điếc 1 tai so với 50% ở nhóm điếc 2 tai). Thời gian nhập viện càng sớm thì khả năng hồi phục cao hơn : 76,19% ở nhóm đến vào tuần thứ 1 , so với 50% ở nhóm đến vào tuần thứ 2. Mức cải thiện tốt ở nhóm dưới 40 tuổi là 37,93% so với 14,81% ở nhóm trên 40 tuổi. Mức không cải thiện ở nhóm dưới 40 tuổi là 24,14% so với 33,34% ở nhóm trên 40 tuổi. Như vậy tuổi dưới 40 có sự cải thiện tốt hơn. Trong 2 bệnh nhân đã được điều trị 10 ngày bằng thuốc giãn mạch được xuất viện, có một bệnh nhân cải thiện thêm 34dB sau khi thở oxy cao áp (mặc dù trong thời gian điều trị giãn mạch chỉ cải thiện 14dB). Điều này cũng mở ra một hy vọng trong việc điều trị bằng oxy cao áp ở đối tượng bệnh này. Về tác dụng phụ khi thở oxy cao áp, nhóm nghiên cứu không ghi nhận gì đặc biệt ngoại trừ 5 ca giảm thị lực nhẹ tạm thời sau khi thở và sáng dần lại vào ngày thứ 9,10.

Về triệu chứng ù tai, trong nhóm điều trị oxy cao áp, cải thiện và hết ù 18/22 ca (81,82%), trong nhóm điều trị giãn mạch là 24/27 ca (88,89%), còn triệu chứng chóng mặt cải thiện 100% ở cả 2 nhóm. Tỷ lệ cải thiện trung bình trong nhóm nhập viện sớm dưới 7 ngày là 30,47% dB ở nhóm oxy cao áp là 25,33dB ở nhóm giãn mạch (trong trường hợp điếc 1 tai) và 19,04% ở nhóm giãn mạch (tính luôn cả nhóm điếc 1 và 2 tai).

Qua nghiên cứu, các bác sĩ kết luận: bước đầu điều trị bằng oxy cao áp cho các kết quả khả quan hơn so với điều trị thuốc giãn mạch ở một số điểm như:

- + Tỷ lệ cải thiện tốt cao hơn trong nhóm điếc nặng (85,71%) so với 42,86%).
- + Tỷ lệ có cải thiện và cải thiện tốt cao hơn (77,27% so với 67,65%).
- + Có một trường hợp sau 10 ngày sau điều trị giãn mạch chỉ cải thiện 14 dB, sau đó cho thở oxy cao áp 10 ngày cải thiện thêm 34 dB.

+ Tỷ lệ cải thiện trung bình ở nhóm điều trị oxy cao áp trong 7 ngày đầu là 30,47% dB so với 25,33 dB nhóm giãn mạch.

+ Không ghi nhận tác dụng phụ đáng kể ở những bệnh nhân thở oxy cao áp, ngoại trừ triệu chứng giảm thị lực tạm thời.

Các yếu tố tiên lượng xấu nói chung trong cả 2 nhóm là: tuổi dưới 40, điếc 2 tai, thời gian nhập viện trên 7 ngày, thính lực đồ dạng giảm âm cao.

90. CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG CẤP

Viêm họng cấp là hiện tượng xung huyết phù nề niêm mạc vùng họng do virus (chiếm từ 60-80% trường hợp), vi khuẩn (thường do bội nhiễm sau nhiễm virus).

Viêm họng có hai dạng là viêm họng cấp tính và viêm họng mạn tính.

Một số loại vi khuẩn thường gặp gây bệnh ở họng là: Liên cầu beta tan huyết nhóm A (khoảng 20%), phế cầu và Hemophilus Influenza, tụ cầu vàng. Viêm họng trong các bệnh toàn thân như bệnh về máu.

Viêm họng mạn tính là tình trạng viêm họng kéo dài, thể hiện dưới 3 hình thức chính là xuất tiết, quá phát và teo. Thể điển hình của viêm họng mạn tính là viêm họng mạn tính tỏa lan, viêm họng mạn tính khu trú gồm có viêm VA mạn tính và viêm amidan mạn tính. Các nguyên nhân gây viêm họng mạn tính phải kể đến viêm mũi xoang mạn tính, đặc biệt là viêm xoang sau, viêm amidan mạn tính, viêm mũi mạn tính do vẹo vách ngăn, quá phát cuốn, polype mũi...

Một số yếu tố thuận lợi gây viêm họng: môi trường ô nhiễm, thời tiết thay đổi, do tiếp xúc với khói bụi, các chất kích thích như: hơi hóa học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu... cơ địa dị ứng, tạng khớp, tạng tân...

Các thuốc điều trị:

Nếu bệnh nhân viêm họng do virus: chủ yếu là tăng cường sức đề kháng cho bệnh nhân bằng chế độ ăn uống hợp lý kết hợp với điều trị triệu chứng như hạ sốt, giảm đau họng, giảm ho.

Kháng sinh chỉ sử dụng trong những trường hợp viêm họng do vi khuẩn đặc biệt là liên cầu. Những yếu tố nghĩ tới viêm họng do liên cầu beta tan huyết nhóm A (loại có thể gây biến chứng viêm khớp, viêm thận và thấp tim) là: Khởi phát đột ngột, sốt cao 39-40°C, hạch góc hàm hai bên, mủ trắng bản ở khe hốc amidan, xét nghiệm máu thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao và ASLO dương tính. Kháng sinh thường dùng là nhóm beta lactam. Nếu dị ứng với nhóm

này thì có thể dùng nhóm macrolid như erythromycin, clathromycin hoặc azithromycin theo chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa bằng đường uống hoặc đường tiêm.

Thuốc hạ sốt, giảm đau thường dùng nhất là paracetamol dạng gói bột, hỗn dịch, viên nén, viên sủi hoặc viên đặt hậu môn.

Thuốc giảm ho: Tùy theo ho có đờm hoặc ho khan mà thầy thuốc cho các nhóm thuốc khác nhau để giải quyết triệu chứng này nhưng cũng thường chỉ sử dụng khi ho quá nhiều làm ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh. Triệu chứng ho sẽ tự khỏi khi hết viêm nhiễm ở họng.

Thuốc súc họng: Làm cho pH họng luôn luôn ở môi trường kiềm nhẹ làm hạn chế sự phát triển của vi khuẩn có hại đồng thời chống viêm và sát khuẩn, giảm ngứa như: bicacmin, givalex, eludril... Tuy nhiên, các thuốc này không được nuốt. Đơn giản nhất là có thể pha nước muối ấm nhạt như nước canh để súc họng.

Thuốc ngậm chứa kháng sinh, kháng viêm và sát khuẩn như mybacin (neomycin), oropivalone, lysopain... ngậm 4-6 viên/ngày trong 5-7 ngày.

Thuốc xịt họng: Hexaspray, locarbiotal, eludril... chứa kháng sinh, kháng viêm, giảm đau tại niêm mạc họng cũng được sử dụng trong các bệnh lý về họng nhưng thời gian điều trị cũng không quá 10 ngày.

Thường xuyên nhấp từng ngụm nước ấm tránh khô miệng cũng làm cho các triệu chứng khó chịu trong viêm họng giảm đi đáng kể.

91. LỰA CHỌN THUỐC CHỮA VIÊM HỌNG CẤP

PGS.TS. Nguyễn Hoàng Sơn (BV tai mũi họng Trung ương)

Họng là một bộ phận rất đặc biệt, nơi mà thức ăn, nước uống đi qua và cũng là nơi mà không khí đi ra đi vào, từ đây có thể đi vào thực quản, dạ dày, đi xuống thanh, khí, phế quản, phổi, đi ra mũi và đi ra miệng. Trong họng ngoài niêm mạc họng còn có các tổ chức lympho như: VA (ở trẻ em), amidan ở người lớn cũng có thể bị viêm.

Người ta chia thành viêm họng cấp tính và viêm họng mạn tính. Trong viêm họng cấp có hai loại cơ bản là viêm họng đỏ và viêm họng trắng. Bài viết này chúng tôi chỉ xin trình bày một loại

viêm họng rất thường gặp. Đó là viêm họng đỏ cấp.

Nguyên nhân gây viêm họng đỏ cấp: có thể phần lớn do virus như adenovirus, rhinovirus, APC virus (Adeno- Pharyngo- Conjontive virus), virus hợp bào đường thở (SRV-Syntial Reperatory Virus), virus cúm, sởi... Có tới 80% viêm họng do virus, chỉ khoảng 20% do vi khuẩn (đó là các loại liên cầu trùng, phế cầu trùng, tụ cầu trùng, H.influenzae...). Nguy hiểm hơn cả là liên cầu trùng tan huyết nhóm A vì nó là thủ phạm gây nên biến chứng viêm họng dẫn đến thấp tim, viêm khớp, viêm thận là những bệnh khá nguy hiểm. Ngoài các nguyên nhân đó phải kể đến các yếu tố nguy cơ như thay đổi thời tiết (gió mùa đông bắc), lạnh quá, ẩm quá, bụi, khói thuốc, rượu, hóa chất...

Các dấu hiệu của viêm họng cấp

- Trước hết người bệnh thấy mệt mỏi, kém ăn, xuất hiện sốt, có thể đột ngột (đặc biệt ở trẻ em sốt cao 39oC-40oC, đau mình mẩy, quấy khóc, bỏ ăn, bỏ chơi). Đau rát trong họng, đặc biệt là các chất lỏng như nuốt nước bọt, nước uống nhưng các chất rắn lại ít đau. Vì vậy, ăn cơm không thấy đau, thấy rát ngứa trong họng.

- Ho là triệu chứng thứ hai: ho từng cơn, ho có đờm nhày, lúc đầu trắng, sau đặc có màu vàng.

- Tiếng nói có thể thay đổi: giọng không được trong, hơi khàn, có khi khàn hẳn hoặc mất tiếng. Nếu khám sẽ thấy toàn bộ niêm mạc họng rất đỏ có nhiều chất dịch nhày như hồ nước, nước cháo ở thành sau họng.

- Nếu do vi khuẩn thì dấu hiệu toàn thân sẽ nặng nề hơn, người bệnh sốt, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn, đặc biệt hay có viêm tấy hạch vùng cổ, hạch góc hàm sưng, đau, trong họng có nhiều chấm mủ.

Chọn thuốc chữa viêm họng cấp

Việc chẩn đoán viêm họng cấp không khó khăn nhưng việc điều trị cần chú ý:

Chỉ dùng kháng sinh khi viêm họng do vi khuẩn. Các loại kháng sinh hay dùng là: rovamycin 3 triệu UI, ngày 2 viên trong 7 ngày. Loại này rất tốt nhưng không phòng được thấp tim. Vì vậy, người ta hay dùng nhóm benzylpenicilin của các thế hệ như amoxicillin, augmentin. Vì các loại này có thể tiêu diệt được vi khuẩn liên cầu tan huyết nhóm A. Người ta thường dùng tiêm hoặc uống từ 7-10 ngày. Đó là kháng sinh hiện nay khá phổ biến và có tác dụng tốt.

Còn đối với viêm họng do virus không cần dùng thuốc kháng sinh, người ta sử dụng các nhóm thuốc sau:

- Nhóm hạ nhiệt: như efferalgan, paracetamol, aspic... chỉ dùng khi nhiệt độ trên 38°C và sau 4-6 giờ mới dùng lại.
- Nhóm giảm ho như: atussin, siro phenergan, ho bổ phế, theralen...
- Nhóm làm cho độ pH ở họng ổn định, giảm ngứa, giảm rát như: rinathiol viên hoặc siro, các loại thuốc ngậm như oropivalon, lysopain, các loại thuốc phun như: locatotal...
- Nhóm thuốc súc họng bằng các dung dịch kiềm như: nước muối sinh lý, thuốc súc họng TB...
- Nhóm giảm phù nề chống viêm, tan đờm như: a - thymotrypsin, mucomyst, mucosoval...
- Cuối cùng là nhóm sinh tố nâng cao thể trạng.

Thông thường bệnh sẽ khỏi trong vòng từ 7-10 ngày.

Phòng bệnh viêm họng bằng cách giữ ấm cổ, ngực, lòng bàn chân trong mùa lạnh là rất quan trọng. Bên cạnh đó cần vệ sinh răng miệng, sát trùng mũi họng, bồi dưỡng sức khỏe, tập thể dục và tập thở hằng ngày.

92. VIÊM TAI GIỮA VÀ NHỮNG LƯU Ý KHI DÙNG THUỐC

Viêm tai là một loại bệnh lý hay gặp, chiếm tỷ lệ 12% dân số. Bệnh có thể gặp ở cả người lớn và trẻ em. Viêm tai cũng có thể ảnh hưởng tới tính mạng, tuy nhiên phần lớn những bệnh nhân viêm tai ảnh hưởng tới chức năng nghe và định hướng của người bệnh.

Viêm tai giữa (VTG) được chia làm hai loại: VTG nguy hiểm và VTG không nguy hiểm. VTG nguy hiểm là loại viêm tai có chỉ định phẫu thuật bắt buộc. VTG không nguy hiểm bên cạnh việc phẫu thuật phục hồi chức năng nghe thì việc điều trị nội khoa phối hợp không thể thiếu được.

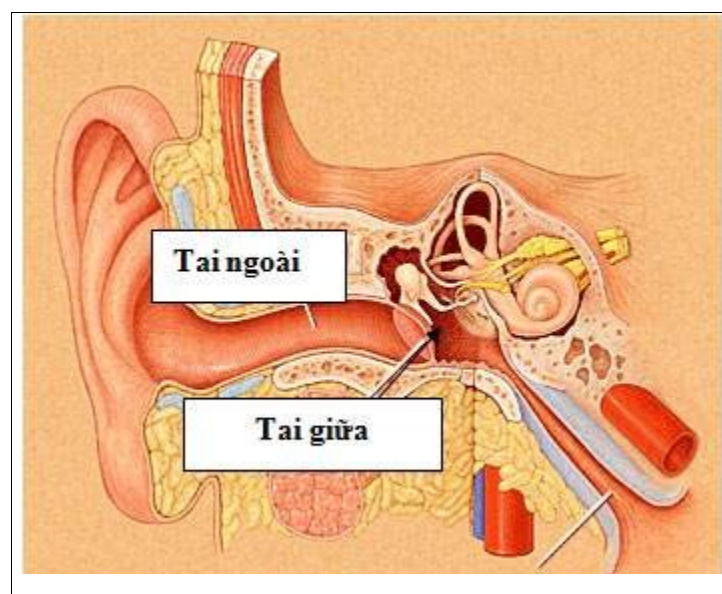
Thuốc điều trị toàn thân

Sử dụng kháng sinh đường uống hoặc tiêm. Nhóm b-lactam (ampicillin, cephalosporin thế hệ I, II, III), nhóm macrolid, nhóm quinolon là lựa chọn hàng đầu của bác sĩ tai mũi họng. Tuy nhiên, hạn chế sử dụng nhóm kháng sinh aminoglycosid (gentamycin, amikacin...) vì trẻ bị VTG thường dưới 3 tuổi, là độ tuổi đang tập nói trong khi đó nhóm kháng sinh này có khả năng gây độc ốc tai cho trẻ. Nếu dùng trẻ có thể sẽ bị câm điếc do thuốc. Do tỷ lệ kháng thuốc ngày càng cao nên các bác sĩ thường phải phối hợp kháng sinh ở các nhóm khác nhau trong những trường hợp độc tính vi khuẩn cao, trẻ suy dinh dưỡng, trẻ bị giảm sức đề kháng hoặc điều trị ba ngày mà triệu chứng của bệnh không thuyên giảm.

Thuốc chống viêm corticoid ngắn ngày (7-10 ngày) hoặc thuốc kháng viêm non-steroid, thuốc chống viêm dạng men như chymotrypsine, serratiopeptidase... là những enzym thuỷ phân protein nhằm ngăn chặn các triệu chứng khác nhau do viêm, để phục hồi cấu trúc của mô bị tổn thương càng nhanh càng tốt, ngăn chặn tiến triển viêm, đồng thời hỗ trợ cùng với kháng sinh tiêu diệt các loại vi khuẩn gây viêm.

Thuốc hạ sốt, giảm đau dùng tùy theo cân nặng của trẻ. Thuốc thông dụng và an toàn nhất là paracetamol.

Có thể sử dụng thêm kháng histamin H1 (siro phenegan 1%, siro clarytine...) để giảm hiện tượng xuất tiết của niêm mạc viêm, nhất là trên những trẻ khai thác được tiền sử dị ứng.



Thuốc điều trị tại chỗ

Tại mũi: Dùng thuốc chống xung huyết, co mạch, giảm phù nề, chống viêm theo đúng lứa tuổi (thuốc hay sử dụng là otrivin 0,05%, sunfarin, collydexa, naphtazoline, xylomethazoline, adrénaline...). Thuốc nhỏ mũi được sử dụng với mục đích là làm sạch hốc mũi và trả lại sự thông thoáng tai giữa và mũi họng, điều này giúp cho việc phục hồi niêm mạc viêm trong tai giữa dễ dàng hơn và dẫn lưu dịch mủ từ tai giữa ra ngoài qua đường vòi tai.

Tại tai: Dùng thuốc giảm đau và kháng viêm tại chỗ. Đây là loại thuốc không được sử dụng khi tai thủng màng nhĩ.

Khi dùng thuốc nhỏ tai cần lưu ý:

- Thuốc nhỏ tai được chia làm hai loại tùy theo thành phần cơ bản của thuốc là thuốc nhỏ cho những trường hợp viêm tai không thủng màng nhĩ và những thuốc dùng cho viêm tai có kèm theo thủng màng nhĩ. Tai giữa và tai trong được ngăn cách với nhau bởi lớp màng ở cửa sổ tròn rất dễ hấp thu các loại thuốc và là một trong những cơ chế ngộ độc tai trong gây điếc nặng không hồi phục.

Nhóm thuốc dùng cho bệnh lý viêm tai không thủng màng nhĩ : Giai đoạn xung huyết: Thuốc được phối hợp giữa kháng sinh và kháng viêm, có tác dụng như một trị liệu tại chỗ và đa năng do tính kháng viêm của thuốc dùng phối hợp dexamethasone. Do có sự phối hợp của hai thuốc kháng sinh là néomycine và polymycine cho phép mở rộng phổ kháng khuẩn trên các mầm bệnh Gr+ và Gr- là các tác nhân gây bệnh của VTG. Néomycine tiêu diệt liên cầu, Echerichia coli, Klebsiella Pneumonia, Hemophilus Influenza trong khi đó polymycine tác động trên các mầm bệnh Gr-...; otipax là loại thuốc chứa phenazone và lidocain HCL có tác dụng chống viêm và giảm đau tại chỗ được dùng trong những trường hợp VTG cấp giai đoạn xung huyết. Phải kiểm tra thật kỹ màng nhĩ của bệnh nhân trước khi cho thuốc. Trường hợp màng nhĩ bị rách, thuốc tiếp xúc với các cấu trúc tai giữa và tai trong gây các tai biến nặng nề như điếc, rối loạn thăng bằng... Nếu có biểu hiện ngoài da khi quá mẫn cảm với thành phần kháng sinh có trong thuốc nhỏ tai rất cần thận khi dùng kháng sinh cùng nhóm đó theo con đường toàn thân phối hợp.

Nhóm thuốc dùng cho trường hợp màng nhĩ bị thủng: Là những thuốc được bào chế bằng những kháng sinh có tính an toàn cao cho ốc tai như ofofa, rifamycin, ciplox, efexin...

Otofà được bào chế với thành phần chính là rifamycine sodium. Thuốc có tác dụng tiêu diệt vi khuẩn Gr+ và Gr- trong các bệnh nhiễm trùng tai giữa. Rifamycine gây tác động trên các chuỗi xoắn ký trong nhân tế bào bằng cách hình thành một phức hợp ổn định gây ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn. Ciplox, efexin là một loại thuốc nhỏ tai chứa kháng sinh ciprofloxacin - nhóm quinolone tác động chủ yếu lên các vi khuẩn Gr- và một số vi khuẩn Gr+.

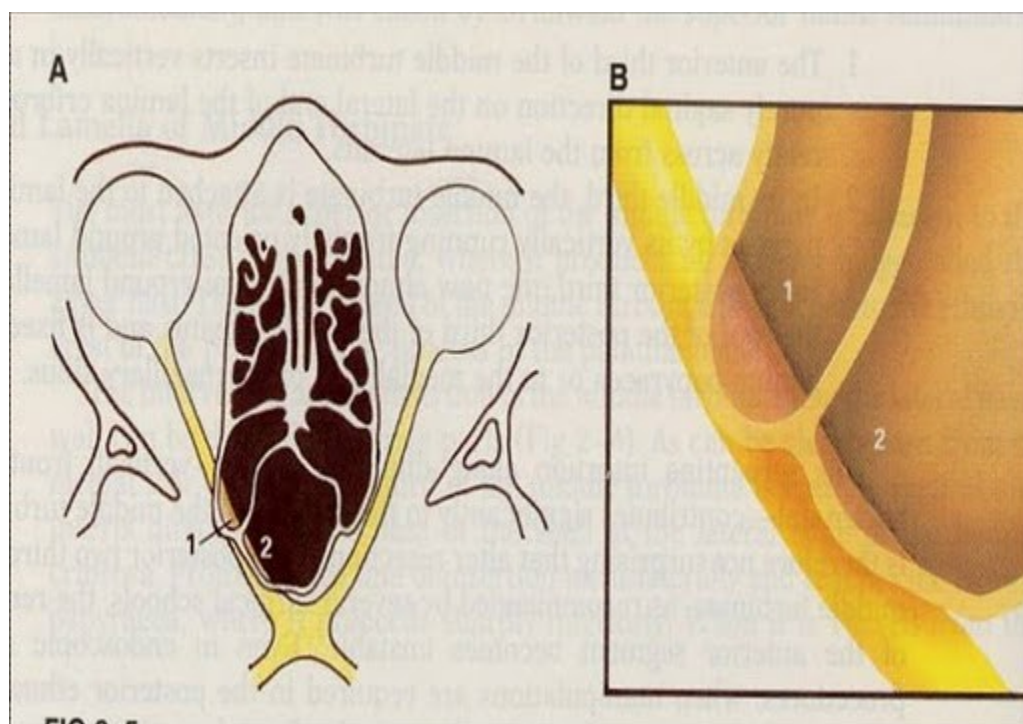
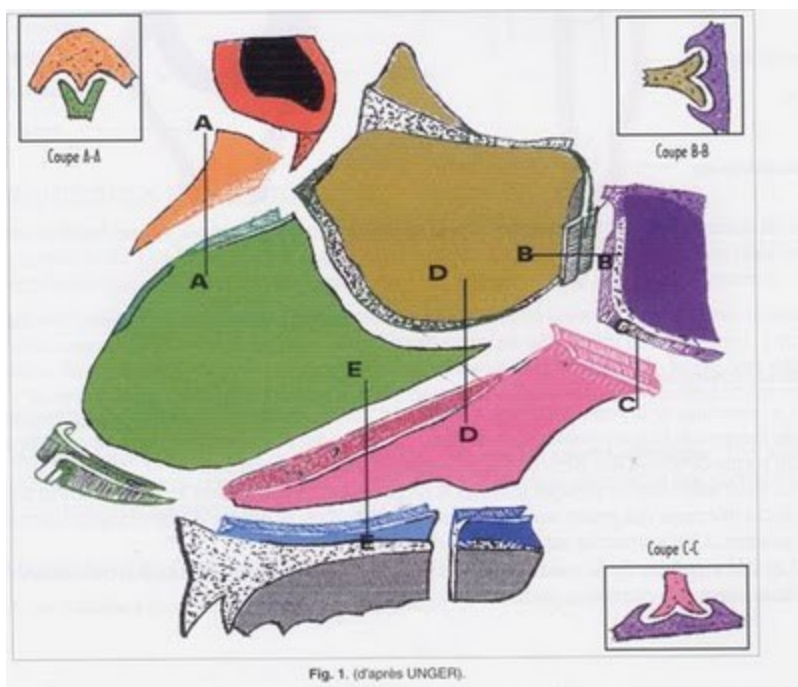
Việc dùng thuốc điều trị VTG cần hết sức thận trọng và phải được thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa tai mũi họng.

CHƯƠNG 6. HÌNH ẢNH TAI MŨI HỌNG

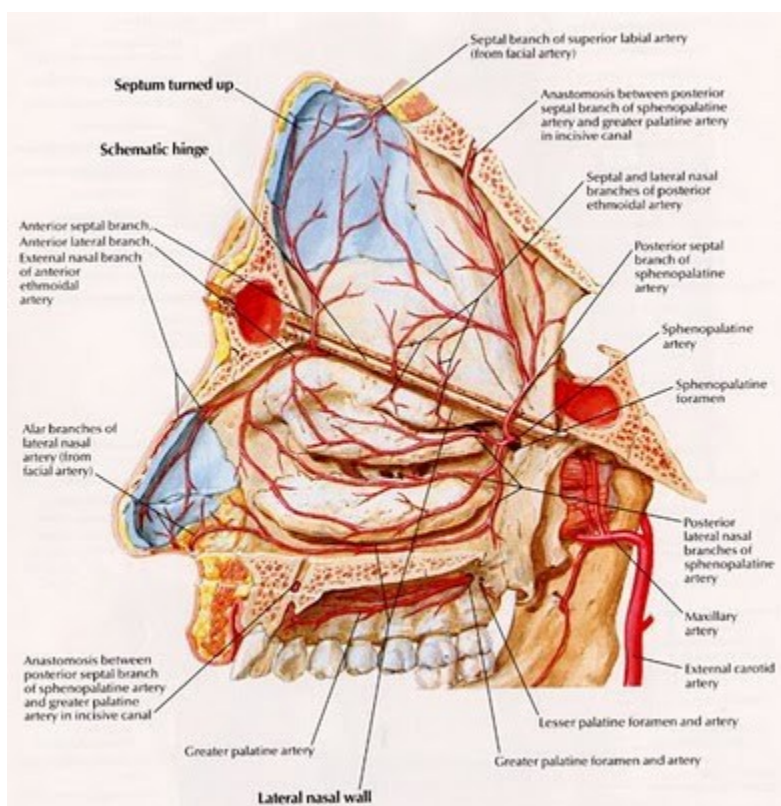
93. 1. HÌNH ẢNH GIẢI PHẪU



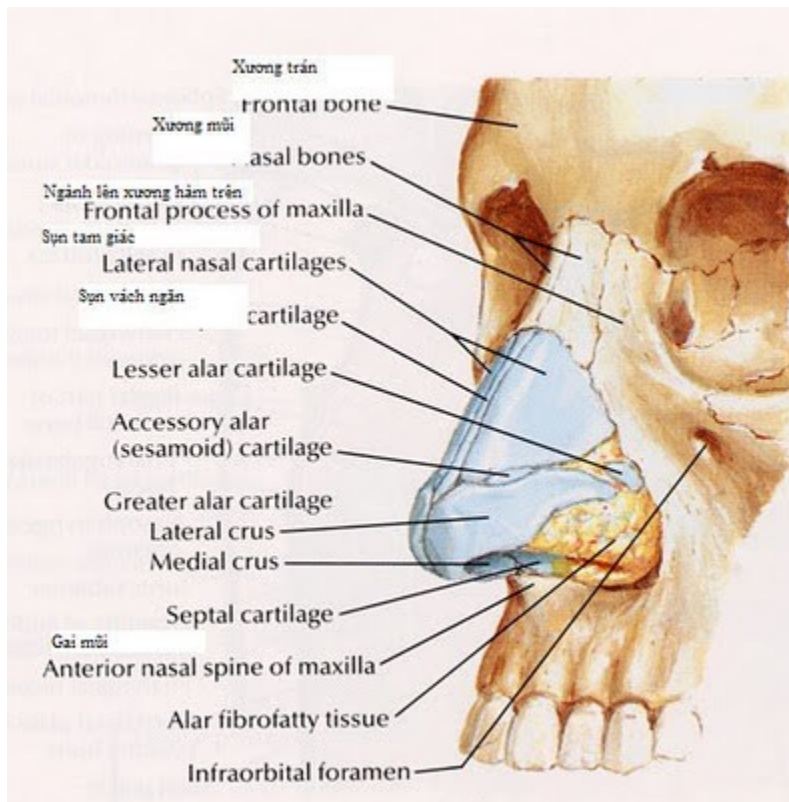
Fig. 3. Pneumatization of the inferior turbinate on the right side ★ and pneumatization of both superior turbinates (arrows). Supraorbital recess on both sides.



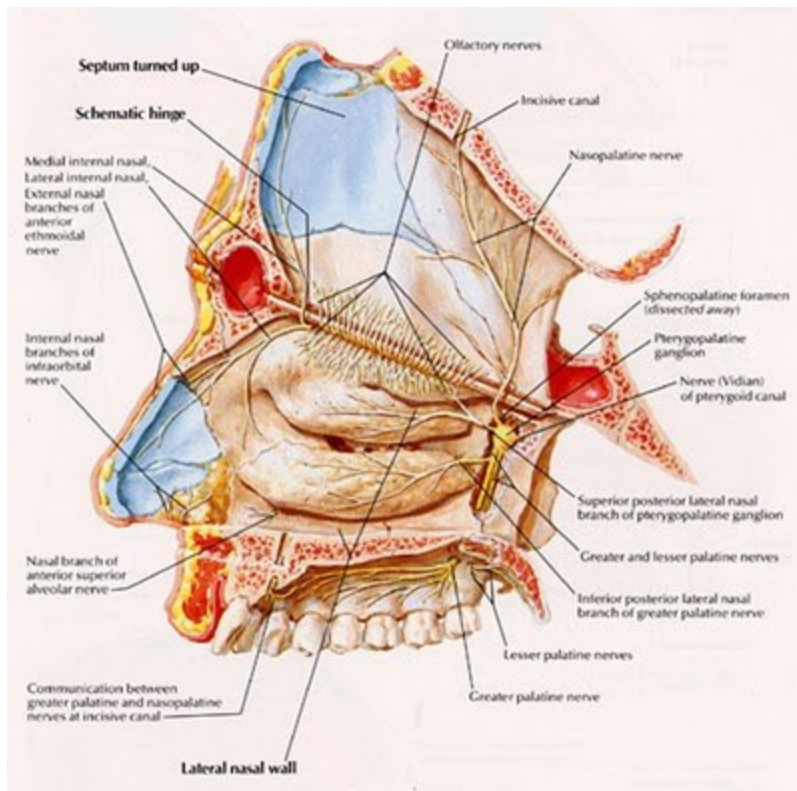
Dây II chạy bắt chéo thành bên (nằm trong tế bào Onodi và xoang bướm Phải)



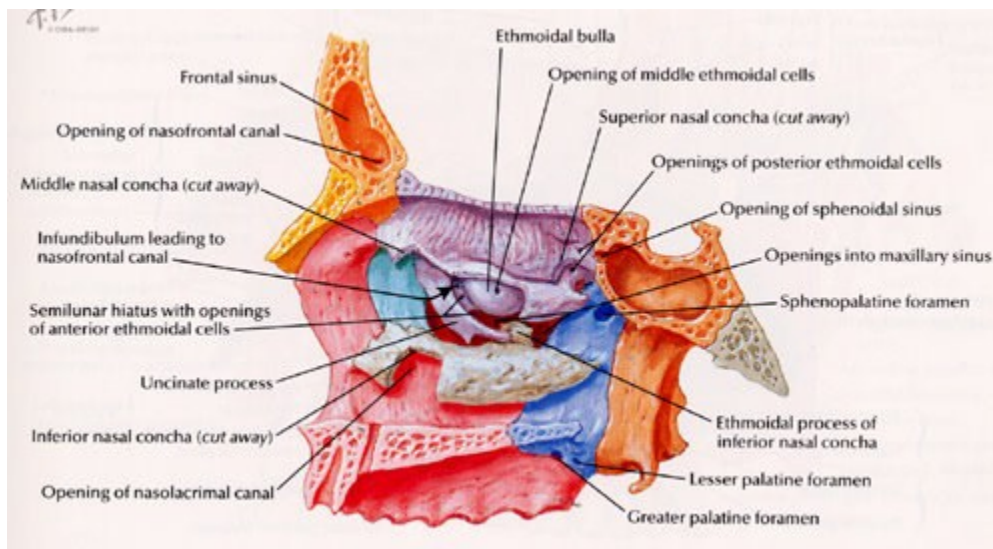
Mạch máu của mũi

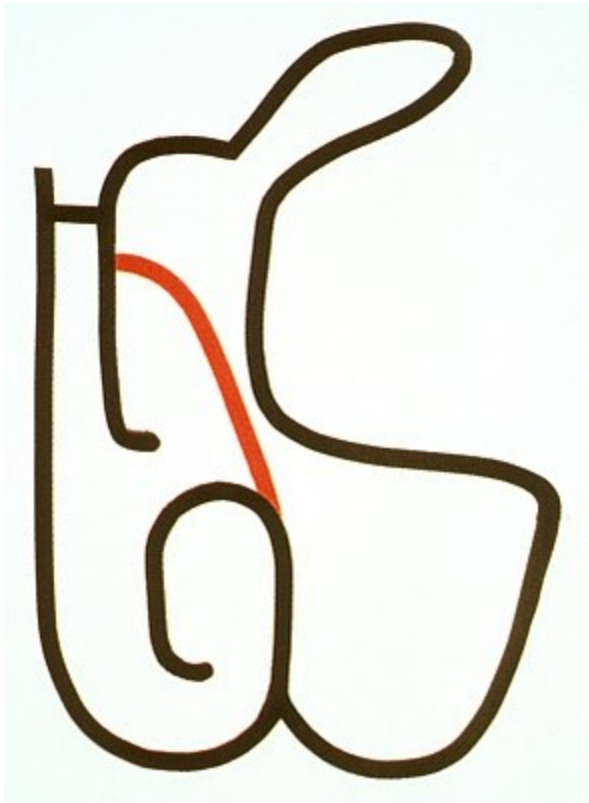


Tháp mũi

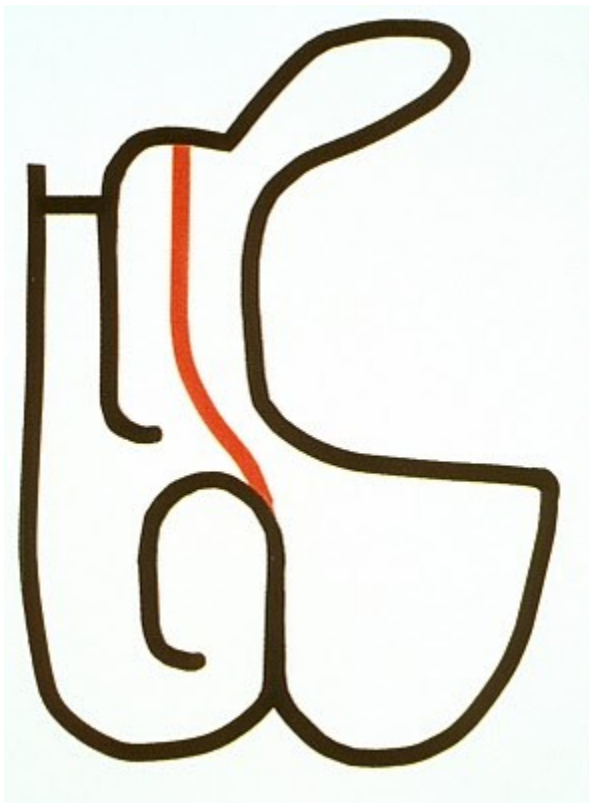


Thần kinh của mũi

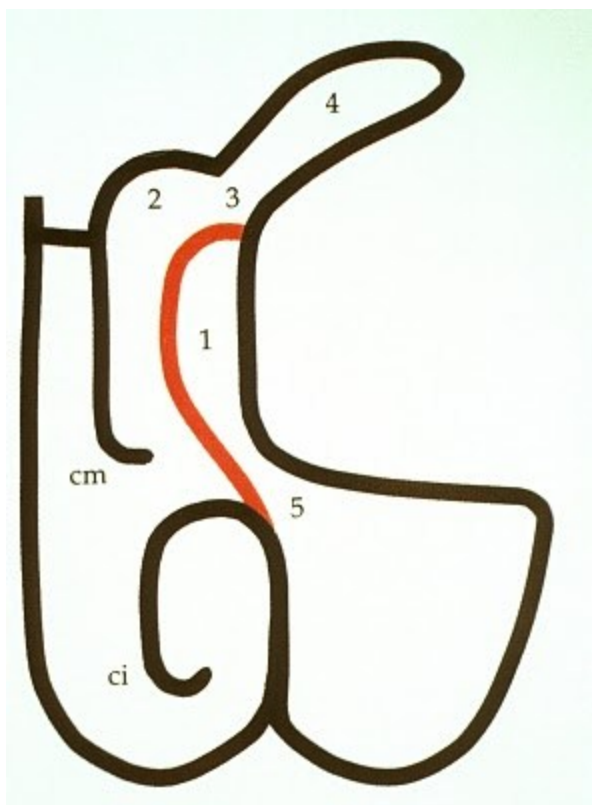




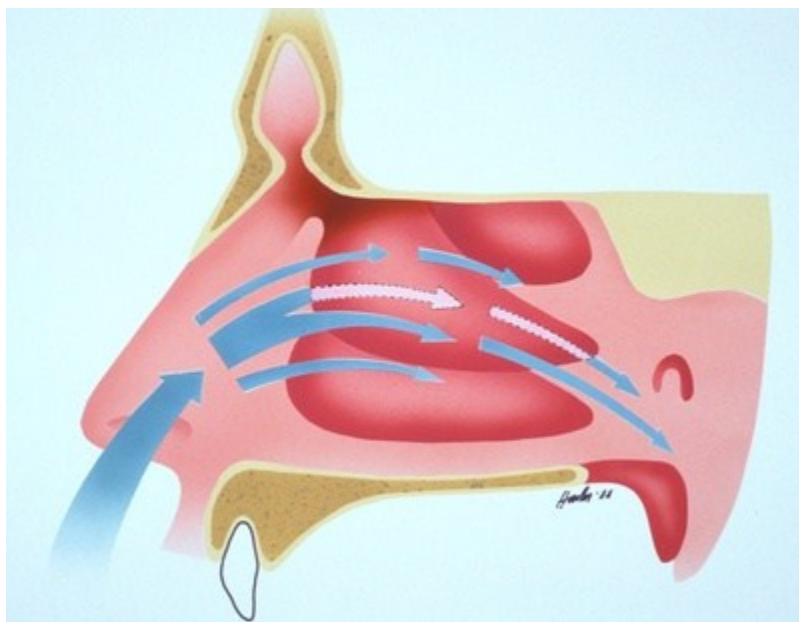
Dạng bám của mỏm móc



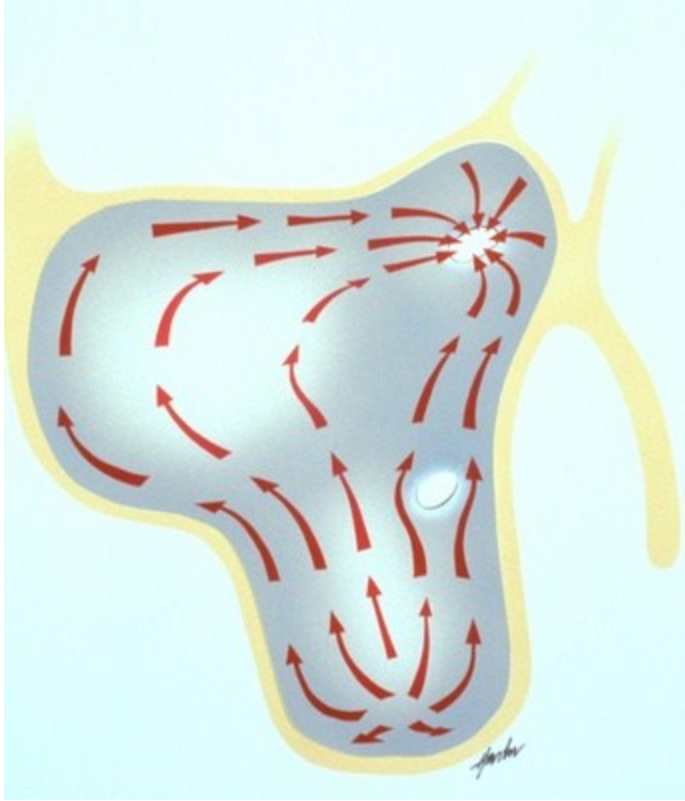
Dạng bám của mỏm móc



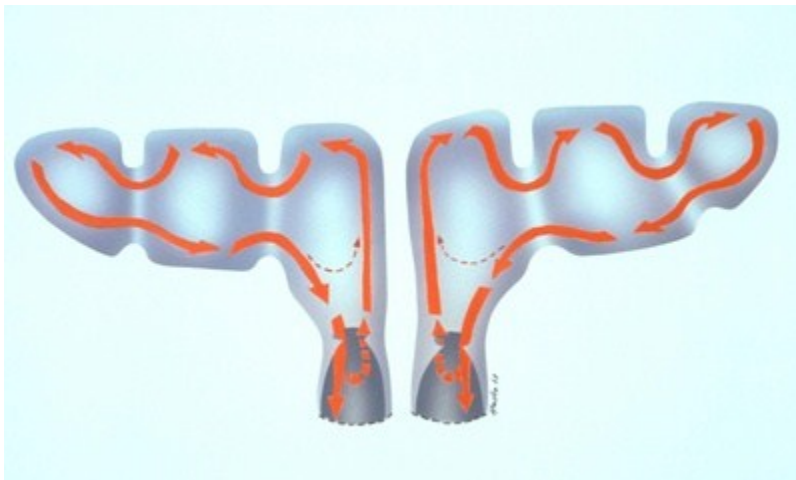
Dạng bám của mỗm móc(Vào mắt)



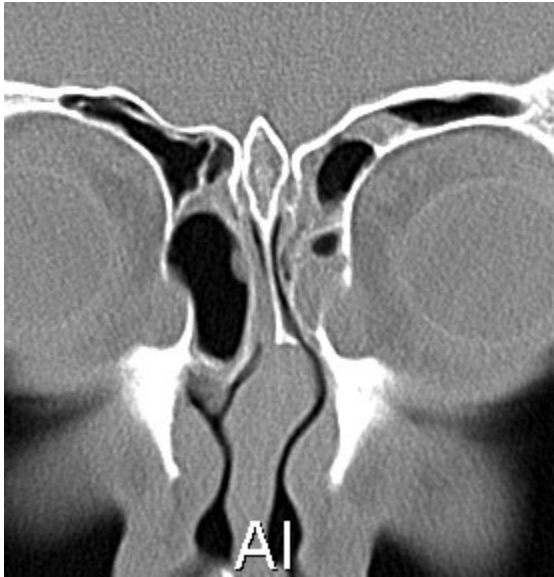
Dòng khí qua mũi



Chiều lưu chuyển của niêm dịch trong xoang hàm



Chiều lưu chuyển của niêm dịch trong xoang trán



Tế bào Agger Nasi Phải khổng lồ



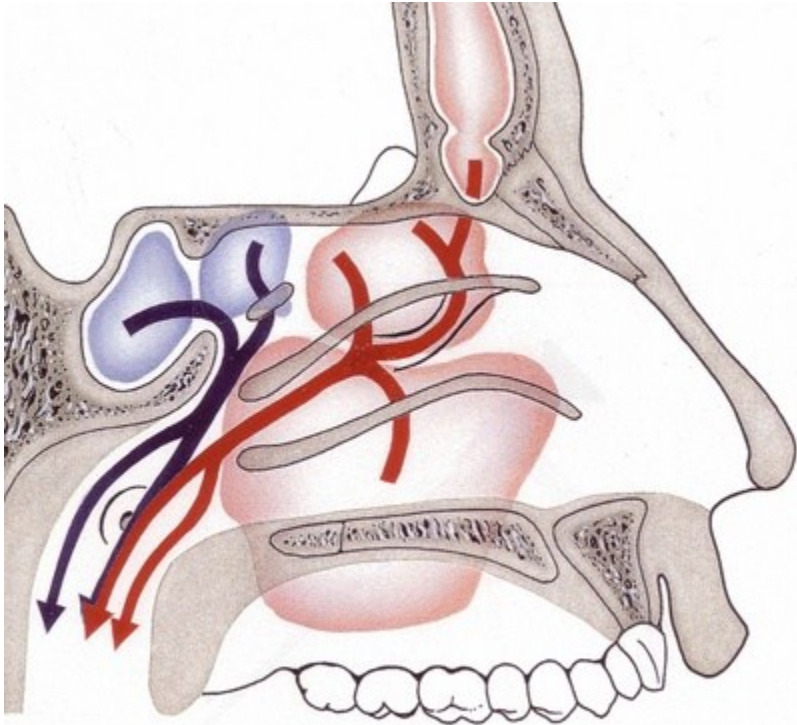
Tế bào Onodi



Tế bào Haller khổng lồ



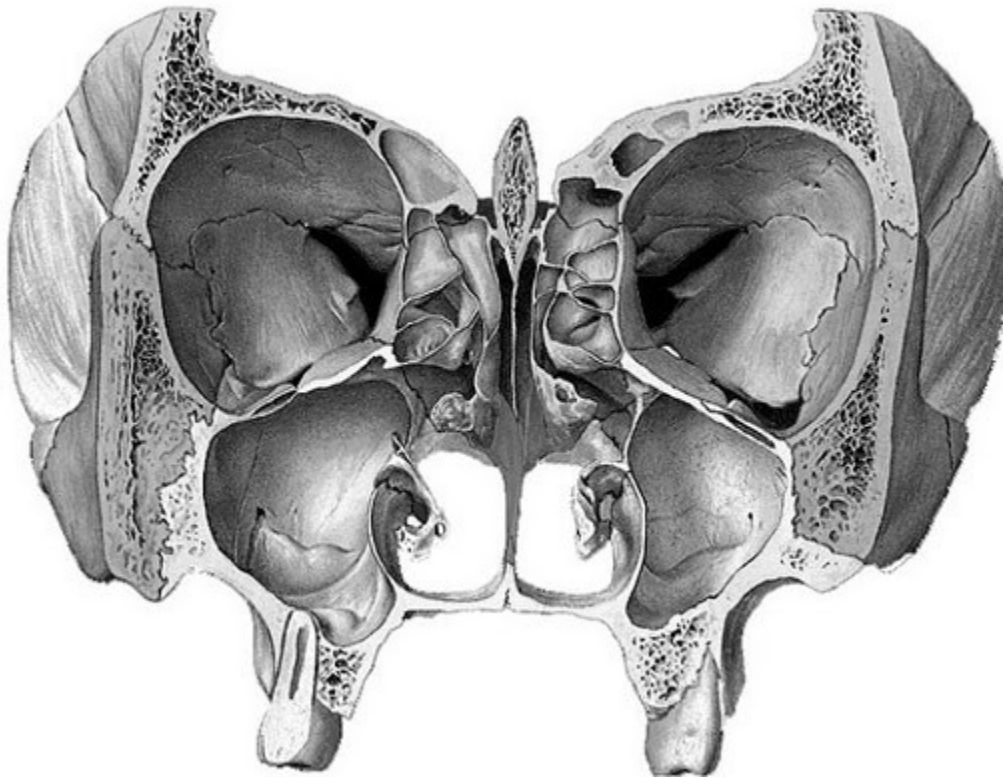
Điểm nguy hiểm của CP(trần sàng)



Hướng dẫn lưu của niêm dịch các xoang



Gai vách ngăn Phải



Xoang cạnh mũi trên thiết đồ Coronal-3D



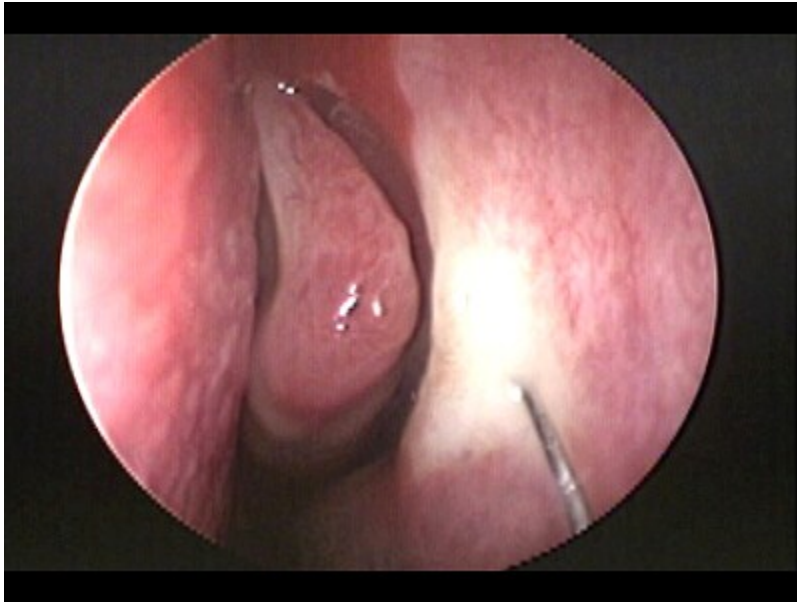
Xoang hơi của Crista Galli



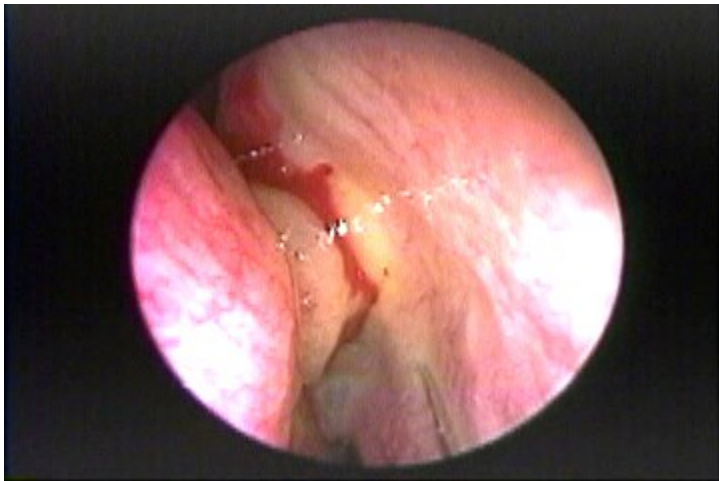
Xoang hơi của mỏm móc



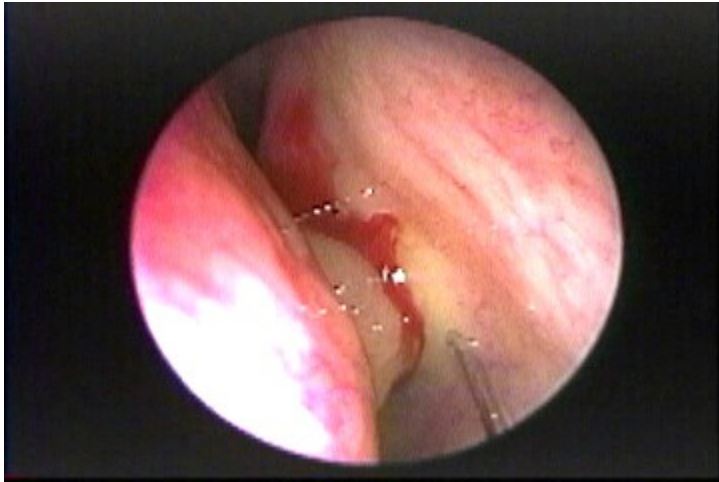
4 điểm tiêm thấm trong phẫu thuật nội soi xoang(Điểm 1- Gốc vách mũi xoang của cuốn giữa)



4 điểm tiêm thấm trong phẫu thuật nội soi xoang(Điểm 2- Bờ trên góc khe giữa cuốn dưới)



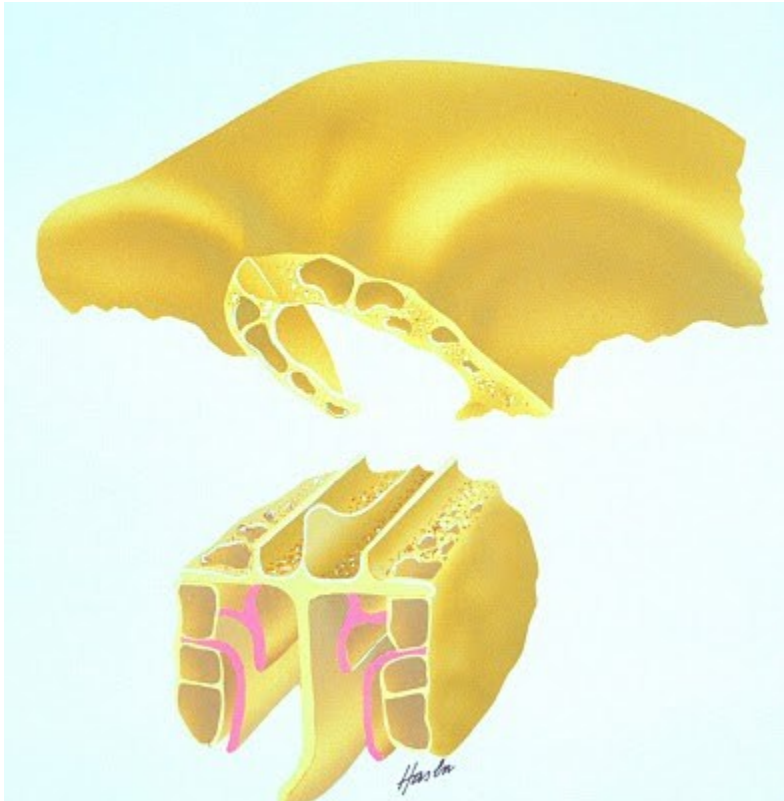
4 điểm tiêm thấm trong phẫu thuật nội soi xoang(Điểm 3- Chân dưới mỏm móc)



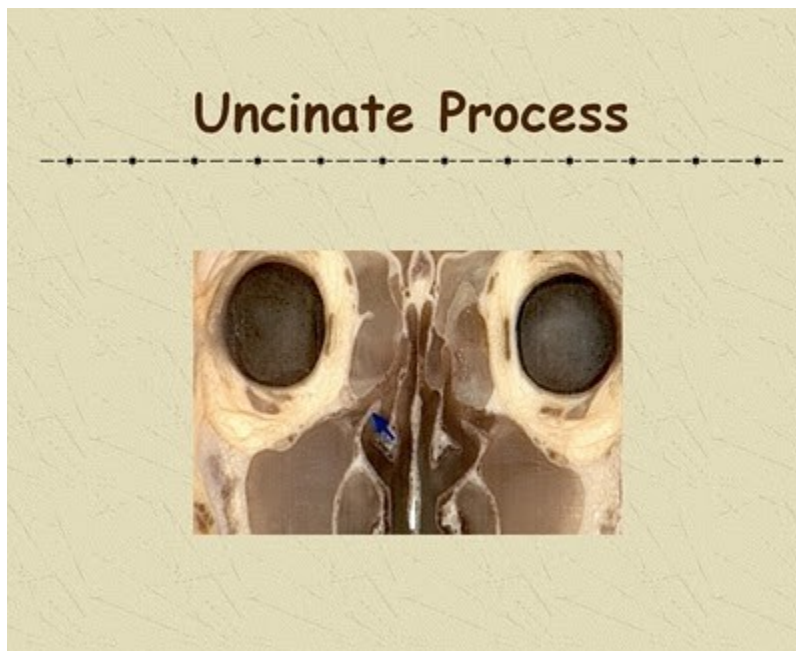
4 điểm tiêm thấm trong phẫu thuật nội soi xoang(Điểm 4- Giữa mỏm móc)



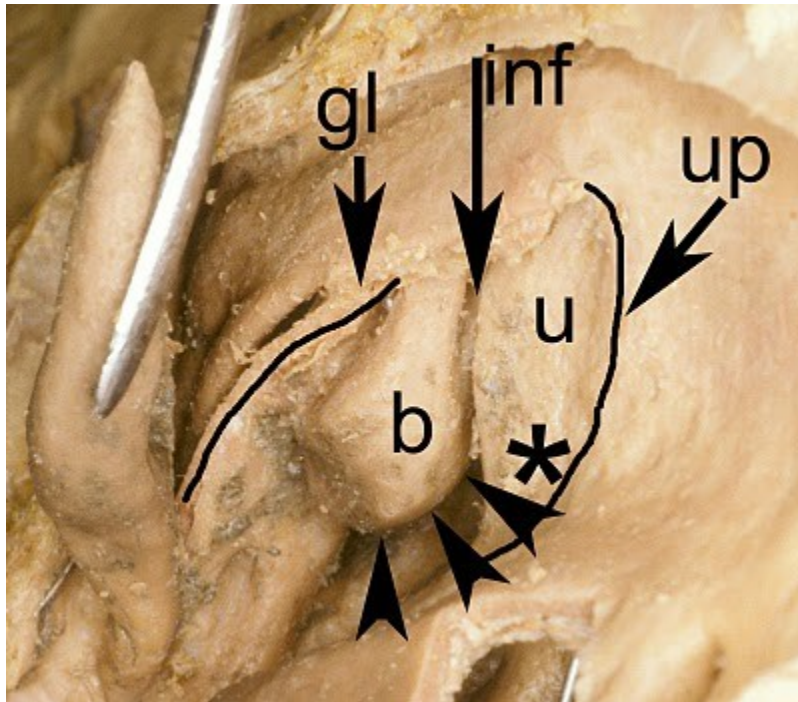
Nhiều tế bào của bóng sàng(multicellulaBulla)



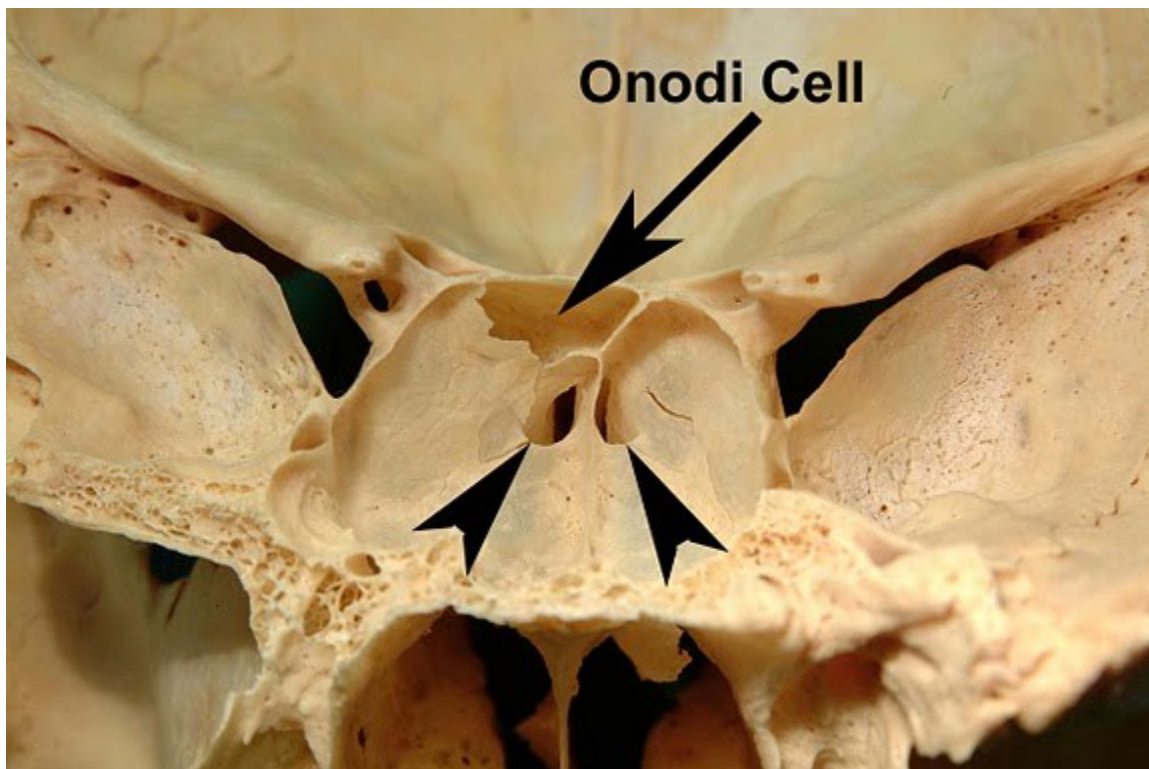
Trần sàng



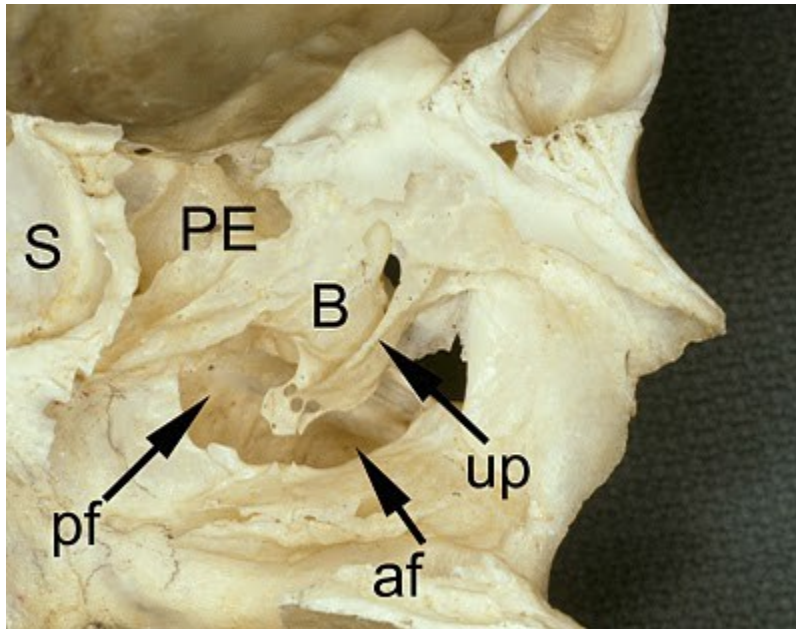
Mỏm móc



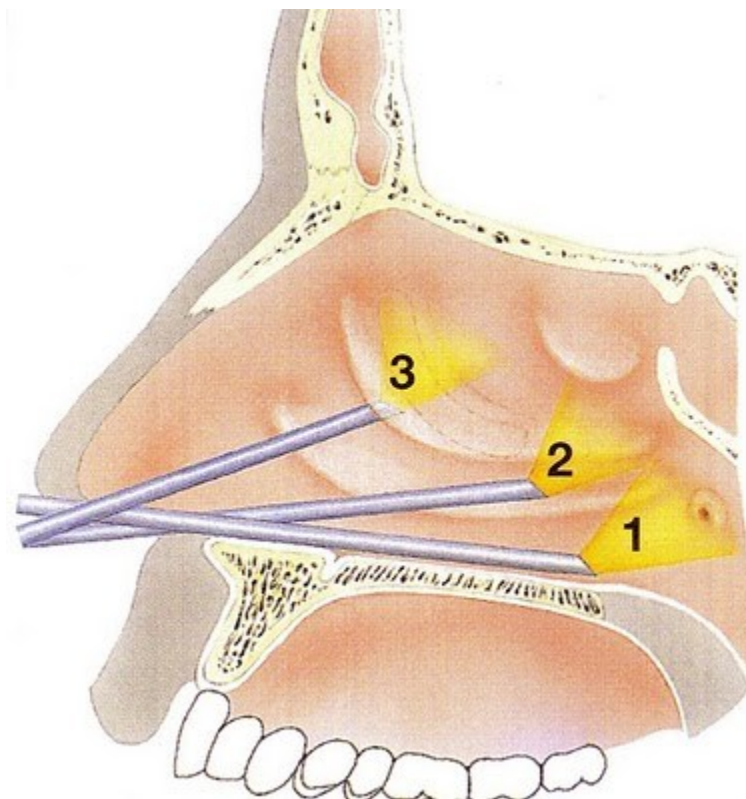
Khe giữa và các thành phần

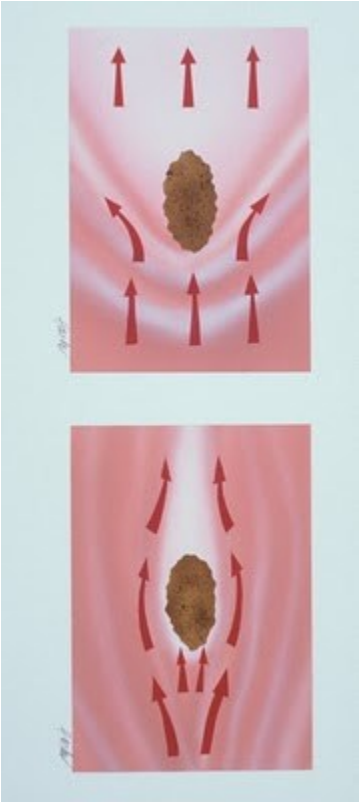
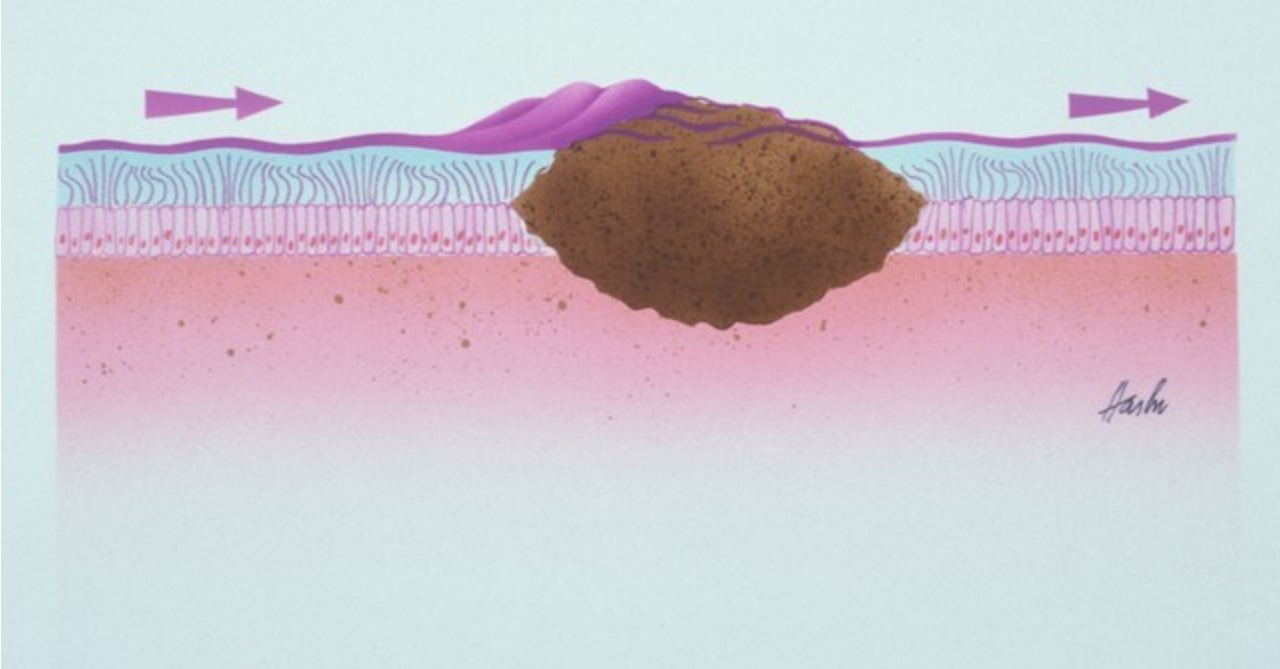


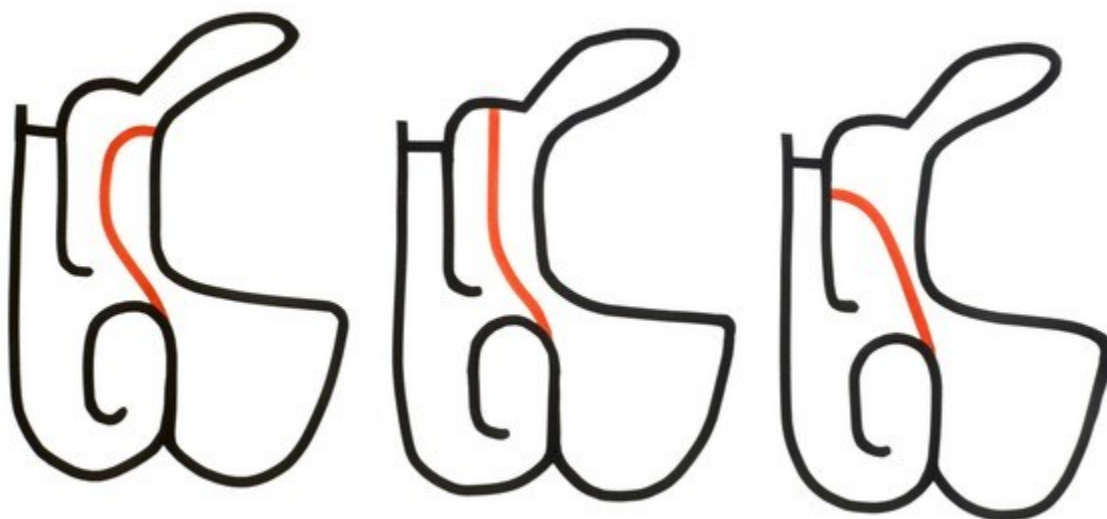
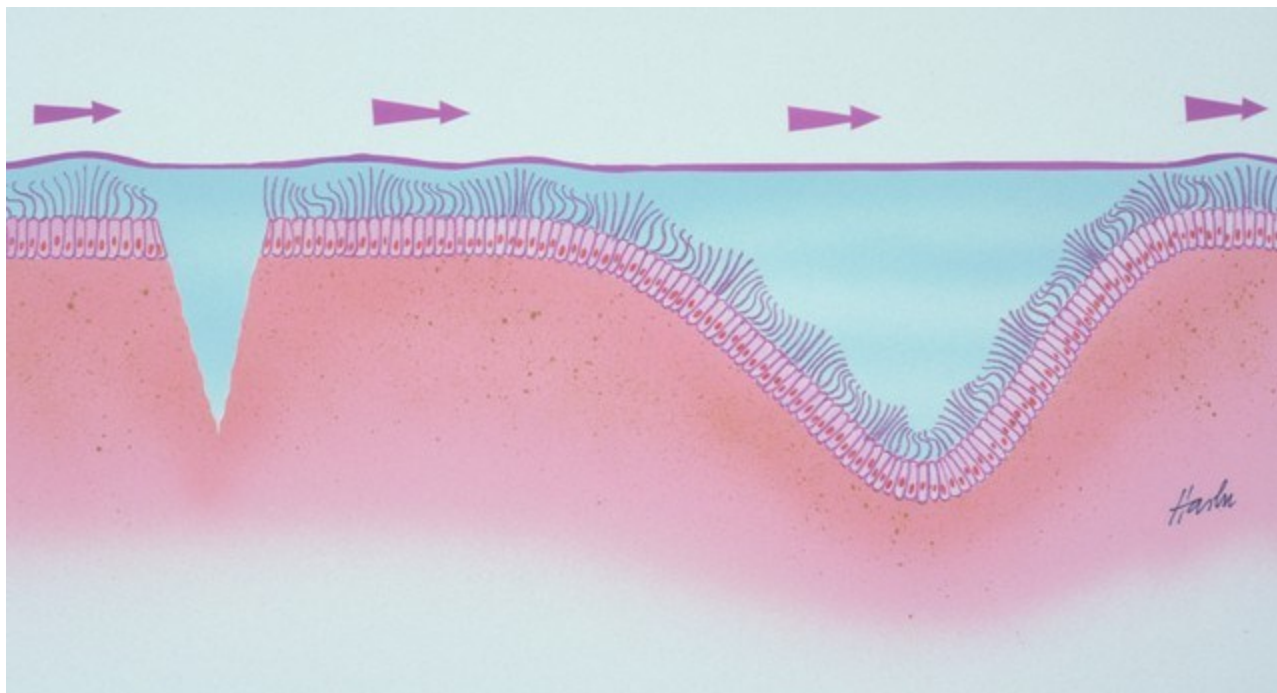
Tế bào Onodi



Thành bên

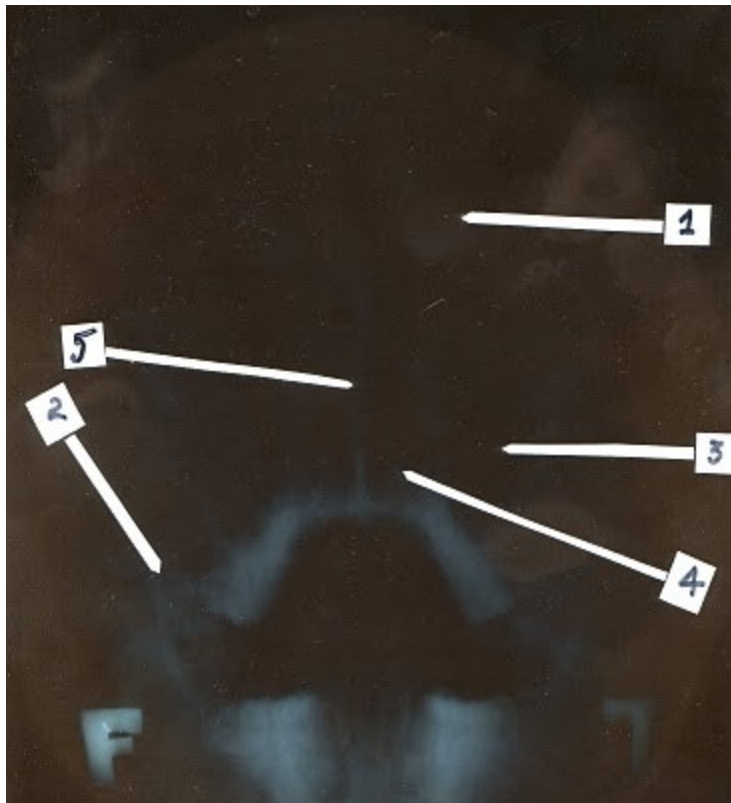


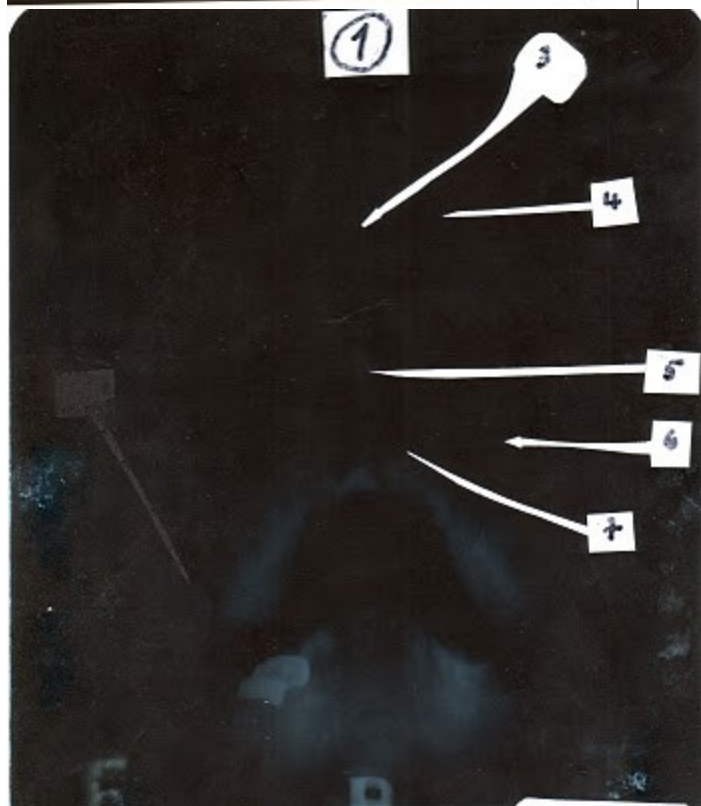
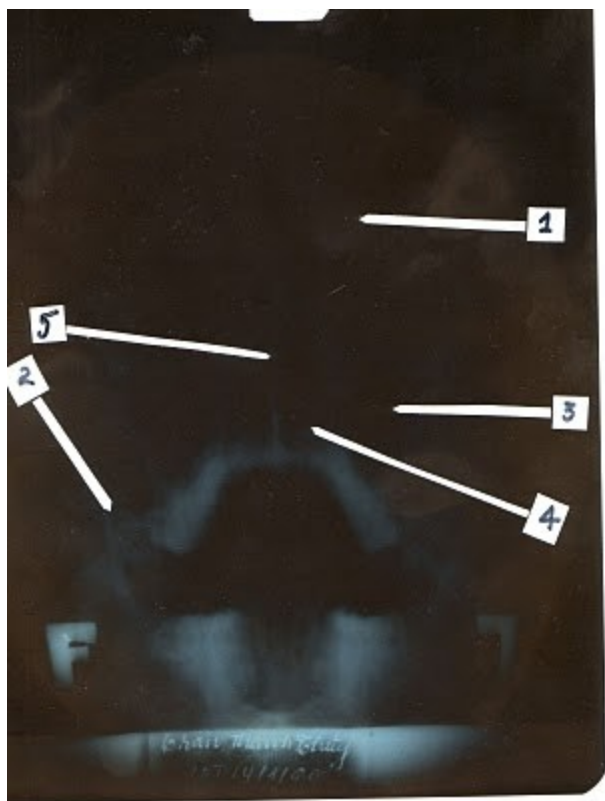


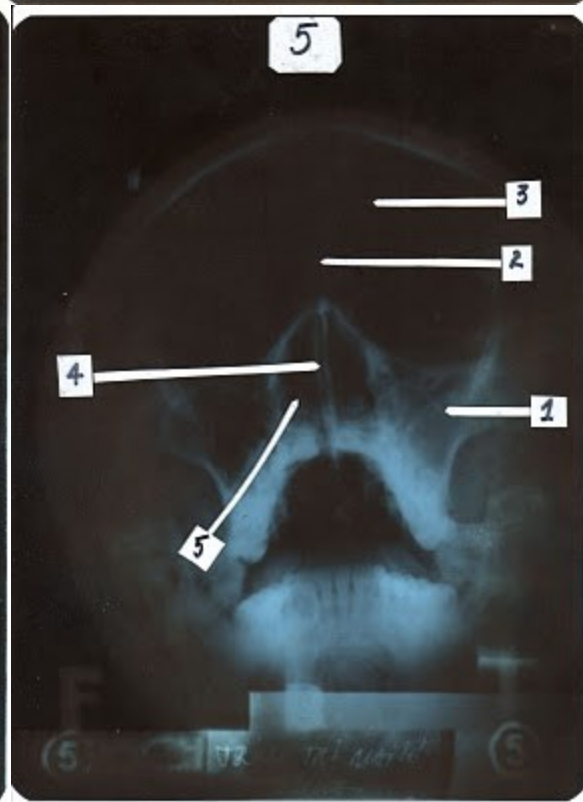
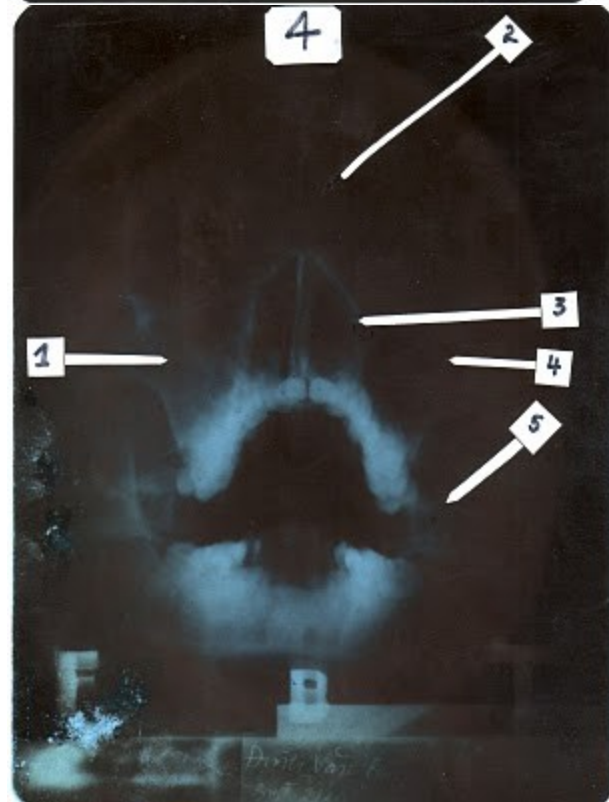
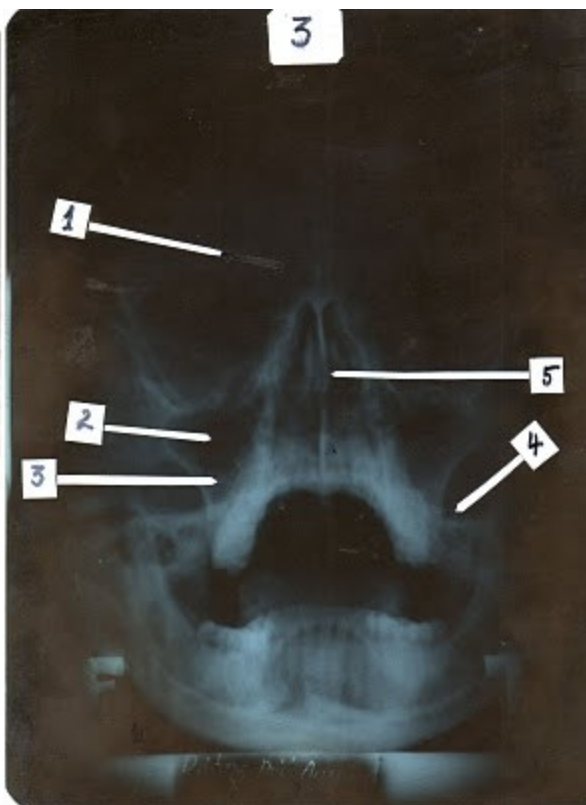
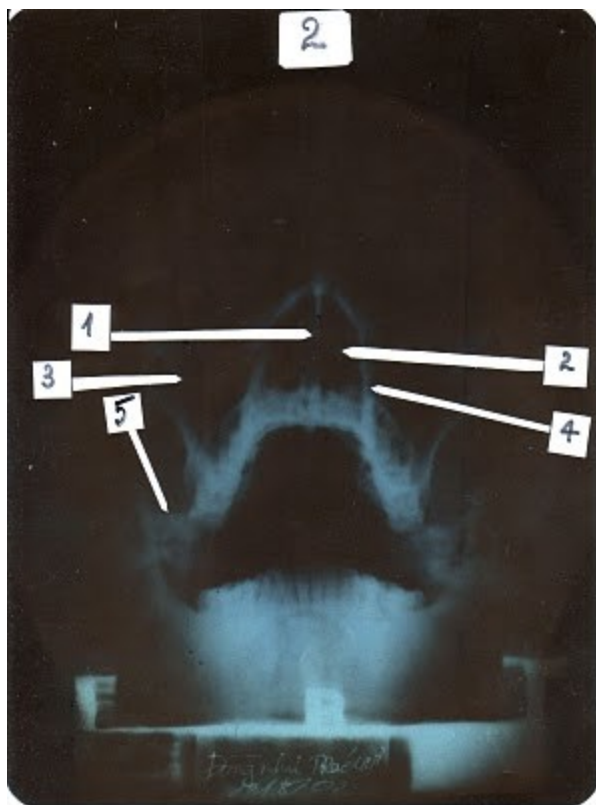


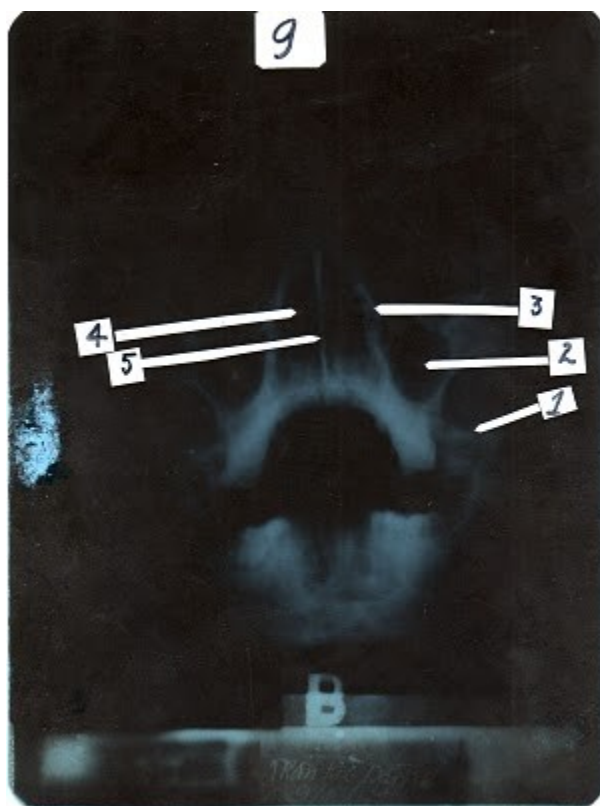
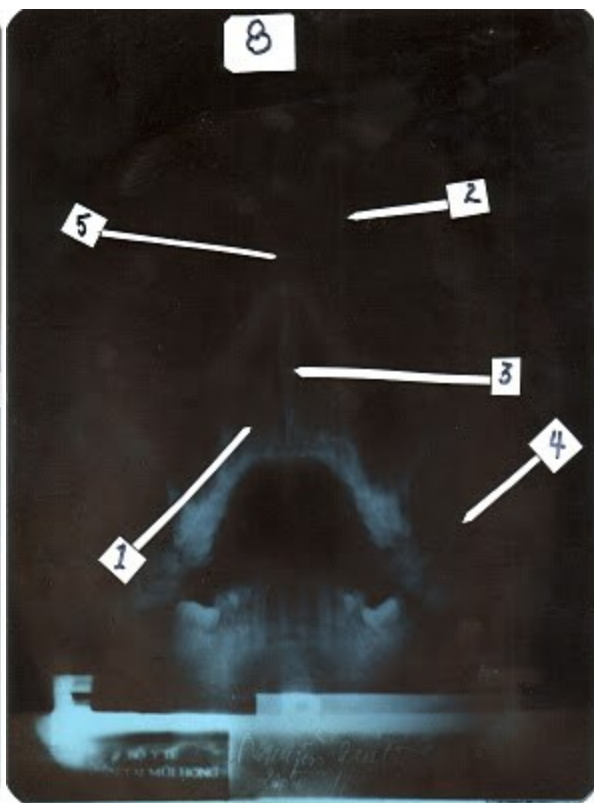
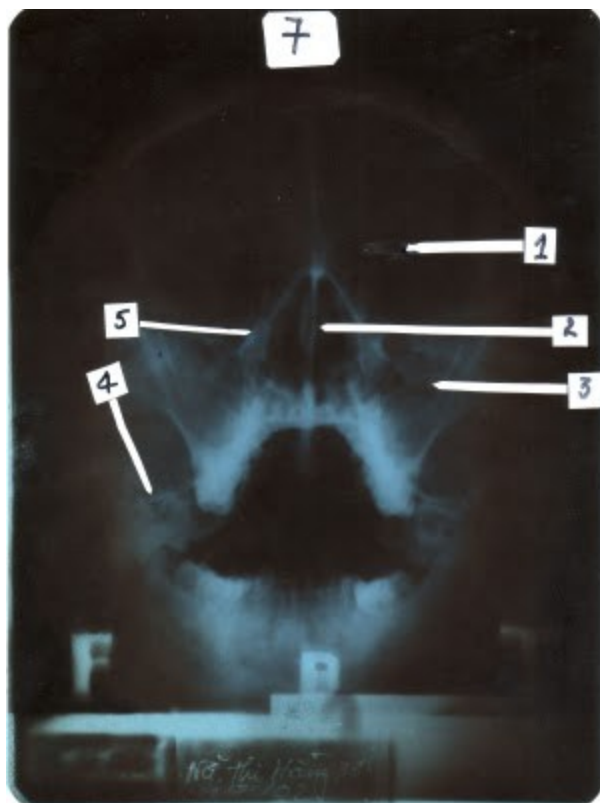
94. 2. ĐỌC TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM X-QUANG

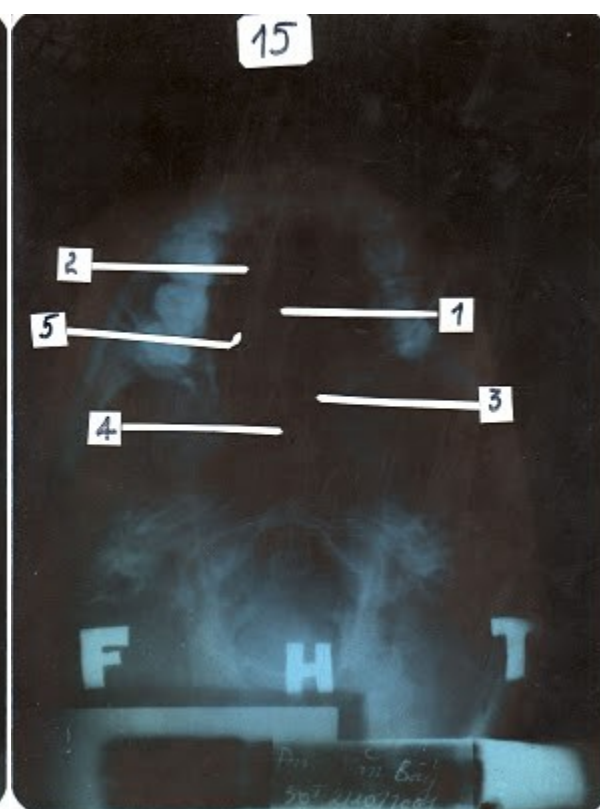
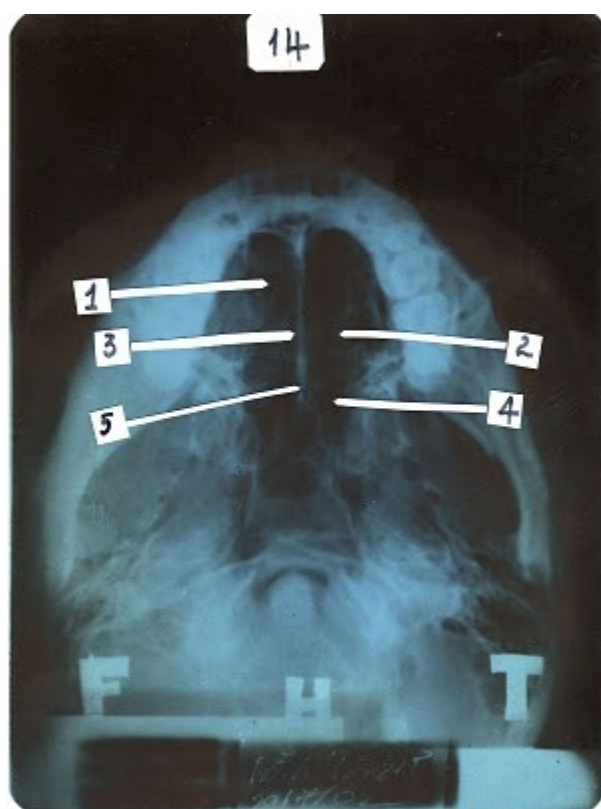
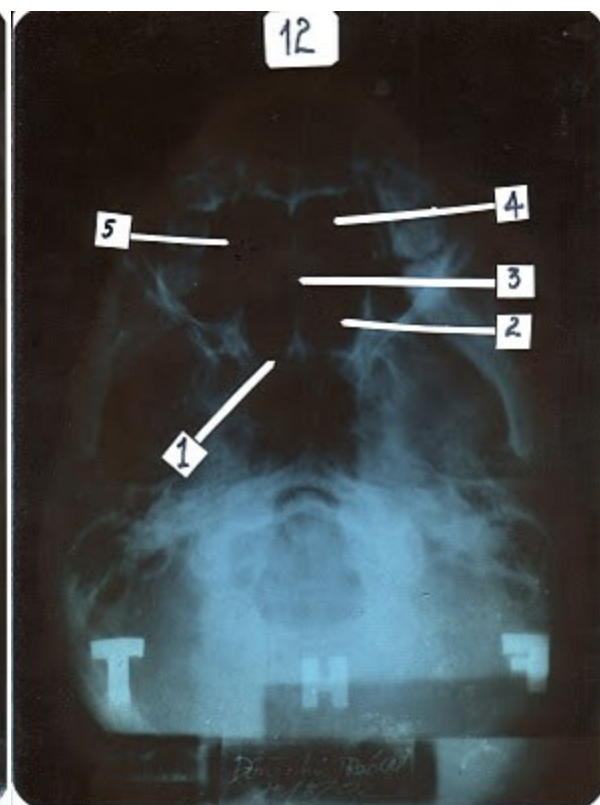
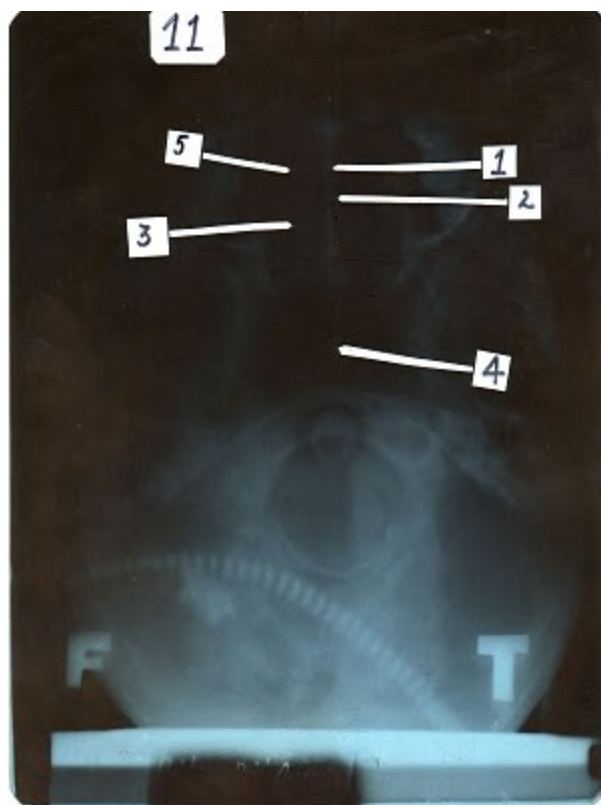
Bạn hãy tự kiểm tra kiến thức về chẩn đoán hình ảnh của mình bằng cách trả lời các phim sau đây . Tự đối chiếu kết quả ở trang sau.

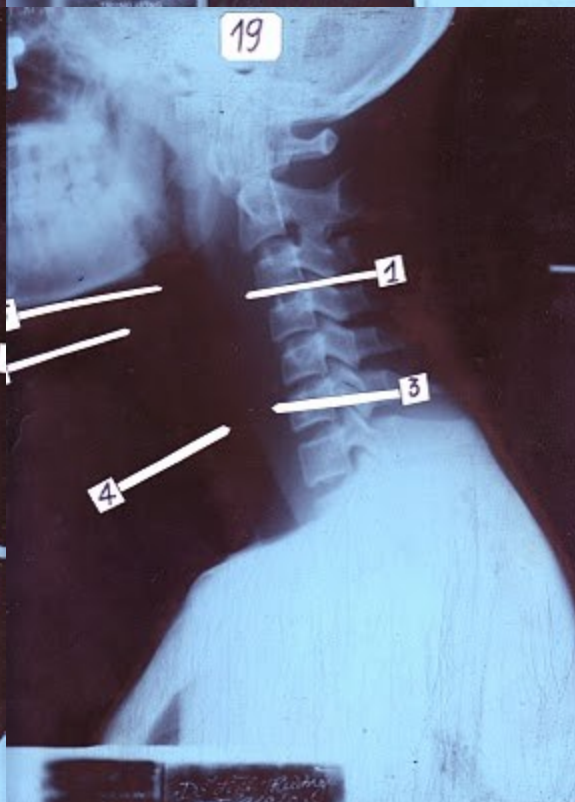
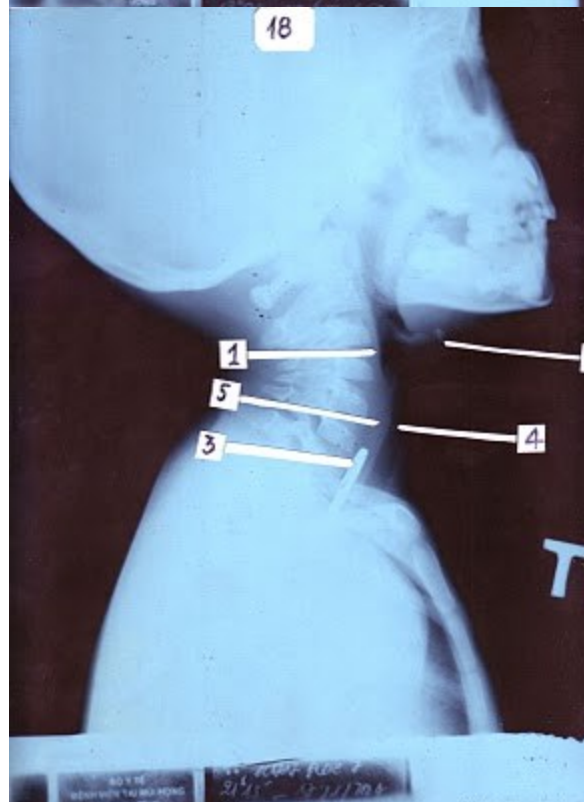
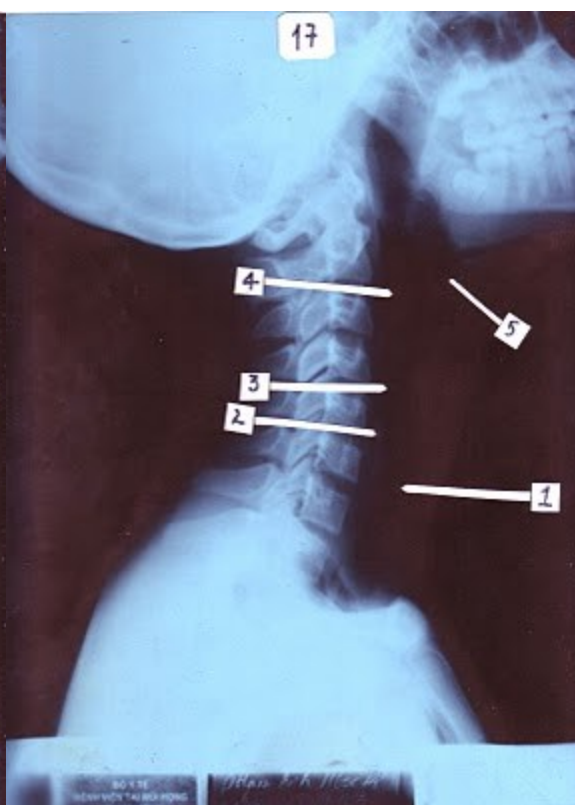
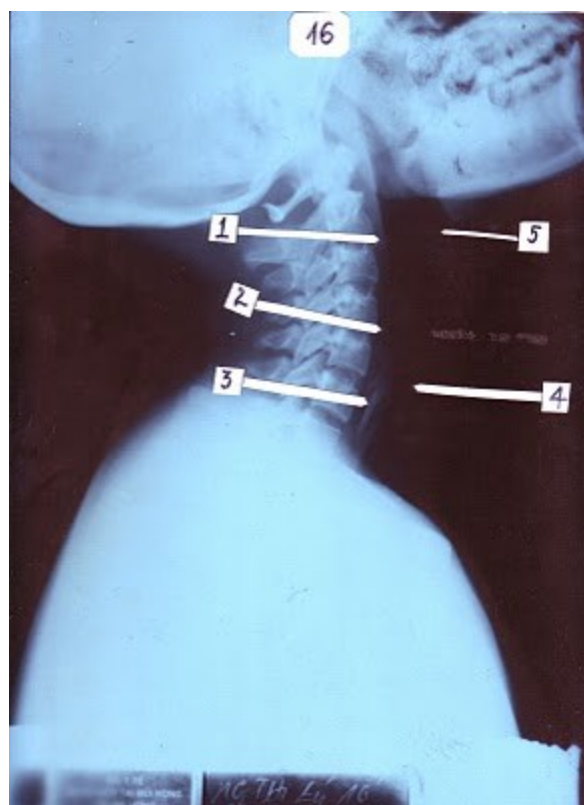


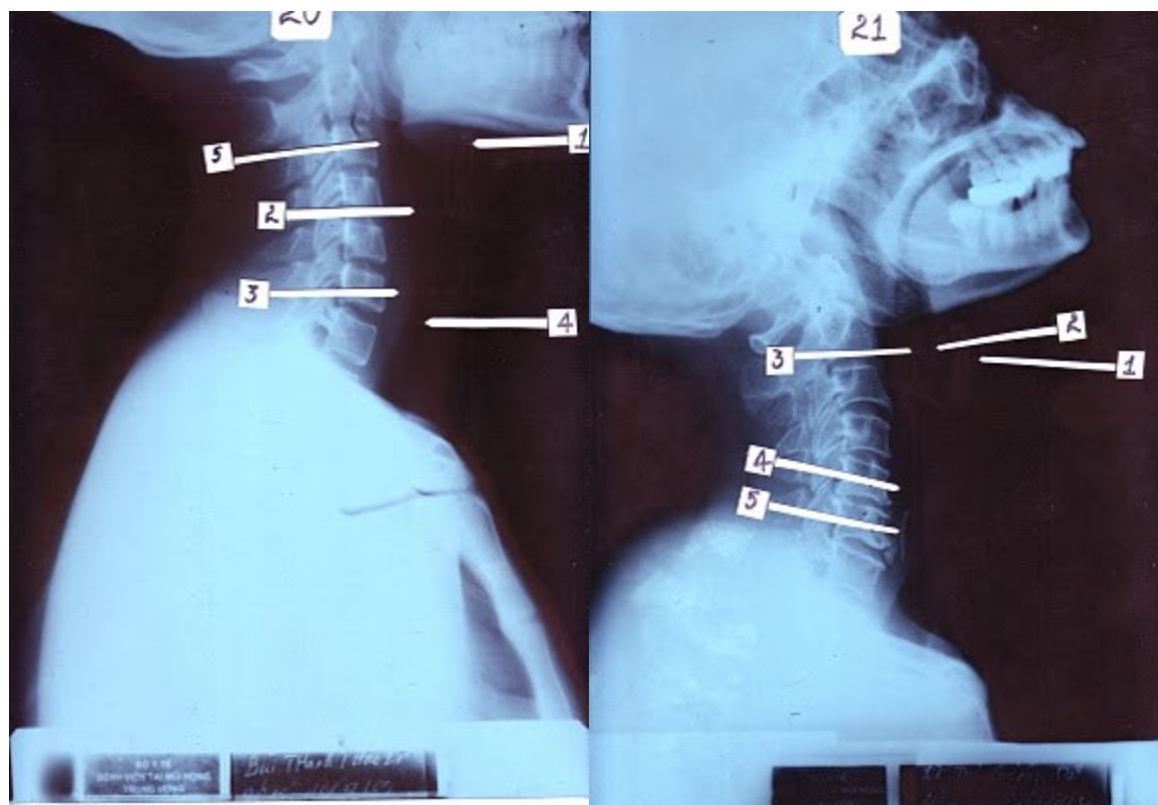


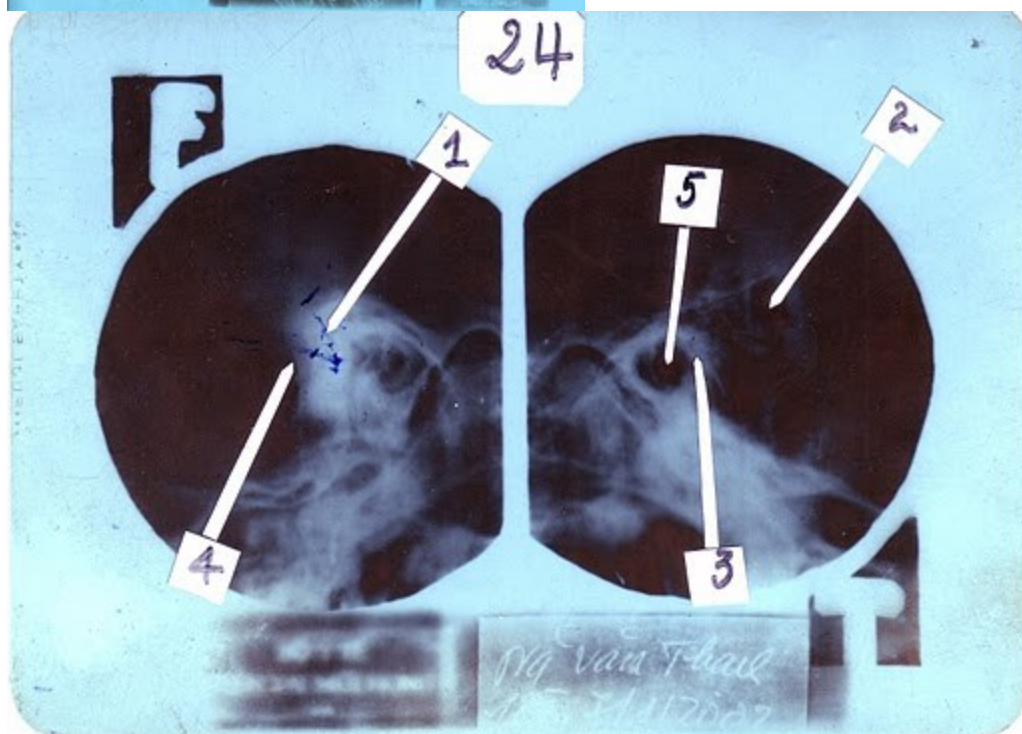
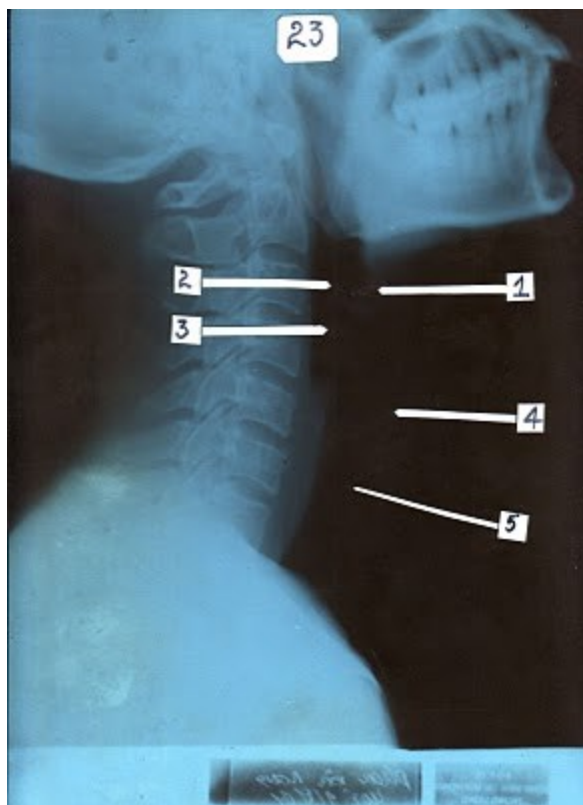


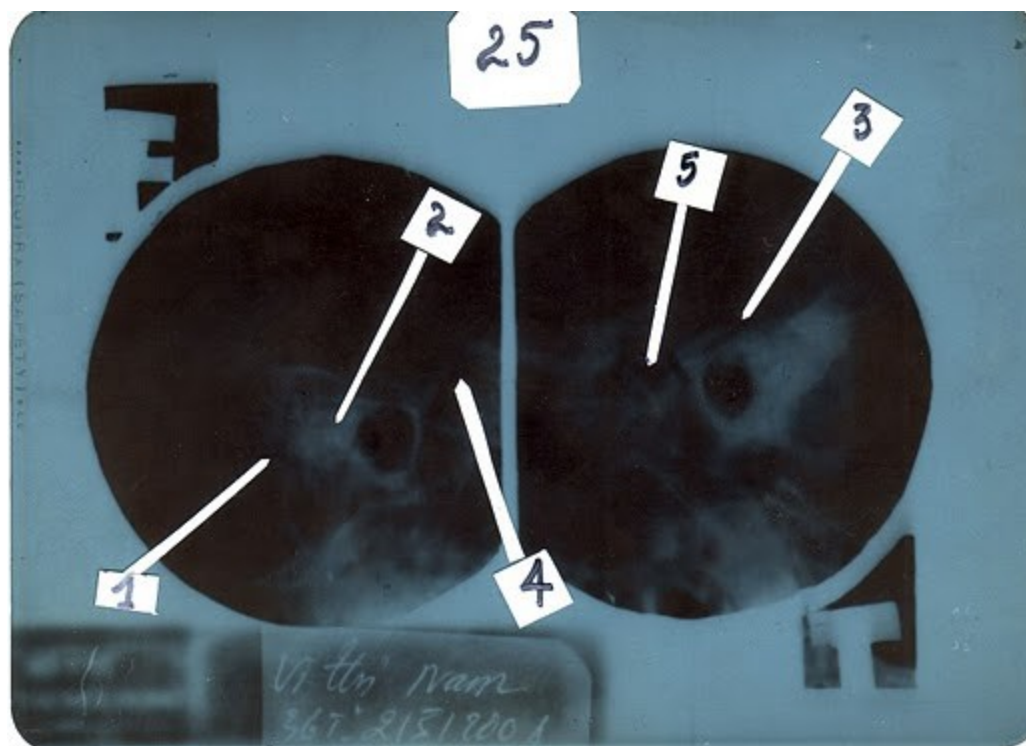


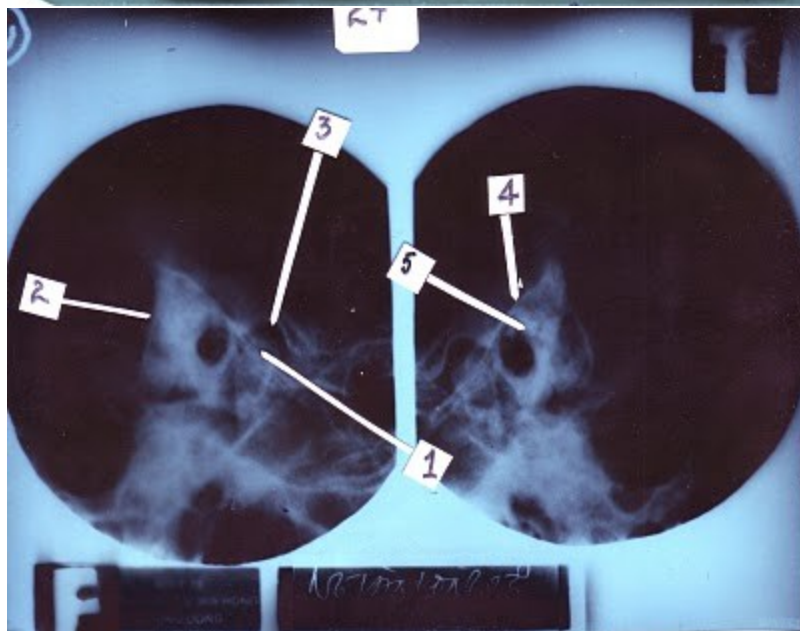
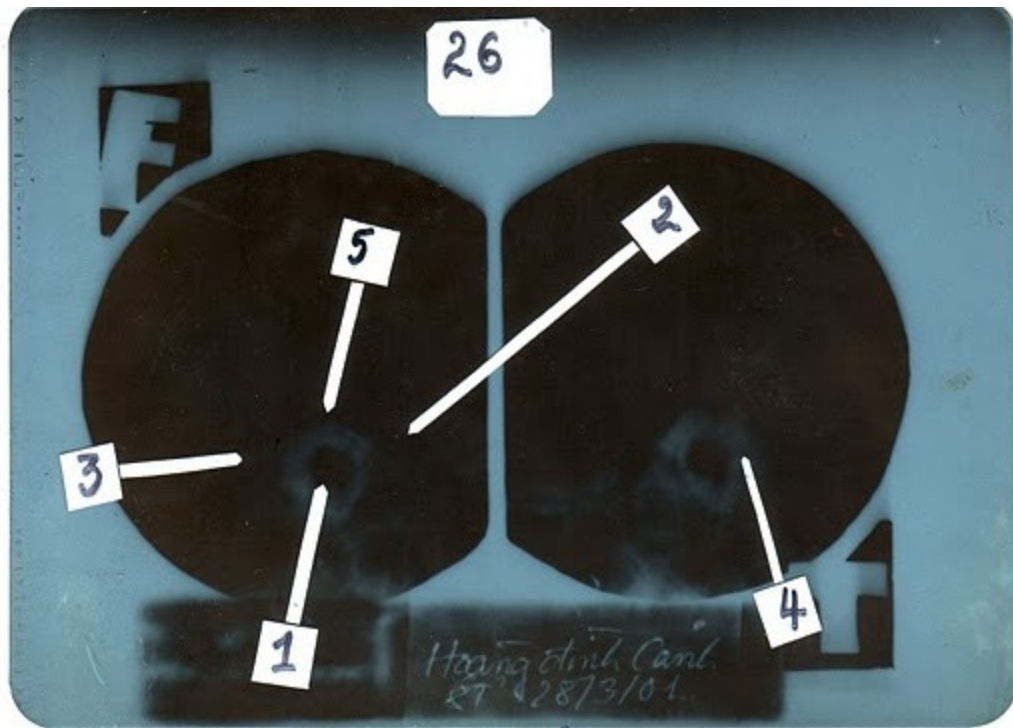




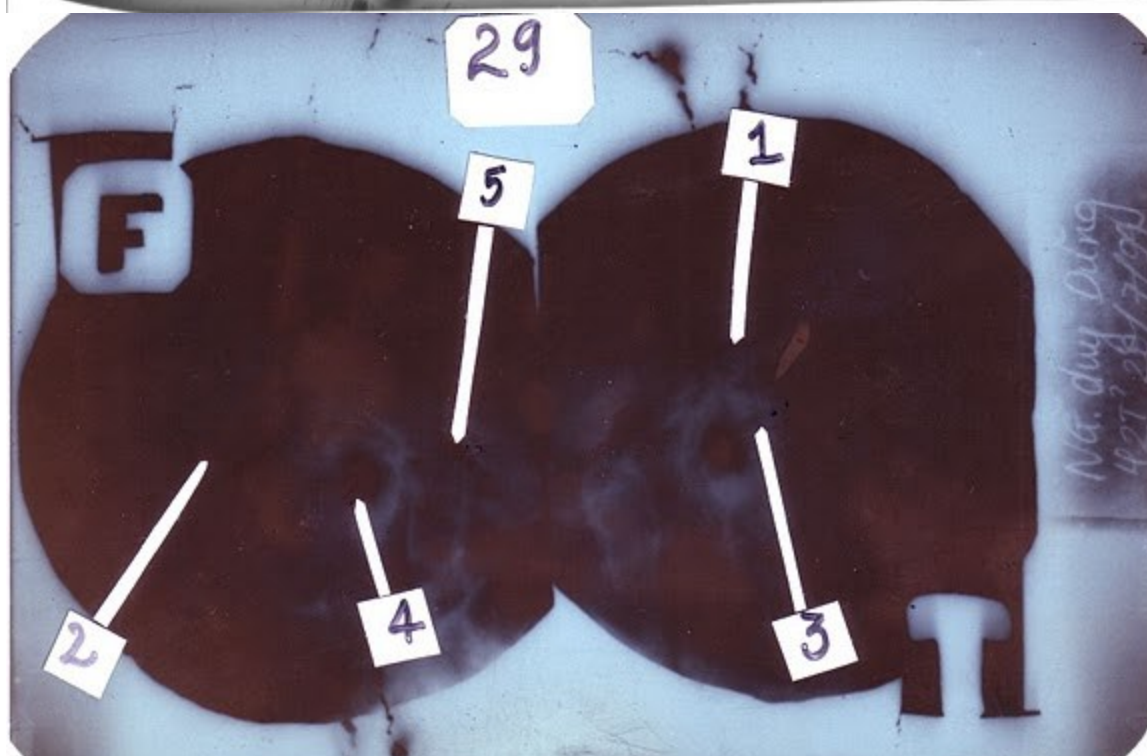
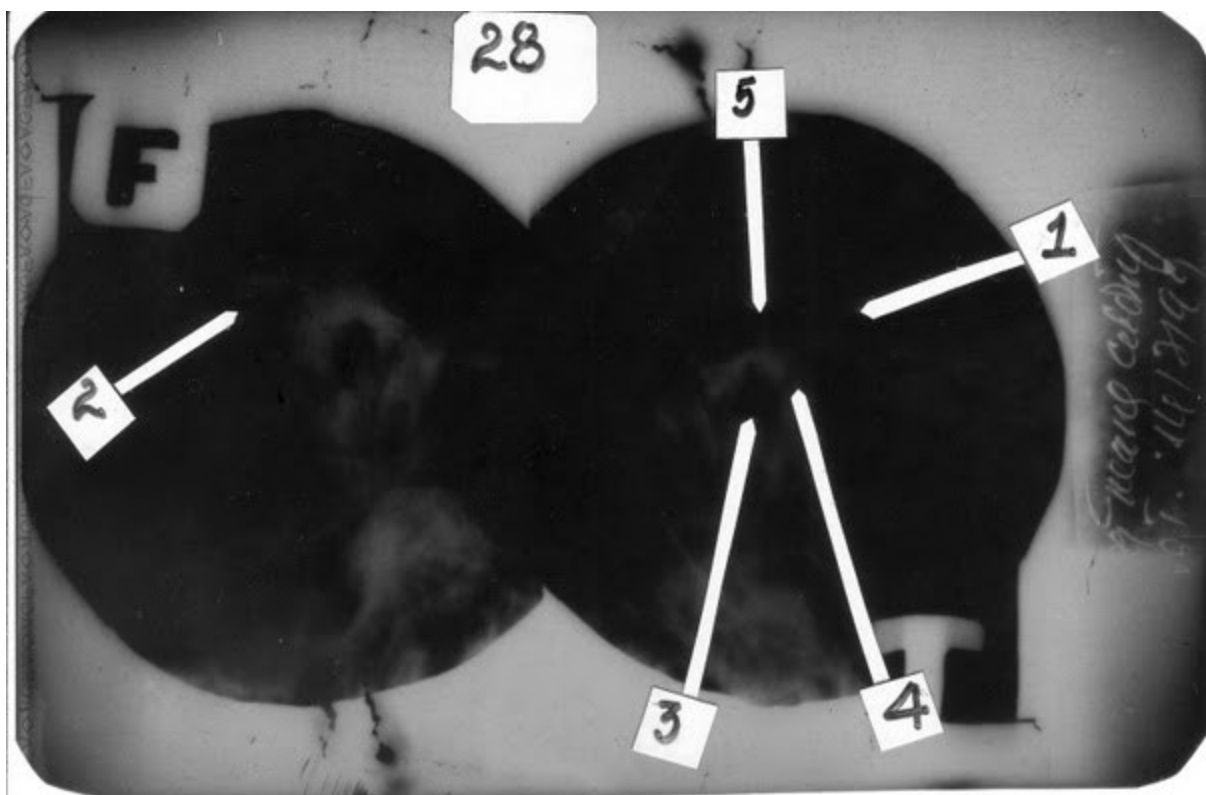


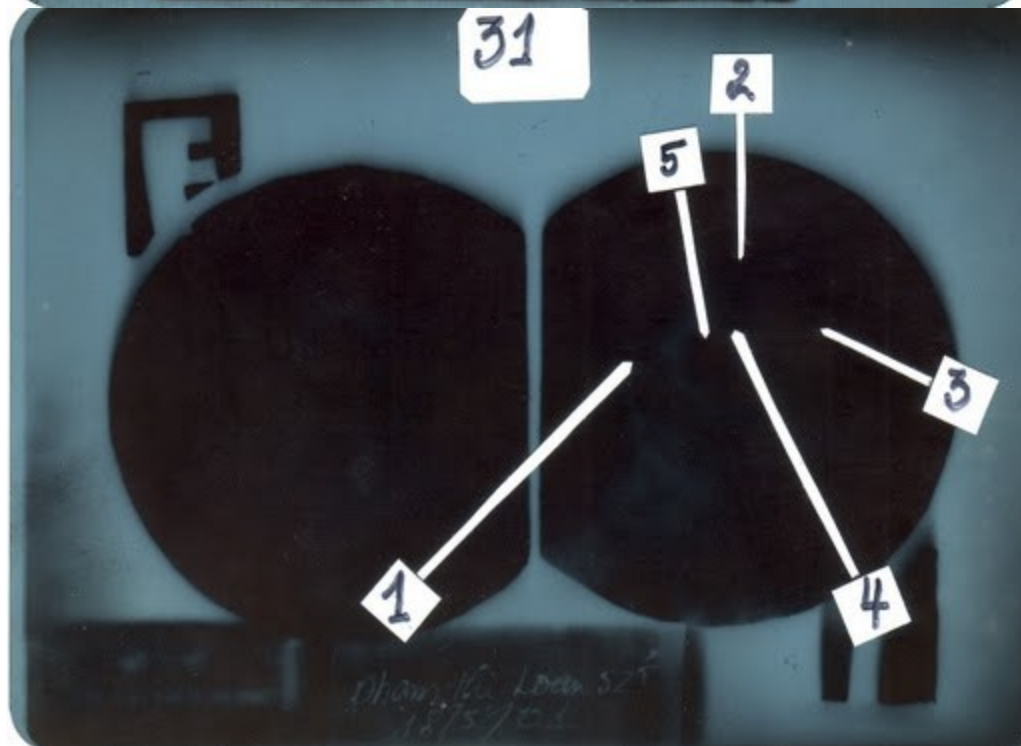
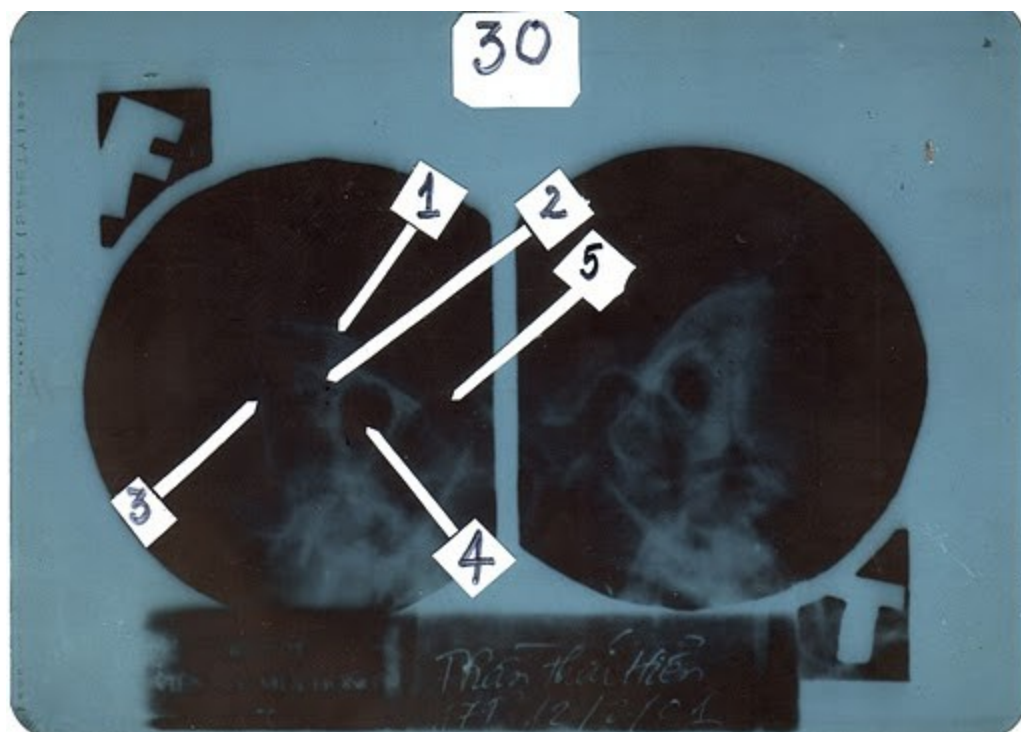


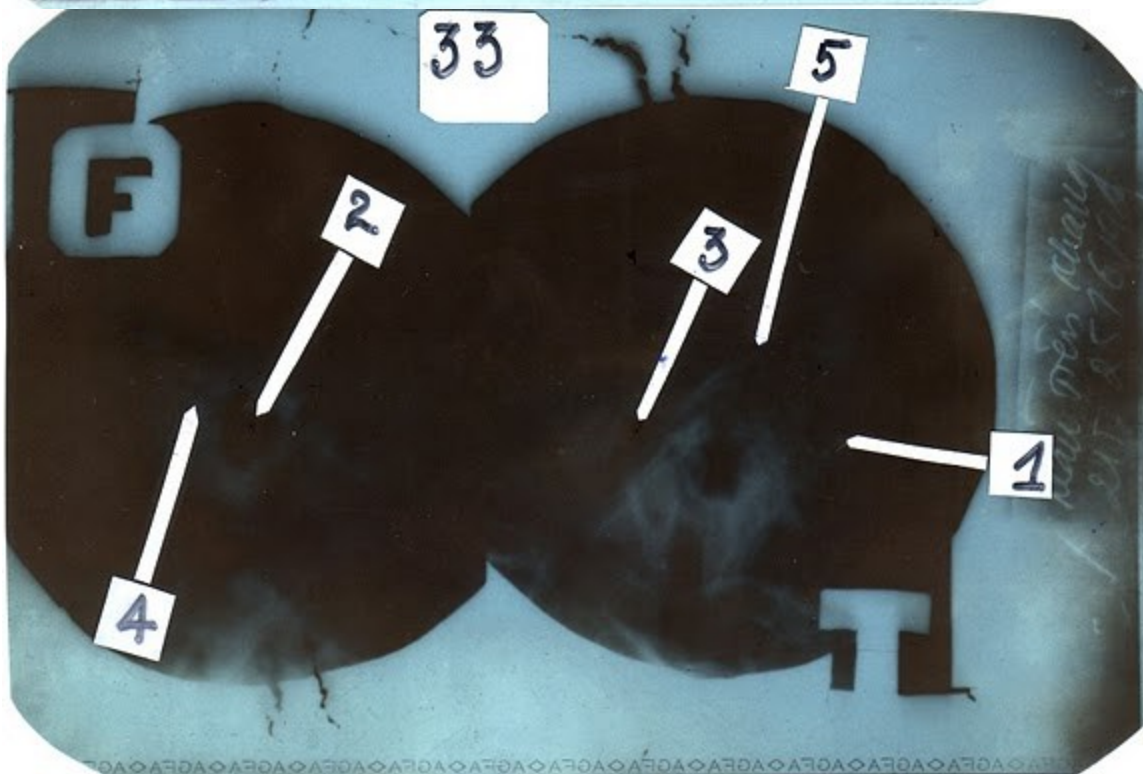
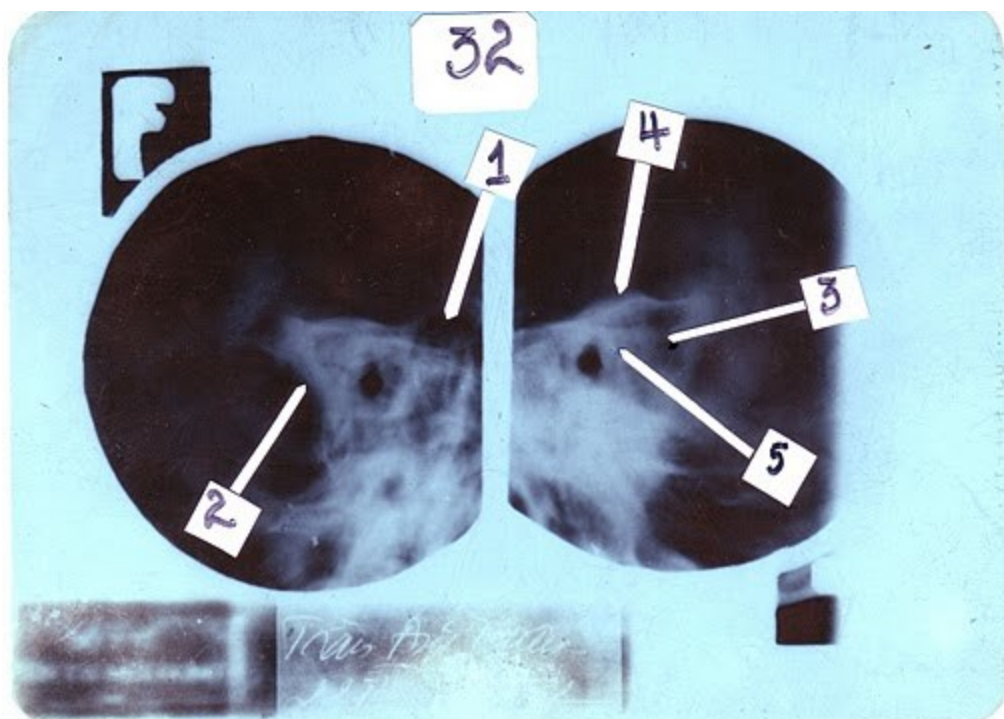












ĐÁP ÁN SỐ 1

I. Tên phim : Blondeau

II. Tiêu chuẩn phim :

- a. Phim phải cân đối.
- b. Bờ trên xương đá không lấn vào đáy xoang hàm

III. Đọc các hình ảnh trên phim :

1. Vách ngăn xoang trán.
2. Xoang trán.
3. Vách ngăn mũi.
4. Xoang hàm.
5. Hốc mũi.

IV. Mô tả tổn thương :+ Xoang hàm trái có hình ảnh "mặt trời mọc".

+ XH phải : có hình ảnh "cùi dừa" đáy niêm mạc

V. Hướng chẩn đoán trên phim

- TD viêm ĐXMT- Polyp xoang hàm

ĐÁP ÁN SỐ 11

I. Tên phim : Hirtz (cầm đình)

II. Tiêu chuẩn phim :

- a . Cân đối
- b . Hai cung răng trùng khít vào nhau

III. Đọc các hình ảnh trên phim :

- 1. Vách ngăn
- 2. Khe khớp
- 3. Xoang sàng sau
- 4. Vòm họng
- 5. Xoang sàng trước

IV. Mô tả tổn thương:

- Xoang sàng mờ toàn bộ 2 bên, không thấy vách xương
- Xoang bướm mờ 2 bên

V. Hướng chẩn đoán trên phim

- Viêm ĐXMT

ĐÁP ÁN SỐ 16

I. Tên phim : Cổ nghiêng

II. Tiêu chuẩn phim :

- a . Phía trên : trên cột sống cổ 1. Phía dưới : dưới đốt sống cổ 7
- b . Tia mềm

III. Đọc các hình ảnh trên phim :

- 1. Khoảng trước cột sống đoạn hạ họng (0,5 Cm)
- 2. Khoảng trước sống - đoạn thực quản cổ (1- 1,5 Cm)
- 3. Dị vật TQ
- 4. Khí quản
- 5. Hố lưỡi thanh thiệt

IV. Mô tả tổn thương:

- Hình ảnh cản quang trong lòng thực quản, ngang tám ĐS cổ 7

V. Hướng chẩn đoán trên phim

- Dị vật thực quản cổ

ĐÁP ÁN SỐ 24

I. Tên phim : Schüller

II. Tiêu chuẩn phim :

- a . Thấy rõ khớp thái dương hàm
- b . Lỗ ống tai trong và lỗ ống tai ngoài trùng khít vào nhau

III. Đọc các hình ảnh trên phim :

- 1. Xương chũm phải đặc ngà
- 2. Thông bào xương chũm
- 3. Sào bào
- 4. Bờ trước TM bên
- 5. Lỗ ống tai

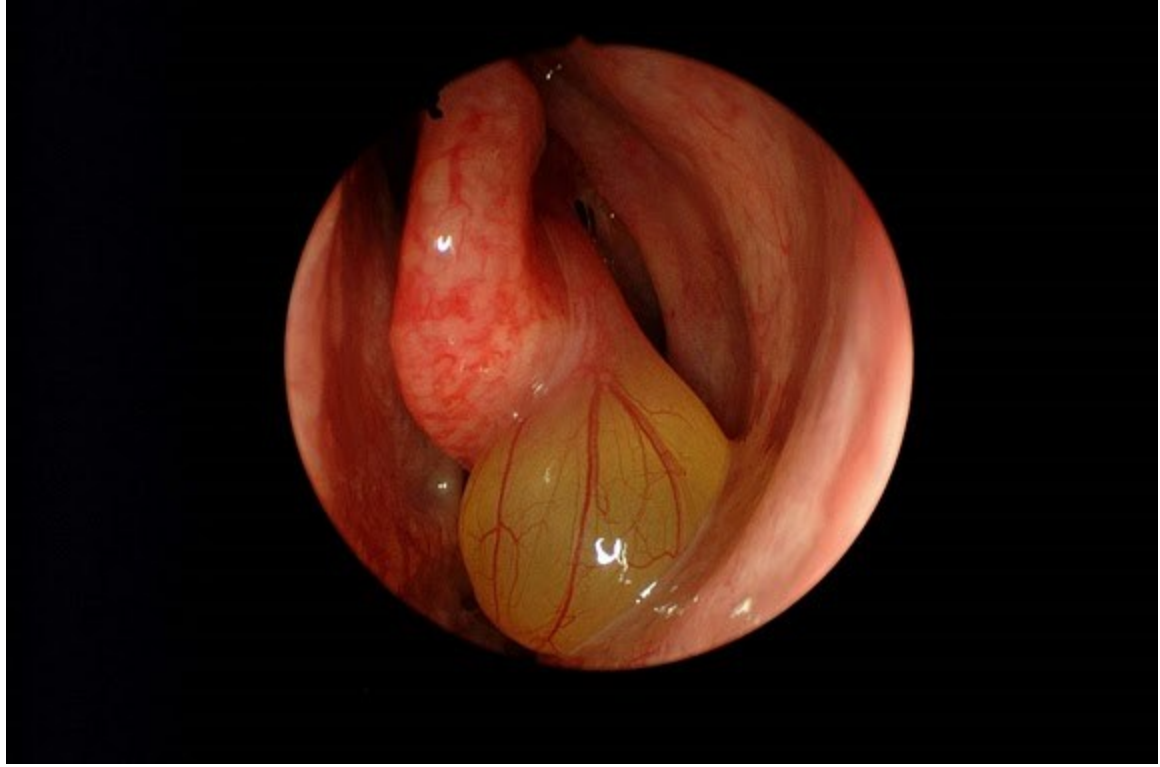
IV. Mô tả tổn thương:

- XC phải đặc ngà, XC trái bình thường

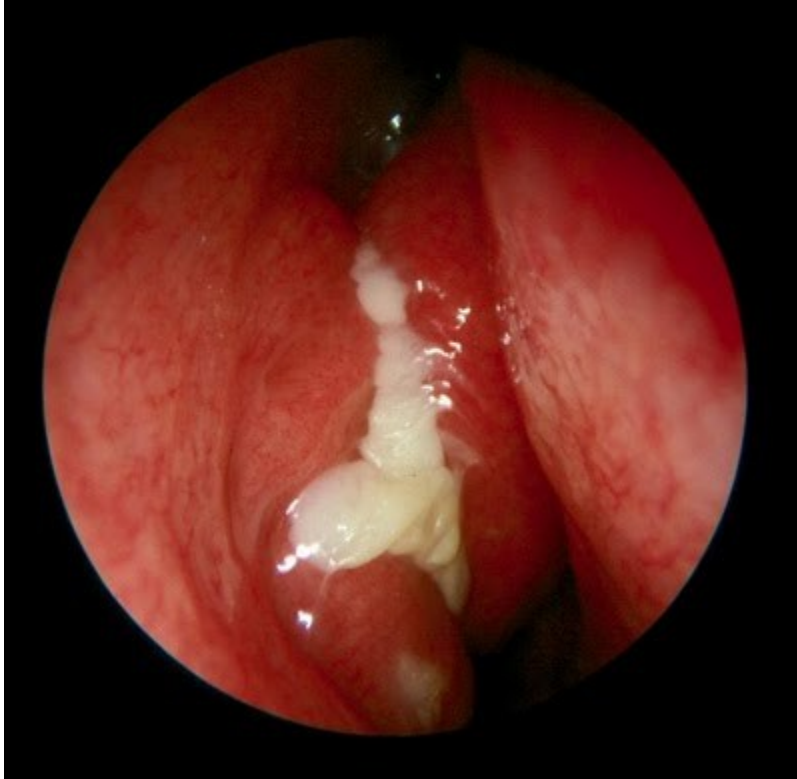
V. Hướng chẩn đoán trên phim

- Theo dõi VTXCMT phải

95. 3. HÌNH ẢNH NỘI SOI TMH



Polyp có cuống



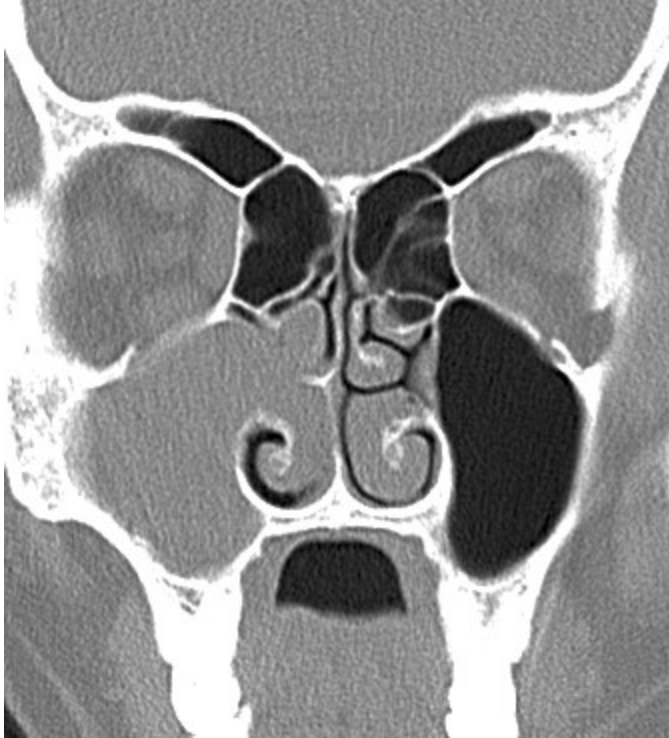
Viêm xoang mạn tính polyp mũi khe giữa



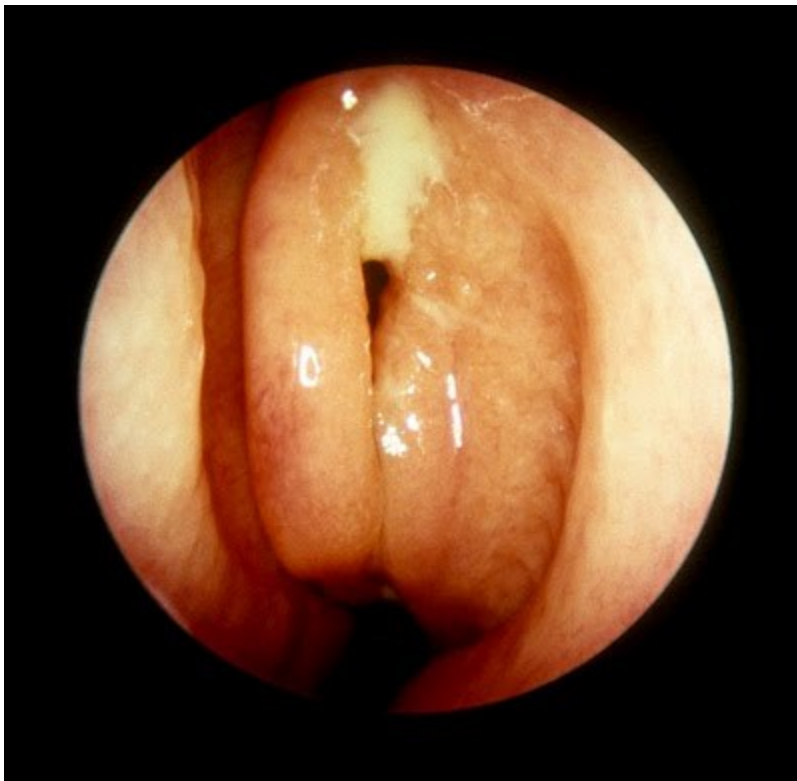
CT Scanner Polyp Killian



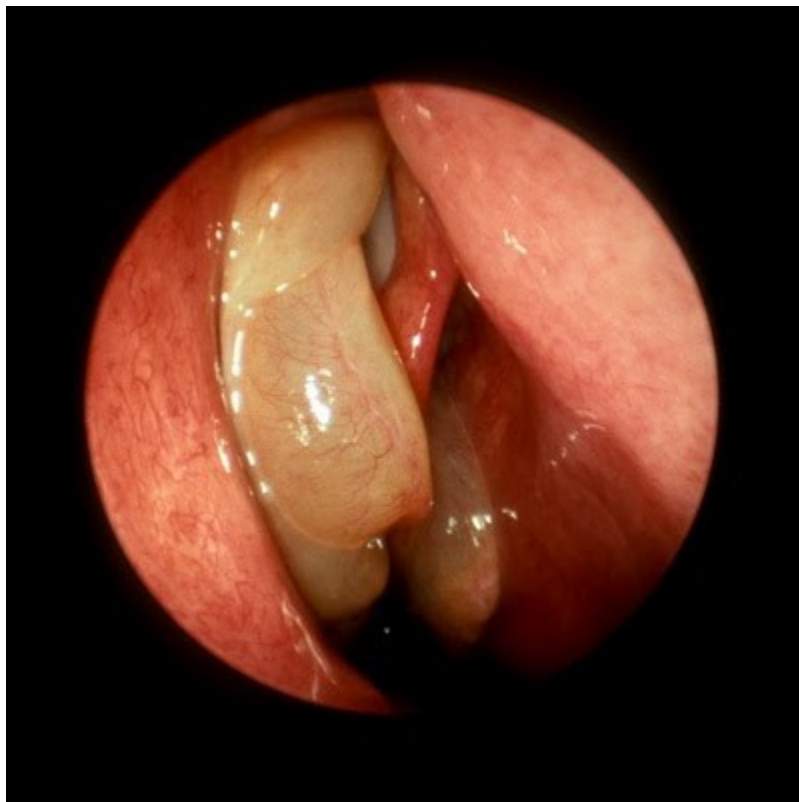
CT Scanner Viêm xoang mạn tính polyp mũi (T)



CT Scanner Viêm xoang mạn tính polyp mũi (P)



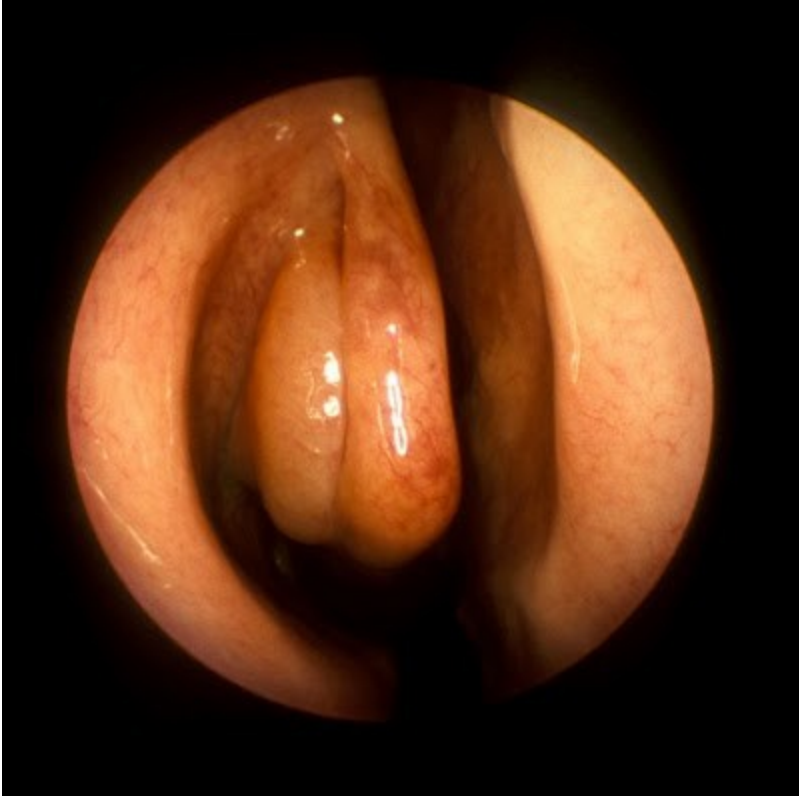
Viêm xoang ở bệnh nhân quá phát mỗm mớc (T)



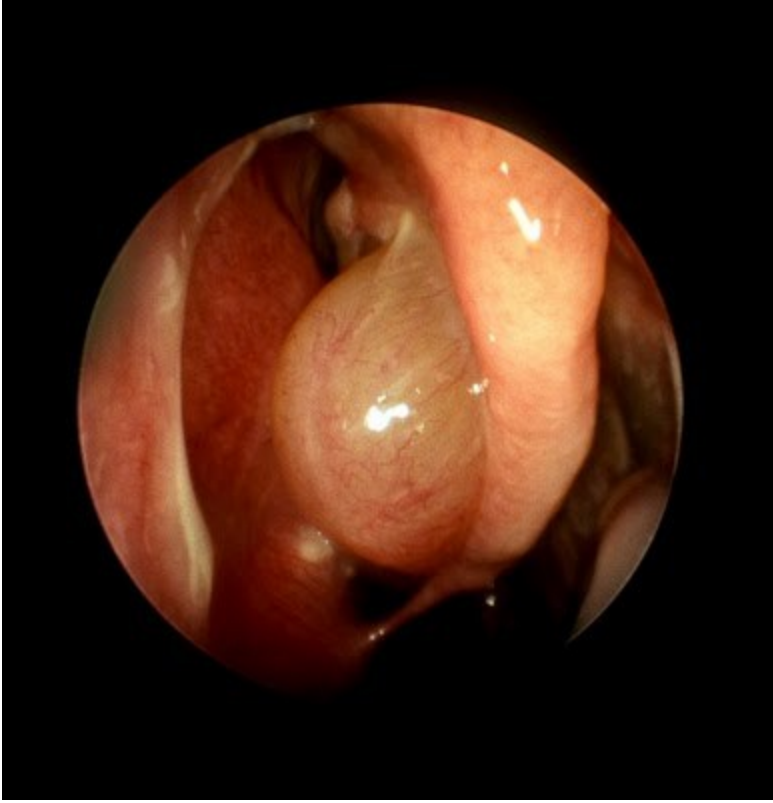
Polyp mũi dạng chùm

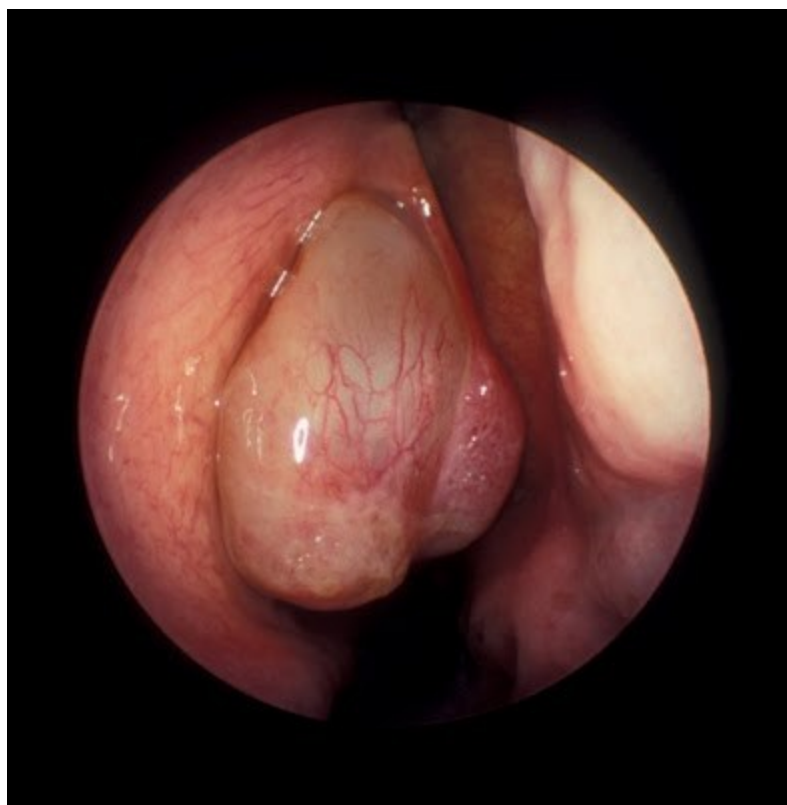


polyp trước điều trị Corticoid

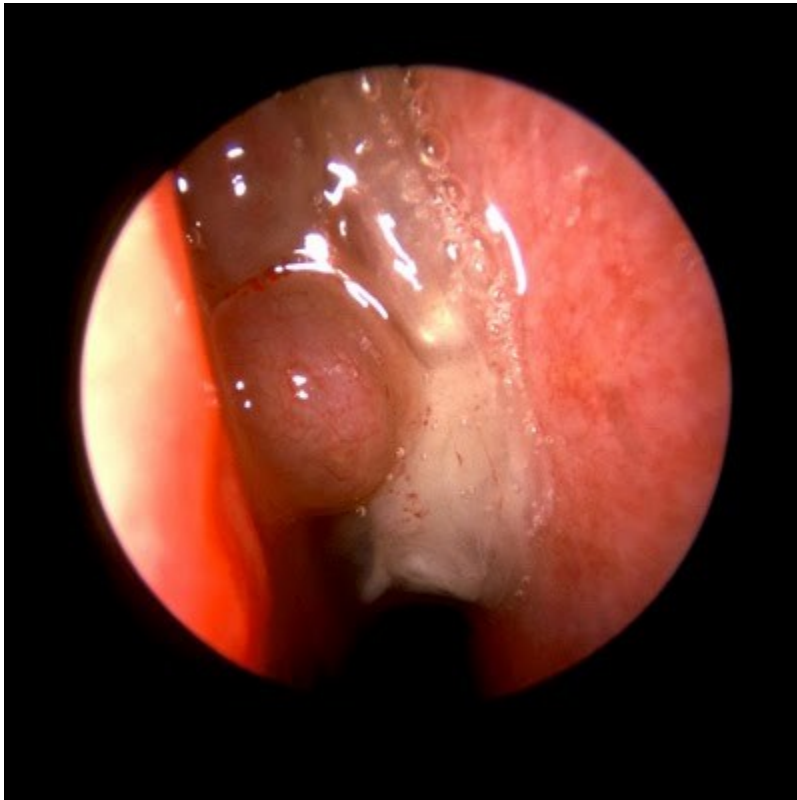


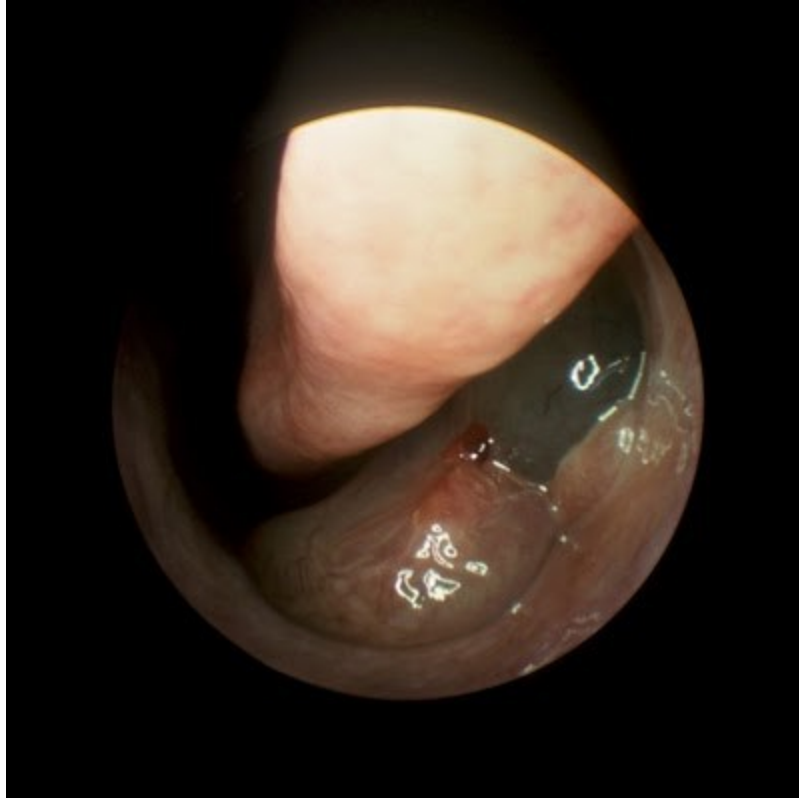


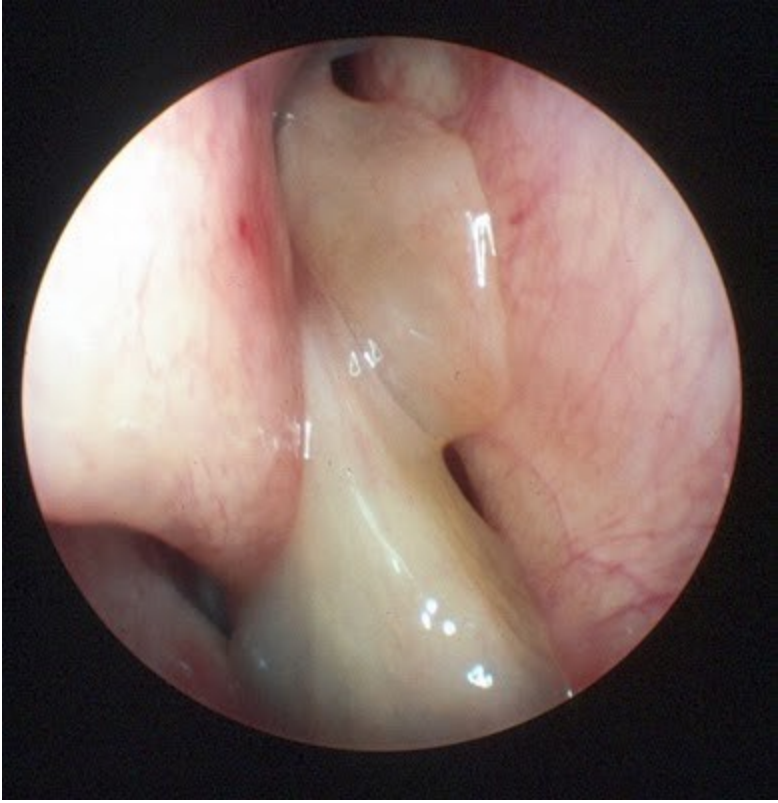




Polyp lấp kín hốc mũi









Viêm đa xoang mạn tính polyp mũi

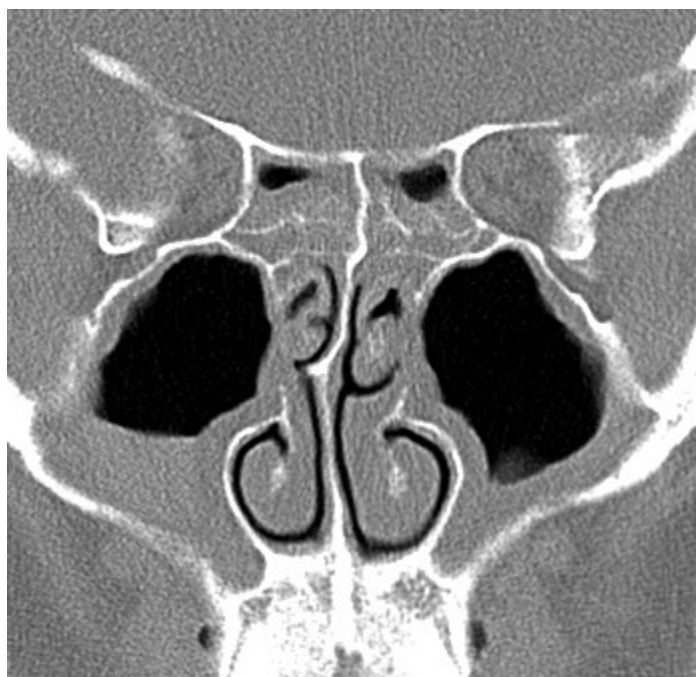
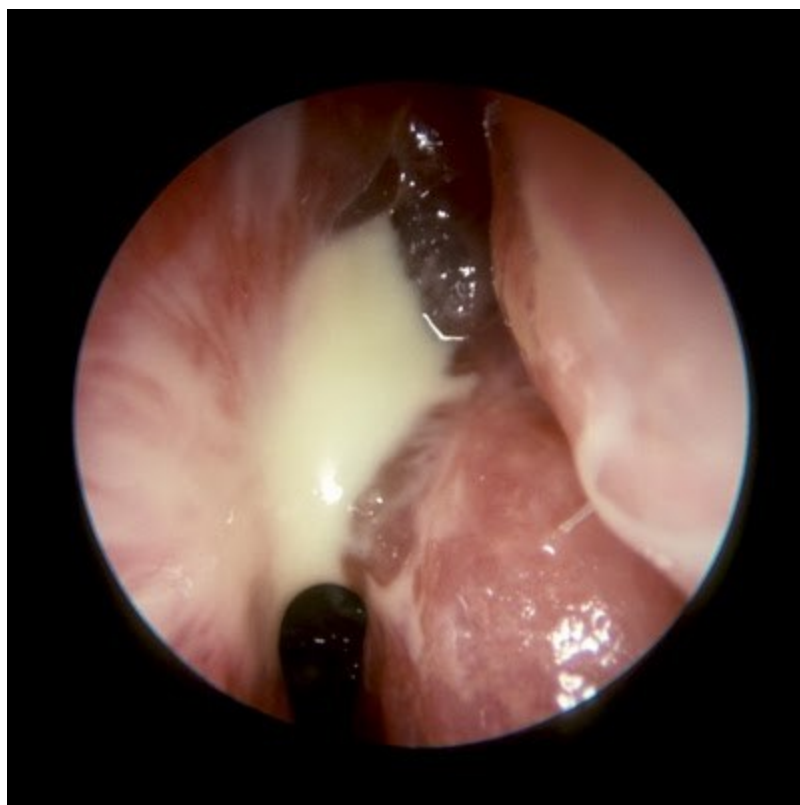


Viêm tấy quanh ổ mắt do xoang trán(T)



Viêm tấy quanh ổ mắt do viêm xoang trán(T) nhìn nghiêng







Viêm mũi xoang bướm (T)

HẾT



Cuộc sống là những cuộc hành trình dài bất tận, và mỗi ngày là một chuyến đi...