GIÁO TRÌNH

TAI MŨI HỌNG

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA HUẾ
- 2006 -

MỤC LỤC

	Trang
Bài 1 : Liên quan giữa chuyên khoa tai mũi họng với các chuyên ngành khác trong y khoa	1
Bài 2 : Viêm thanh quản	7
Bài 3 : Khó thở thanh quản và chỉ định mở khí quản	14
Bài 4 : Dị vật đường thở	19
Bài 5 : Dị vật đường ăn	25
Bài 6 : Chấn thương tai mũi họng	31
Bài 7 : Chảy máu mũi	39
Bài 8 : Viêm mũi xoang cấp tính	43
Bài 9 : Viêm mũi xoang mạn tính	49
Bài 10 : Các apxe quanh họng	54
Bài 11 : Viêm tai giữa cấp tính	59
Bài 12 : Viêm tai giữa mạn tính	64
Bài 13 : Biến chứng nội sọ do tai	69
Bài 14 : Viêm họng	74
Bài 15 : Viêm VA	81
Bài 16 : Viêm amydal	85
Bài 17 : Ung thư vòm mũi họng	90
Bài 18 : Ung thư thanh quản – hạ họng	96
Tài liệu tham khảo	101

LỜI GIỚI THIỆU

Chuyên khoa Tai Mũi Họng (TMH) là một chuyên khoa lâm sàng, ngày càng có tầm quan trọng trong công tác phục vụ sức khỏe nhân dân. Khi Xã hội phát triển, mức sống càng cao, nguyên nhân sinh bệnh càng phức tạp thì người bệnh cũng đòi hỏi Thầy thuốc TMH phải khám và điều trị càng có chất lượng hơn.

Những kiến thức thông thường về chuyên khoa TMH bắt buộc tất cả mọi Thầy thuốc tương lai dù ở lĩnh vực chuyên môn nào trong Y khoa cũng đều phải học. Những kiến thức cơ bản đó, trước hết giúp cho các Thầy thuốc làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CCSKBĐ) trong cộng đồng, ngoài ra có thể biết cách khám, điều trị một số bệnh thường gặp và gửi kịp thời các bệnh nặng khác về TMH.

Bộ môn TMH biên soạn tập giáo trình điện tử: "Giáo trình TAI MŨI HỌNG" làm tài liệu giảng dạy đào tạo Bác sĩ Đa khoa. Giáo trình gồm 30 tiết với các chủ đề và số tiết đã được thống nhất ở Hội nghị liên trường của tất cả 8 trường đại học Y khoa toàn quốc.

Nội dung không phải là quá mới, nhưng để thật hoàn hảo về cách biên soạn, chuẩn mực về phương pháp trình bày... làm khuân mẫu cho mọi bài giảng là vô cùng khó khăn. Chúng tôi phải tiếp tục rút kinh nghiệm sau khi giảng, tiếp thu ý kiến của sinh viên, học hỏi các Bộ môn trong trường mình và trường bạn để phương pháp giảng dạy có lồng ghép dịch tễ học và CSKBĐ trong từng bài ngày một tốt hơn.

Tuy chúng tôi đã rất cố gắng nhưng chắc chắn còn nhiều thiếu sót, xin được các Thầy Cô, các Anh Chị có nhiều kinh nghiệm, các bạn đồng nghiệp trong và ngoài chuyên khoa góp ý xây dựng để lần tái bản sau hoàn chỉnh hơn.

Thay mặt bộ môn TMH và Ban biiên soạn chúng tôi xin cảm ơn Ban Đào tạo Đại học Huế, Ban giám hiệu Trường Đại học Y khoa Huế, phòng giáo vụ và công tác sinh viên đại học Y khoa Huế đã tạo mọi điều kiện cho chúng tôi hoàn thành tập giáo trình điện tử này kịp thời phục vụ cho sinh viên y khoa.

Huế, 8.2006

Thay mặt ban biên soạn

PGS.TS. NGUYỄN TƯ THẾ

Bài 1
LIÊN QUAN CHUYÊN KHOA TAI MŨI HỌNG VỚI CÁC CHUYÊN KHOA KHÁC TRONG NGÀNH Y

Tai Mũi Họng (TMH) là một chuyên khoa (CK) quan trọng chuyên nghiên cứu về dư phòng, chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng cho cơ quan TMH con người. Với chức năng thiết yếu như: Ngữi, nghe, thăng bằng, phát âm, thở, nuốt... Là bộ phận quan trọng nhất của đường ăn và đường thở...

TMH ở gần và liên quan chặt chẽ với sọ não, tiếp giáp với các mạch máu lớn, với các giây thần kinh quan trọng. Vì vậy mọi thầy thuốc bất kể CK nào cũng phải biết vai trò và quan hệ của TMH với các chuyên khoa và các chuyên khoa có thể hỗ trợ những gì cho TMH.

Để nêu ra những đóng góp của TMH cho các CK khoa về lâm sàng, chúng tôi giới thiệu khái quát những quan hệ chủ yếu của TMH mà người thầy thuốc nào cũng cần phải biết.

1. *Với khoa Nhi*

1.1. Amygdales, VA.

Là 2 tổ chức rất quan trọng trong vòng bạch huyết Waldeyer, được coi là chủ chốt trong nhiễm khuẩn đường hô hấp ở trẻ em. Đặc biệt các bệnh nhiễm trùng có liên quan tới Amydales và VA. như viêm mũi, viêm xoang, viêm tai, viêm họng, viêm phế quản, viêm phổi, viêm hệ thống đường tiêu hóa, viêm hệ thống hach vùng đầu mặt cổ, thấp khớp, viêm thận...

1.2. Khó thở

Gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn, đặc biệt khó thở thanh quản do các bệnh nhiễm trùng lây như: Bạch hầu, Sởi, Bại liệt, Uốn ván, viêm thanh quản do cúm, áp xe thành sau họng, dị vật đường thở, khối u chèn ép vào đường hô hấp, chấn thương, rối loạn vận động cơ thanh quản, dị tật bẩm sinh...

1.3. Viêm tai xương chủm hài nhi

Trên lâm sàng triệu chứng hoàn toàn thuộc đường tiêu hóa: Nôn, ỉa chảy, mất nước...Trong khi bệnh tích lại ở Tai - Xương chủm.

1.4. Điếc câm

Hầu hết các trẻ em bị câm là do điếc. Vì không nghe được nên không bắt chước để nói được. Có nhiều nguyên nhân gây điếc, có thể do điếc bẩm sinh hoặc mắc phải. Đặc biệt có loại điếc do thuốc gây ra như ngộ độc Streptomicine, Gentamycine, Kanamycine, Quinine, Ibuprofen...

1.5. Hội chứng phối hợp

Hội chứng Mueller Kuhn: Viêm mũi xoang mãn tính có Polype kèm giản phế quản. Trong bệnh tiết nhầy đặc Mucoviscidose do tụy tạng, bệnh nhân thường khó thở do tắc nghẽn đường hô hấp.

2. *Liên quan với khoa Nội*

TMH liên quan rất nhiều đặc biệt những vấn đề sau

2.1. Lò viêm

Đó là những ổ viêm mãn chứa vi trùng như Viêm A. xơ teo hốc mủ, Viêm xoang mạn... Từ những ổ viêm này, thông qua cơ chế miễn dịch di ứng với độc tố vi trùng có thể gây viêm cầu thận cấp, Thấp khớp cấp,Viêm nội tâm mạc bán cấp...

2.2. Dị ứng

Là một hiện tượng mẫn cảm đặc biệt với các dị ứng nguyên đặc hiệu, thuộc bệnh nội khoa nhưng thể hiện rất phổ biến ở lĩnh vực TMH, như viêm mũi xoang dị ứng. Ngược lại những

lệch hình ở mũi như Vẹo, Gai, Mào vách ngăn mũi có thể gây hen, viêm mũi co thắt, dị ứng mũi xoang...

2.3. Cơ địa

Béo bệu, đái đường, sỏi thận, tạng bạch huyết, bệnh gut.. thường kèm một số bệnh TMH như viêm họng hạt, nhiều hạch vùng đầu mặt cổ, viêm mũi xoang mãn tính, điếc...Chúng ta cần tôn trọng điều trị nội khoa hạn chế can thiệp phẫu thuật.

2.4. Chảy máu lĩnh vực TMH

Chảy máu mũi thường do một số bệnh nội khoa như cao huyết áp, bệnh về máu, rối loạn chuyển hóa gây rối loạn đông chảy máu... Nôn ra máu: Trong giản tỉnh mạch thực quản biến chứng từ hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xơ gan, cường lách...

2.5. Cấp cứu hồi sức

Mở khí quản hồi sức hô hấp, hút đờm giải, đưa thuốc vào điều trị tại chổ cho những trường hợp bị suy hô hấp nặng, hôn mê...

3. *Liên quan với khoa Ngoại*

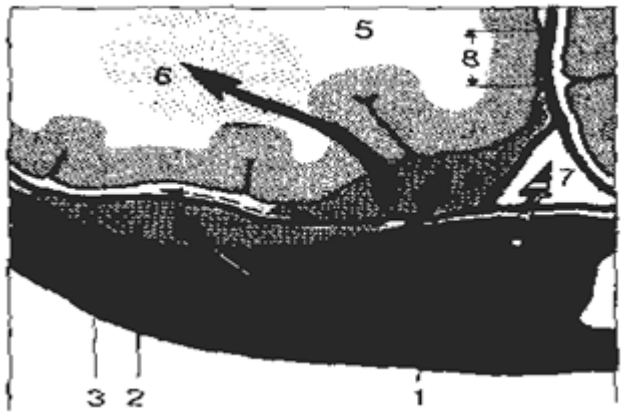
- Liên quan với CK Ngoại trong các phẫu thuật ở vùng đầu mặt cổ và lồng ngực.

- Tự giải quyết hoặc phối hợp khoa Ngoại phẫu thuật những ung thư lĩnh vực Đầu - Mặt - Cổ như: Ung thư Sàng - Hàm; U thành bên Họng; Ung thư Hạ họng Thanh quản.

- Cùng Ngoại khoa chẩn đoán bệnh ở phế quản, soi hút đường hô hấp sau khi mổ, nội soi chẩn đoán chảy máu thực quản, dạ dày, mở khí quản những trường hợp khó thở do chấn thương nặng vùng đầu cổ.

- TMH cùng Ngoại khoa phẫu thuật những trường hợp chấn thương nặng có tổn thương kết hợp lĩnh vực TMH như chấn thương sọ não, vùng cổ, ngực...

- Ngoại khoa giúp TMH mỡ thực quản ngực, tái tạo thực quản, mở thông dạ dày, những dị vật khó lấy ở phổi, phẫu thuật mạch máu lớn biến chứng dị vật đường ăn...



Hình 1:

1. Xoang trán tụ đầy mủ; 2. áp xe dưới màng cứng; 3.Màng nảo
4. Áp xe dưới màng nảo +VMN; 5. Nảo; 6. áp xe; 7. Đường đến xoang TM

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4. *Với khoa Sản*

4.1. Dị dạng về TMH của trẻ sơ sinh

Tùy mức độ, có những dị dạng nguy hiểm tới tính mạng như đường hô hấp - tiêu hóa (dò khí - thực quản), những dị dạng cản trở ăn uống và khó thở như: Sứt môi, hở hàm ếch, màng bịt cửa mũi trước, cửa mũi sau trẻ khó thở, khó bú và dễ gây viêm đường hô hấp...

4.2. Trẻ sơ sinh bị viêm TMH

Sau sinh bị viêm mũi Lậu cầu và viêm do các vi khuẩn khác gây khó thở (có thể từ mẹ lây truyền cho con khi qua đường âm đạo).

5. *Với khoa Răng - Hàm - Mặt (RHM)*

TMH có nhiều quan hệ chặt chẽ với RHM về cấu trúc giải phẫu cũng như phương diện bệnh lý.

5.1. Xoang hàm và Răng

Răng hàm trên số 4, 5, 6, 7 nằm ở đáy xoang hàm. Khi những răng này bị bệnh có thể gây viêm xoang, ngược lại đôi khi viêm xoang gây đau nhức răng...

Bất thường phát triển về răng: Răng trong xoang, mũi, có khi cả ở xoang trán... gây đau nhức phải phẫu thuật.

U nang chân răng có thể xâm nhập vào xoang hàm, dễ nhầm Viêm xoang, U nang tiền đình mũi, đôi khi dò ra da vùng hố nanh trước xoang hàm...

5.2. Bệnh răng hàm mặt có triệu chứng TMH

Viêm khớp Thái dương - Hàm mạn thường có triệu chứng ở Tai: đau tai, ù tai; lệch khớp cắn cũng gây ra nhức đầu ù tai... Biến chứng mọc răng số 8 nhiều khi triệu chứng giống hệt áp xe quanh Amidan...

5.3. Một số bệnh phải điều trị phối hợp

Ung thư Sàng-Hàm đã lan xuống khẩu cái, xương hàm trên,...TMH &RHM phải kết hợp phẫu thuật. Bệnh tích trong phạm vi giải phẫu chung như lưỡi, sàn miệng, các tuyến thuộc đầu mặt cổ, những chấn thương vùng sọ mặt...phải cùng khám chẩn đoán và điều trị.

Khi có chấn thương vùng hàm mặt TMH mổ giải quyết tổn thương và cầm máu trong các hốc Mũi-Xoang, còn RHM cố định xương bị gẩy.

6. *Với khoa Mắt*

Ổ mắt liên quan với xoang trán (thành trên), với hốc mũi, sàng trước, sàng sau (thành trong), với xoang hàm (thành dưới). Vì vậy mắt rất dễ bị ảnh hưởng bởi viêm xoang.

Hình 2: Chấn thương sàn ổ mắt

a. Chấn thương cơ học; b. Nâng cố định sàn ổ mắt từ xoang hàm;

c. Phẫu thuật dùng 1 mãnh độn nâng đỡ nhãn cầu từ hố mắt

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

6.1. Viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu

Biến chứng do viêm xoang gây ra, đặc biệt xoang sàng sau. Mù mắt có thể được cải thiện hoặc phục hồi nếu phát hiện và điều trị kịp thời viêm xoang.

6.2. U nhầy xoang trán

U nhầy thường xuất hiện sau chấn thương hoặc phẫu thuật vùng xoang trán. U làm phồng góc trong, trên của hố mắt, có khả năng ăn mòn xương để xuất ngoại ra dưới da, u đẩy lồi nhãn cầu xuống dưới, ra ngoài, nếu không khám kỹ sẽ nhầm bệnh của mắt.

6.3. Viêm ổ mắt & và bộ phận khác

- Viêm xoang có thể gây viêm tấy ổ mắt, dẫn đến nhiễm trùng máu, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang... biến chứng rất nguy hiểm có thể đưa tới tử vong.

- Viêm xoang sàng có thể xuất ngoại qua xương giấy ở góc trong của mắt và làm chúng ta dễ nhầm viêm túi lệ. Sưng mi mắt ở trẻ em thường còn do viêm xoang sàng cấp dễ nhầm viêm tai xuất ngoại thể Thái dương - Mõm tiếp (thường trẻ <12 tháng).

7. *Khoa U Bướu*

7.1. Khoa TMH gữi bệnh nhân bị ung thư lĩnh vực TMH đến kết hợp xạ trị hoặc hóa trị liệu sau khi đã phẫu thuật hoặc xác định không còn khả năng phẫu thuật...

7.2. Khoa u bướu gửi bệng nhân có tổn thương vùng sâu kín thuộc TMH nhờ sinh thiết hoặc hội chẩn.

7.3. Phối hợp phẫu thuật các khối u liên quan TMH, cũng như mở khí quản, nội soi kiểm tra đường ăn đường thở... cho bệnh nhân ung thư.

8. *Với khoa Tâm thần - Thần kinh*

8.1. Suy nhược thần kinh và nhức dầu

Điều trị ở khoa Tâm thần nhưng được TMH phát hiện viêm xoang sau, điều trị tốt sẽ khỏi bệnh. Một số bệnh TMH khác hay gây nhức đầu như viêm tai, khối u vòm mũi họng, bệnh trĩ mũi, hội chứng cổ (nhức đầu, chóng mặt, ù tai, nghe kém, loạn cảm họng, đau vùng cổ, gáy, vai...) do viêm xoang sau, viêm Amidan mạn tính, tổn thương khớp cột sống cổ, suy động mạch đốt sống thân nền...

8.2. Biến chứng nội sọ do tai

Chủ yếu Viêm màng não, áp xe não và viêm tắc tĩnh mạch bên. Nhiều khi chẩn đoán rất khó khăn, hai chuyên khoa phải hội chẩn, phối hợp điều trị.

8.3. U dây thần kinh thính giác (dây VIII)

TMH giúp đánh giá chức năng tiền đình, phân loại các hội chứng tiền đình: Hội chứng Ménière, hội chứng tiền đình trung ương đại não, tiểu nảo. Hiện nay nếu u dây VIII còn nhỏ (đường kính 1-2cm) người ta có thể điều trị tốt bằng phẫu thuật tia Gamma, một ứng dụng công nghệ kỷ thuật hiện đại lần đầu tiên có ở Việt nam (từ 9.2005- Bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế).

8.4. Đau dây thần kinh tam thoa (nervus Trigeminus)

Dễ nhầm viêm xoang hàm và xoang trán, thậm chí là đau răng, triệu chứng viêm xoang nghèo nàn, hỏi kỷ tiền sử và chụp film mới tìm ra bệnh... Hiện nay người ta cũng có thể chiếu tia Gamma để điều trị đau thần kinh tam thoa.

8.5. Mở khí quản

Mở khí quản cho bệnh thần kinh có khó thở như: Tổn thương liệt hành tủy, rỗng hành tủy...

8.6. Đau nhức màng não sau viêm tai

Sau mổ tai hậu phẫu tôt đẹp nhưng sau đó bệnh nhân thường xuyên kêu nhức đầu. Đó là hội chứng đau nhức màng não sau viêm tai do viêm dính màng nhện, TMH hoặc khoa phẫu thuật thần kinh đều có thể giải quyết hội chứng này.

9. *Với khoa Y học Nhiệt đới*

9.1. Các bệnh nhiễm trùng lây

Bệnh bạch hầu được Bác sĩ TMH khám chẩn đoán gữi khoa lây nhiễm nhưng nếu có khó thở thanh quản thì Bác sĩ TMH sẽ mở khí quản cấp cứu (kể cả các bệnh nhiễm trùng lây khác gây khó thở thanh quản như: uốn ván, bại liệt, viêm não,...).

9.2. Bệnh viêm màng não (VMN)

Nếu bệnh nhân đang VMN mà có tiền sử viêm tai thì thầy thuốc TMH phải khám hội chẩn xác định có biến chứng do tai hay không? Nếu VMN do Tai thì nhất thiết TMH phải kết hợp phẩu thuật tai, loại trừ bệnh tích mới khỏi bệnh.

9.3. Chảy máu mũi, khó thở thanh quản

Rất phổ biến do các bệnh lây nhiễm. Khoa y học nhiệt đới thường mời TMH cấp cứu cầm máu, hoặc mở khí quản...

10. *Với khoa Da liểu*

10.1. Bệnh phong

Tổn thương có thể ở mũi, ở vành tai, nhất là thể phong ác tính, lấy chất nhầy trong mũi soi nhuộm sẽ thấy được nhiều trực trùng Hansen.

10.2. Giang mai

Bệnh gây tổn thương TMH như Gôm ở mũi, họng và điếc do giang mai...

10.3. Chàm (eczema)

Chàm vùng tiền đình mũi do VA, chàm ống tai, vành tai, ở mặt do viêm tai giữa... chỉ khỏi khi được điều trị viêm VA và viêm tai giữa tốt.

10.4. Viêm mũi lậu ở trẻ sơ sinh

Hay kèm viêm mắt lậu do mẹ lây cho con qua âm đạo.

10.5. Bệnh nấm

Đặc biệt ống tai, phải hội chẩn với khoa da liễu để phối hợp điều trị.

10.6. AIDS (Aquired Immune Deficiency Syndrome)

35 % tổng số AIDS tổn thương U Sarcome mà một nữa là thể hiện ở họng (khẩu cái cứng, lưỡi, phần trước sàn miệng, đặc biệt là nhiễm nấm...)

11. *Với khoa Lao*

11.1. Lao thanh quản

Thường thứ phát từ bệnh nhân đang lao phổi và phản ánh sự tiến triển của lao phổi... Nhiều khi khoa lao nhờ TMH lấy bệnh phẩm (dịch mủ) từ thanh quản để xét nghiệm tìm BK.

11.2. Lao phổi giả hiệu

Một số bệnh nhân viêm xoang có các triệu chứng lâm sàng giống lao (ho, sốt nhẹ về chiều, gầy, ăn kém nhưng xét nghiệm về lao không có...)

11.3. Dị vật đường thở bỏ quên

Dễ dàng chẩn đoán nhầm lao phổi hoặc viêm phế quản mãn tính, X quang và nội soi sẽ chẩn đoán xác định.

11.4. Giản phế quản

Gặp những thể không điển hình (thể khạc ra máu, thể khô...). khoa lao thường nhờ TMH soi phế quản kiểm tra.

12. *Với Y tế Công nghiệp*

Khoa TMH kết hợp với Y tế công nghiệp - một phân môn của Vệ sinh dịch tễ.

12.1. Chống tiếng ồn: ở nơi làm việc có tiếng ồn cao, công nhân tiếp xúc lâu dài có thể gây điếc gọi là điếc nghề nghiệp.

12.2. Chống bụi: ở các nhà máy dệt, khai thác than, xi măng, nhà máy lông vũ.... dễ gây bệnh mũi họng và phổi.

12.3. Chống hơi độc: ở nhà máy sản xuất hoặc có sử dụng hóa chất Axit, Base...

13. *Khoa Phục hồi Chức năng*

- Nhiều bệnh TMH sau khi giải quyết bệnh tích bao giờ cũng phải tiếp tục điều trị phục hồi chức năng (giảm đau, giảm sưng nề, săn sóc sẹo vùng mặt, vật lý điều trị liệt mặt cơ năng hoặc hậu phẫu...)

- Khoa phục hồi chức năng cũng có thể điều trị tốt một số bệnh TMH như viêm sụn màng sụn thanh dịch vành tai bằng Laser bán dẫn, đau nhức kéo dài sau mổ tai, mũi xoang.

Trên đây chúng tôi chỉ mới nêu một cách sơ bộ những quan hệ của TMH với một số khoa lâm sàng. Còn các Chuyên khoa Cấp cứu hồi sức, gây mê, Y học hạt nhân..., các khoa cận lâm sàng như thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh, huyết học, giải phẫu bệnh, sinh hóa, vi trùng...là một sự hợp tác khoa học đương nhiên, không thể thiếu được.

Qua đó chúng ta thấy rằng TMH là một bộ phận của Y học, có vai trò rất quan trọng, nó không thể thiếu được trong việc khám, điều trị và phòng bệnh để không ngừng nâng cao sức khỏe con người

Bài 2
VIÊM THANH QUẢN

1. *Sơ lược giải phẫu sinh lý thanh quản và nguyên nhân bệnh sinh*

1.1. Giải phẫu

Thanh quản là bộ phận của đường hô hấp, nằm gọn trong vùng hạ họng - thanh quản. Thanh quản có hình ống thắt eo ở đoạn giữa, doảng rộng ra ở hai đầu, trên thông với hạ họng, dưới nối liền với khí quản. Chỗ hẹp nhất là giữa 2 dây thanh gọi là thanh môn, phía dưới là hạ thanh môn có tổ chức liên kết dưới niêm mạc lỏng lẻo dễ phù nề khi viêm nhiễm, gây khó thở sớm đặc biệt là ở trẻ em.

1.2. Sinh lý

Thanh quản có 3 chức năng sinh lý quan trọng: Hô hấp; Bảo vệ đường hô hấp; và phát âm. Khi bị bệnh, triệu chứng chính là: khó thở, ho, khàn tiếng.

1.3. Nguyên nhân bệnh sinh

VTQ có thể do vi trùng, siêu vi hoặc do nấm..., do hít thở trong mội trường khô, nóng, bụi hoá chất..., do cơ địa dị ứng, do dùng giọng quá sức (nói to, nói nhiều...), từ viêm mũi ,họng, xoang, phổi...

VTQ có thể nguyên phát hoặc thứ phát từ họng lan xuống hoặc từ đường hô hấp dưới lan lên... Lâm sàng có: Viêm thanh quản cấp và viêm thanh quản mạn tính.

Viêm thanh quản mạn tính thường không đột ngột, diễn ra từ từ, kéo dài trên 3 tuần, người lớn gặp nhiều hơn trẻ em. Bệnh chỉ giảm chất lượng giọng do khàn tiếng, ít nguy hiểm, nhưng không dễ điều trị... cần chú ý loại trừ ung thư thanh quản (nam nhiều hơn nữ, trên 40 tuổi) vì giai đoạn đầu có triệu chứng khàn tiếng kéo dài giống như viêm thanh quản mạn tính.

2. *Viêm thanh quản cấp tính*

- Viêm thanh quản cấp thường xẩy ra nhanh, tiến triển trong thời gian ngắn dưới 3 tuần.

- Trẻ em gặp nhiều hơn người lớn, thường do viêm mũi họng hay biến chứng từ các bệnh nhiễm trùng lây, từ nhẹ có thể diễn biến thành nặng, với trẻ em nhiều khi là một cấp cứu khó thở.

- Viêm thanh quản cấp ở người lớn thường man nhiều hơn nữ, có thể do dị ứng, do viêm họng cấp lan xuống, dùng giọng quá sức (sau nói to, nói nhiều, la hét...), sau uống nhiều bia rượu, hít phải chất độc có a xít, kiềm... Nói chung viêm cấp hay gặp vào mùa xuân, mùa thu khi thời tiết thay đổi.

2.1. Viêm thanh quản cấp ở trẻ em

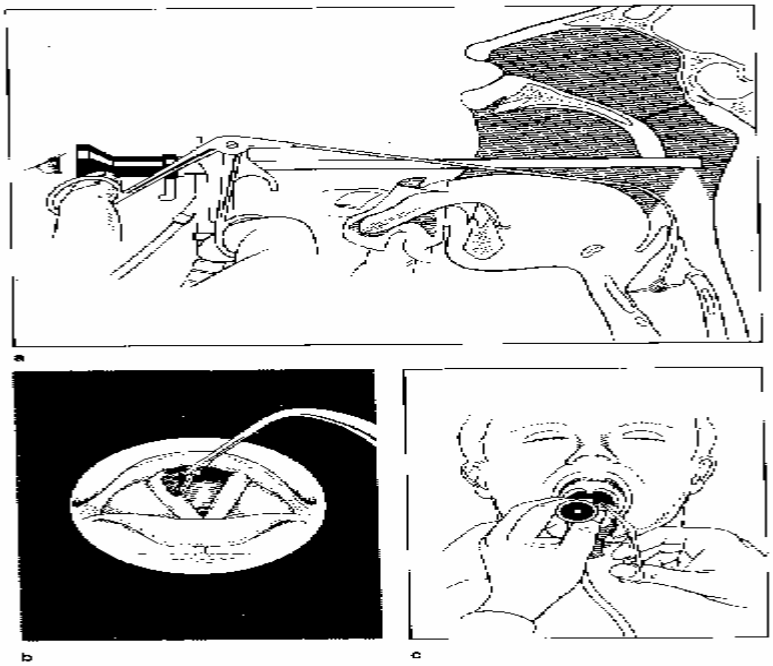
Đây là bệnh thường gặp. Lứa tuổi mắc bệnh thường là tuổi nhà trẻ mẫu giáo, 1-6 tuổi, trẻ càng nhỏ càng nguy hiểm bởi triệu chứng khó thở tiến triển nhanh, do tổ chức dưới niêm mạc lõng lẽo dễ phù nề gây hẹp khe thanh môn... Ngoài thể viêm thanh quản cấp xuất tiết đơn thuần (sẽ nói kỹ sau đây) còn có các thể lâm sàng khác như viêm thanh quản hạ thanh môn, viêm thanh quản co thắt (giả bạch hầu), viêm thanh quản bạch hầu, viêm thanh quản do các bệnh nhiễm trùng lây khác (cúm, sởi, thương hàn, thủy đậu...), viêm sụn thanh thiệt ...

2.1.1. Viêm thanh quản cấp xuất tiết đơn thuần

- Nguyên nhân: Do nhiễm vi trùng, siêu vi trùng hoặc phối hợp cả hai, sau các nhiễm trùng lây, đặc biệt khi chưa có chủng phòng ngừa cúm đặc hiệu thì các loại vius cúm rất phổ biến như influenza, virus cúm A,P,C....

- Triệu chứng lâm sàng: Giai đoạn đầu có biểu hiện nhiễm trùng sốt 38-38,5độ, với các triệu chứng cảm cúm như hắt hơi sổ mũi, ngạt mũi... chưa hoặc chỉ có khó thở nhẹ khi gắng sức, quấy khóc, kém ăn... có thể khàn tiếng nhẹ, tiếng ho chưa thay đổi. Khám niêm mạc mũi, họng, thanh quản: đỏ xung huyết, xuất tiết...

Nhìn chung viêm thanh quản cấp xuất tiết đơn thuần ở trẻ em nhẹ, điều trị đáp ứng nhanh chóng nhưng cũng có thể diễn biến phức tạp, viêm loét hoại tử, tổn thương lan xuống gây viêm khí phế quản phổi, với các triệu chứng tăng nặng, nhiễm trùng, phù nề, khó thở thanh quản điển hình (khó thở chậm, khó thở thì thở vào, khi hít vào có tiếng rít...) tiên lượng khó lường.



Hình 3: Soi thanh quản gián tiếp sinh thiết qua ống soi phóng đại

a. Lưỡi được kéo dài ra ngoài; b. Mở kìm sinh thiết khi bệnh nhân hít vào;

c. Dụng cụ sử dụng tay trái, kìm sinh thiết tay phải

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

- Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng và đặc biệt là soi thanh quản: toàn bộ niêm mạc họng, vùng tiền đình thanh quản, đặc biệt dây thanh nề đỏ, phủ chất xuất tiết nhầy, làm dây thanh di động kém, khép không kín khi phát âm, gây khàn tiếng.

- Điều trị: Tuy nhiễm vi rút nhưng hay bội nhiễm nên sử dụng kháng sinh. Người ta có thể sử dụng kháng sinh bằng hình thức tiêm, uống hoặc khí dung (Aerosol). Nếu có phản ứng phù nề nhiều thì phải thêm Corticosteroide (toàn thân hoặc khí dung), khí dung Corticoide có tác dụng giảm phù nề, cải thiện khó thở nhanh chóng (người ta gọi mở khí quản nội khoa). Cần chú ý khi khí dung thanh quản chỉ cần hạt thô to có kích thước khoảng 20-25 micro mét, cũng có thể dùng các thuốc có tinh dầu để khí dung có tác dụng co mạch và giảm xuất tiết...

- Ngoài ra cần long đờm, giảm xuất tiết như: Acemuc, Mucetux, sinsia...

- Sử dụng thuốc xông ra mồ hôi, chườm ấm vùng thanh quản trước cổ, giảm đau Aspirin.

- Chú ý bảo vệ dây thanh, giữ ấm vùng cổ, loại trừ các chất gây dị ứng và những hóa chất nghi ngờ gây dị ứng.

2.1.2. Thể lâm sàng

2.1.2.1. Viêm thanh quản cấp xuất tiết đơn thuần (như đã mô tả ở trên)

2.1.2.2. Viêm thanh quản hạ thanh môn

- Gặp chủ yếu ở trẻ tuổi nhà trẻ 1-3 tuổi. Là lứa tuổi hay khó thở thanh quản phải cấp cứu trong lâm sàng. Nguyên nhân có thể do vi rus cúm parainfluenza, Myxovirus..., có thể là vi trùng: liên cấu Bêta tan huyết nhóm A, tụ cầu, phế cầu, Hemophylus influenza...

- Bệnh xuất hiện vào ban đêm ở một cháu bé đang viêm mũi họng hoặc có khi không có triệu chứng gì báo hiệu. Triệu chứng nổi bật là lên cơn khó thở thanh quản điển hình: Khó thở chậm, khó thở thì thở vào, hít vào có tiếng rít, co kéo các cơ hô hấp, môi đầu chi tím... Tiếng ho, tiếng khóc khàn... sốt vừa phải 38-39 độ C.

- Chẩn đoán không có gì đặc hiệu và quyết định, không thể nội soi hoặc chụp phim lúc này, nếu có chụp thì cũng không phát hiện gì đặc biệt. Cần chẩn đoán loại trừ dị vật đường thở.

- Xữ trí: Chống phù nề. Giảm viêm Corticoide tĩnh mạch, khí dung, thở Ô xy, kháng sinh chống bội nhiễm, nếu khó thở xu hướng tăng nặng có khi phải mở khí quản, kết hợp điều trị triệu chứng: ngạt mũi, chảy mũi, sốt, theo dõi toàn trạng, tránh dùng an thần để theo dõi diễn biến khó thở...

2.1.2.3. Viêm thanh quản co thắt (giả bạch hầu)

- Có nhiều tên gọi: Viêm thanh quản co thắt - Viêm thanh quản rít (Laryngite striduleuse) hay bệnh viêm thanh quản giả bạch hầu.

- Nguyên nhân: Do co thắt thanh quản gây ra các cơn khó thở thường nữa đêm về sáng. Cơn khó thở thanh quản, thở rít, co kéo các cơ hô hấp, thượng đòn liên sườn, nhưng ít khi biểu hiện thiếu dưỡng khí, giọng khàn, ho ông ổng, cơn khó thở xẩy ra 20-30 phút thì lui dần, trẻ hồng hào trở lại rồi ngủ thiếp đi, nhưng sau đó hoặc tối hôm sau có thể tái phát nhưng đều qua khỏi. Khám thường bệnh nhi không sốt, thanh quản đỏ nhẹ, có viêm VA.

- Chẩn đoán dựa vào cơn khó thở ngắn, xẩy ra giữa đêm, toàn trạng bệnh nhi tốt.

- Cần chẩn đoán phân biệt với bạch hầu (thường bắt đầu từ bạch hâu họng lan xuống thanh quản, với sốt nhẹ, nhiễm trùng nhiễm độc, xanh xao, mệt mõi...) và dị vật đường thở (75% có hội chứng xâm nhập, cơn khó thở ậm ạch kéo dài sau hội chứng xâm nhập, có ăn hoặc ngậm dị vật dễ hóc, chụp phim có dị vật hoặc biến chứng do dị vật...).

- Điều trị: Nhỏ Adrenalin 1% vào mũi, chườm khăn ấm trước cổ, có thể cho an thần gacdenal

2.1.2.4. Viêm thanh quản bạch hầu

Nhờ tiêm chủng mở rộng ngày nay rất ít, không còn thành dịch...

- Thường thứ phát sau bạch hầu họng, (60% nguyên phát ở họng ngay Amygdales, 8% ở thanh quản và vùng mũi) gặp ở trẻ em do trực khuẩn Klebes Loefler gây nên hay lây lan trong cộng đồng đặc biệt ở nhà trẻ ,trường học, trong gia đình, qua đường hô hấp và tiêu hóa, ủ bệnh từ 3-5 ngày.

Đặc điểm nguy hiểm nhất sinh giả mạc, lan nhanh gây chít hẹp đường hô hấp vốn đã rất hẹp ở trẻ em, đồng thời sinh độc tố ảnh hưởng trực tiếp tới hệ tim mạch.

- Triệu chứng lâm sàng: Lúc đầu triệu chứng chưa rõ, chỉ đau họng, sốt nhẹ 38-38,50C ho húng hắng, tiếng khóc mất trong, sau ho ông ổng rồi khàn tiếng.

Sau 2-4 ngày triệu chứng khó thở thanh quản xuất hiện. Mức độ khó thở thanh quản tăng dần đến khó thở thanh quản điển hình, ho ông ổng mất tiếng, xanh tái biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc.

Nếu không can thiệp kịp thời sẽ ngạt thở, mạch nhanh không rõ, không đều, thở nhanh nông, nhiễm độc, hôn mê và tử vong.

- Chẩn đoán: Dựa lâm sàng, soi thanh quản lấy giả mạc soi tươi nuôi cấy. Nhuộm Gram có kết quả sau 1 giờ, nuôi cấy kết quả sau 10 giờ và phân lập nguyên nhân chính xác sau từ 2-8 ngày.

Đặc điểm của giả mạc bạch hầu: Trắng ngà hoặc trắng xám, dày dính khó bóc, bỏ vào nước không tan, bóc xong để lại tổ chức dễ chảy máu và tái phát mau.

Cũng cần chẩn đoán phân biệt với viêm họng có giả mạc do: Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng (infectiose mononucleose), viêm họng do thoi xoắn trùng Vincent, bệnh giảm

bạch cầu hạt ác tính (Agranulocytose), bệnh bạch cầu cấp (Leucemie), giang mai, nấm họng thanh quản...

- Điều trị: Ngay khi nghi ngờ phải tiêm bắp ngay huyết thanh chống bạch hầu (từ ngựa) 200-500 IE/Kg; thể diễn biến nhanh nặng cho liều cao 1000 IE /Kg ; Kháng sinh Penicillin G, nếu dị ứng thì cho Erythromycin liều cao, trong 10 ngày, ngoài ra cho trợ tim mạch, an thần chống co giật, mở khí quản khi khó thở thanh quản, khí dung, nằm yên hộ lý cấp 1, vệ sinh răng miệng.

- Phòng bệnh: Tiêm chủng phòng bạch hầu có hệ thống, phòng vi trùng cư trú vùng họng người ta khuyên cắt A và cùng lúc nạo VA ngay sau khi khỏi bệnh.

2.1.2.5. Viêm sụn thanh thiệt

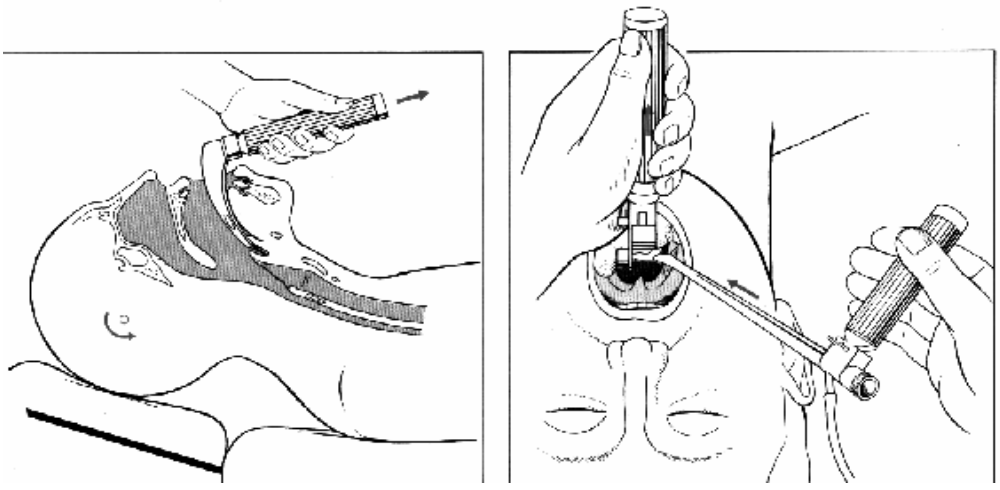
- Có thể do chấn thương bởi một dị vật trong thức ăn, hoặc xâm nhập một yếu tố gây bệnh, gặp nhiều ở trẻ em < 10 tuổi, ở trẻ lớn và người lớn ít gặp hơn.

- Triệu chứng lâm sàng : Nuốt đau, nuốt khó, khát nhưng ngại uống, khó thở thì thở vào, ngồi dễ chịu hơn nằm , giọng lúng búng như ngậm hạt thị, thường có sốt.

- Chẩn đoán: soi thanh quản hoặc chỉ cần đè lưỡi nhẹ thấy sụn thanh thiệt sưng to đỏ, chụp nghiêng họng thanh quản có thể thấy rõ sụn thanh thiệt nề như quả anh đào. Chúng ta cần phải chẩn đoán phân biệt: Dị dạng sụn thanh thiệt, dị vật, dị ứng, khối u.

- Điều trị: Corticoide tỉnh mạch, kháng sinh, truyền dịch, đặt nội khí quản qua mũi, thường tiến triển tốt nhanh chóng khỏi, ít khi khó thở phải mở khí quản, ít khi biến chứng áp xe hoặc viêm sụn.

Ngoài ra trong thực tế lâm sàng chúng ta còn gặp viêm thanh quản triệu chứng do các bệnh nhiễm trùng lây như : Viêm thanh quản do sởi, do ho gà, do thủy đậu, do đậu mùa, do thương hàn, do cúm...lâm sàng có thể biểu hiện cả trước trong và sau giai đoạn toàn phát của các bệnh nhiễm trùng lây đã kể, nhiều khi rất nặng nề do các bệnh đó gây suy giảm miễn dịch dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề, chúng ta còn có dịp gặp lại trong bài giảng về nhi khoa và lâm sàng y học nhiệt đới, chúng tôi không mô tả ở đây. Điều trị như điều trị các bệnh chính, cần theo dõi sát diễn biến của khó thở thanh quản để kịp thời mở khí quản hoặc điều trị hô hấp viện trợ.



Hình 4: Soi thanh quản trực tiếp

a. Soi thanh quản trực tiếp bằng dụng cụ nâng đáy lưỡi (bằng tay trái)

b. Đặt ống soi quang học có trợ hô hấp vào thanh khí quản từ miệng (bằng tay phải)

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

2.2. Viêm thanh quản cấp ở người lớn

2.2.1. Nguyên nhân

Là bệnh thường gặp từ mũi họng lan xuống, khởi đầu là một viêm mũi cấp, sau đó lan xuống đường hô hấp, hay gặp vào mùa xuân, mùa thu khi thời tiết thay đổi. Nguyên nhân do nhiễm vi trùng hoặc siêu vi trùng, có khi do hít thở bởi các chất có hơi nóng, chất gây dị ứng, hoặc các hóa chất...

2.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Điển hình là " Viêm thanh quản đỏ cấp xuất tiết thông thường". Trong một đợt viêm mũi họng cấp, bệnh nhân sốt 38, 39 độ xuất hiện nóng trong họng như có dị vật, cảm giác ngứa rát ho khan, sau vài ngày ho có đờm, người mệt mõi, giọng khàn dần đến mất tiếng.

Khám niêm mạc vùng họng thanh quản, băng thanh thất và cả 2 giây thanh đỏ hồng xung huyết rồi xuất tiết nhầy làm dây thanh di động kém, khép không kín khi phát âm, gây khàn tiếng, thậm chí phát âm không ra tiếng. Tùy tình trạng viêm nhiễm và sức đề kháng có thể tự khỏi sau 4-7 ngày hoặc nặng lên trở thành viêm khí phế quản phổi...

2.2.3. Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng cơ năng, khám vùng họng và soi thanh quản

2.2.4. Thể lâm sàng

- Viêm thanh quản do cúm
- Viêm thanh quản do sởi
- Viêm thanh quản do thủy đậu...

Triệu chứng lâm sàng y như viêm thanh quản đỏ cấp xuất tiết thông thường nhưng nguyên nhân được xác định do cúm, sởi, thủy đậu gây ra. Các triệu chứng diễn biến như các giai đoạn của cúm sởi, thủy đậu. Nếu không được theo dõi điều trị thì biến chứng thường nặng nề vì bản thân nhiễm cúm, sởi thủy đậu... đã giảm sức đề kháng rất mạnh, cơ hội cho nhiễm trùng, viêm loét, hoại tử... nhẹ hơn cũng phù nề xuất tiết gây khó thở. Các triệu chứng toàn thân, cơ năng và thực thể đều nặng lên đòi hỏi theo dõi và điều trị tích cực.

2.2.4. Điều trị

Cũng như viêm thanh quản cấp xuất tiết đơn thuần ở trẻ em nên sử dụng kháng sinh (kể cả nhiễm siêu vi), chống phù nề, long đờm, giảm xuất tiết, giảm ho, chống dị ứng...

- Sử dụng các loại thuốc xông ra mồ hôi, ở nước ngoài người ta cho uống rượu vang đỏ ngọt, hâm nóng, chườm ấm vùng thanh quản trước cổ, giảm đau Aspirin.
- Đặc biệt kiêng nói to, nói nhiều, không hút thuốc lá, không uống rượu mạnh.
- Chú ý giữ ấm vùng cổ, không uống nước đá, không nằm phòng lạnh.
- Chú ý nếu sau 3 tuần không đỡ thì nhất thiết phải soi thanh khí phế quản để tìm nguyên nhân.., các viêm lóet, quá sản tế bào, giả mạc... không phải là không quan trọng, có thể đó là những viêm thanh quản đặc hiệu hoặc các giai đoạn tiến triển của tiền ung thư hoặc ung thư.

3. *Viêm thanh quản mãn tính*

Viêm thanh quản (VTQ) mạn tính đại đa số gặp ở người lớn, ít gặp ở trẻ em.

VTQ mạn tính đặc hiệu: Đó là những viêm nhiễm mạn do lao hoặc giang mai... Điều trị như điều trị bệnh nguyên gây ra VTQ.

Viêm thanh quản mạn không đặc hiệu: Có rất nhiều nguyên nhân:

- Do sử dụng giọng quá sức, nói to, nói nhiều, cố nói khi đang viêm thanh quản cấp
- Do bệnh lý viêm nhiễm mạn tính đường hô hấp như viêm họng, mũi xoang, viêm Amidan...
- Do dị ứng với các chất kích thích thường xuyên, làm việc trong môi trường A xít, Base
- Do bệnh chuyển hóa toàn thân: bệnh Gutte, đái đường, béo phì...
- Do thuốc lá, rượu và các độc chất khác....thường là thói quen trong sinh hoạt.

Đây là VTQ mạn thường gặp Bác sỹ TMH khám xác định và được tư vấn điều trị, phòng bệnh...

3.1. Viêm thanh quản mãn tính không đặc hiệu

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh kéo dài hàng tuần đến hàng tháng với triệu chứng khàn tiếng, mức độ nặng có thể mất tiếng, ho khan, nói mệt vì gắng sức. Cảm giác vướng mắc, khó chịu trong họng, buộc phải đằng hắng luôn, toàn thân bình thường, không sốt, ăn ngủ tốt, không khó thở...

3.1.2. Bệnh nguyên

Rất nhiều nguyên nhân đã nói ở trên, nhưng chủ yếu là những yếu tố độc hại thường xuyên như: hút thuốc lá, uống rượu, môi trường ô nhiễm, nhiều bụi, khô nóng, hoạt động nhiều về giọng (ca sĩ, phát thanh viên, giáo viên, rao hàng, lái xe đường dài, thợ xây dựng...), người ngạt mũi mãn tính...

Cần phân biệt phụ nữ có thai 6 tháng cuối cũng có khàn, giọng thấp hoặc mất tiếng, triệu chứng này sẽ mất sau khi sinh. Chú ý khi phụ nữ sử dụng nội tiết tố sinh dục nam có thể bị nam hóa "Virilisation" tiếng nói cũng bị thay đổi mặc dù khám thanh quản hoàn toàn bình thường.

3.1.3. Chẩn đoán

Soi thanh quản thấy giây thanh quá phát, cuộn tròn, đỏ. Bờ tự do dây thanh: thô, sần sùi, dai dính, các thành phần còn lại của thanh quản bình thường.

3.1.4. Điều trị và phòng bệnh

Nói chung điều trị lâu dài, khó khăn...

- Phại loại bỏ các yếu tố có hại như bỏ thuốc lá, rượu, thực hiện chế độ bảo hộ lao động tốt nơi làm việc có khí nóng bụi hóa chất, hơi độc...

- Có chế độ về giọng, hạn chế nói, có khi phải chỉ định đổi nghề, chuyển vùng,

- Phải giải quyết những vẹo lệch vách ngăn nếu có, loại bỏ những viêm nhiễm cục bộ tại thanh quản bằng kháng sinh...

- Dùng từng liều ngắn corticosteroide, khí dung dung dịch có muối, thuốc long đờm, nghỉ ngơi tắm vùng biển.

3.2. Viêm thanh quản mãn tính đặc hiệu

Có rất nhiều bệnh viêm thanh quản mãn thuộc nhóm này như Larynxsarcoidose, giang mai thanh quản laryngitis syphilitica, laryngitis scleromatis, pemphigus vulgaris, rheumatoide Arthitis, larynamyloidose, larynxperichondritis... nhưng quan trọng và điển hình nhất là viêm thanh quản lao.

3.2.1. Lao thanh quản

- Triệu chứng: Ho và khàn tiếng hàng tháng trời, thường đau lan lên tai mỗi khi nuốt.

- Bệnh sinh: thường xuyên là bệnh thứ phát sau bệnh lao phổi tiến triển, trực trùng lao theo dịch xuất tiết theo mỗi lần ho gây viêm thanh quản, trước hết là phần sau thanh quản, sụn thanh thiệt ...

- Chẩn đoán: Soi thanh quản với kính phóng đại thấy những nốt niêm mạc màu nâu đỏ hợp từng đám, về sau phát triển thành những ổ lóet, hoặc quá sản niêm mạc, dày đỏ loét dây thanh một bên "monochorditis". Soi dịch xuất tiết, nuôi cấy, phim x quang, khám toàn diện hệ nội, chẩn đoán phân biệt với ung thư, viêm không đặc hiệu, viêm phù nề dây thanh 1 bên do vận mạch.

- Điều trị: Kết hợp điều trị lao phổi, có thể gây tê dây thần kinh thanh quản trên điều trị giảm đau Khám tất cả những bệnh có liên quan tiếp xúc thường xuyên với bệnh nhân, để kịp thời điều trị.

- Tiến triển và tiên lượng: Lao thanh quản là một bệnh nhiễm trùng lây, có biến đổi niêm mạc, tuy vậy khi lành thường không gây ảnh hưởng chức năng thanh quản.

3.2.2. Giang mai thanh quản

Bệnh này ngày càng hiếm do được phát hiện và điều trị sớm. Lâm sàng thể hiện qua 3 giai đoạn. Nhưng giai đoạn I và II (săng,sần lóet, quá phát...) ít khi bệnh nhân đi khám. Họ chỉ đến giai đoạn III là giai đoạn đã gây biến chứng ngạt thở do sẹo hẹp thanh quản. Nếu được điều trị sớm, sẽ khỏi không để lại di chứng, không điều trị hoặc điều trị muộn kết quả kém, di chứng sẹo hẹp thanh quản.

Bài 3
KHÓ THỞ THANH QUẢN VÀ CHỈ ĐỊNH MỞ KHÍ QUẢN

1. *Đại cương*

Thanh quản là một cơ quan nằm gọn trong tầng thấp nhất của họng. Thanh quản hình ống doảng ra ở hai đầu thắt eo ở đoạn giữa, phía trên thông với hạ họng, phía dưới nối liền với khí quản, điểm mốc phía trên là xương móng, phía dưới là sụn nhẫn. Thanh quản là chổ hẹp nhất của đường hô hấp, khe thanh môn (khe hẹp giữa 2 dây thanh) là nơi hẹp nhất của thanh quản.

Thanh quản được cấu tạo bởi sụn, cơ, niêm mạc. Tổ chức liên kết dưới niêm mạc rất lõng lẽo... khi viêm nhiễm dễ phù nề, tắc nghẽn...gây khó thở đặc biệt ở trẻ em. Ngoài chức năng hô hấp, phát âm, thanh quản còn có chức năng bảo vệ đường hô hấp bằng phản xạ ho và co thắt mỗi khi bị kích thích...

Khó thở thanh quản (KTTQ) rất phổ biến, có thể nguy hiểm tới tính mạng, do nhiều nguyên nhân, không chỉ thầy thuốc TMH mà mọi chuyên khoa cần biết để xử trí hoặc gữi cấp cứu kịp thời.

2. *Khó thở thanh quản*

2.1. Nguyên nhân khó thở thanh quản

Có rất nhiều nguyên nhân có thể nêu thứ tự theo tỷ lệ thường gặp:

2.1.1. Do viêm nhiễm: rất phổ biến, thường do các bệnh nhiễm trùng lây, đặc biệt ở trẻ em. Đó là viêm thanh quản (VTQ) do cúm, sởi, bạch hầu, lao, VTQ rít...

VTQ do cúm: Với các triệu chứng của cúm như sốt cao, đau mình mẩy, nhức đầu, viêm long đường hô hấp trên... Kèm các triệu chứng thanh quản : Ho, khàn tiếng, mất tiếng, khó thở sớm do phù nề thanh thiệt, hạ thanh môn, tiền đình TQ.

VTQ do sởi: Xuất hiện trong mọi giai đoạn của sởi. VTQ càng muộn bệnh càng nặng do giảm miễn dịch, khó thở nhiều, viêm lóet gây di chứng khàn tiếng...

VTQ do bạch hầu: thường thứ phát sau bạch hầu họng, với ho ông ổng, khàn tiếng, mất tiếng, khó thở ngày càng tăng. Soi có giả mạc lan từ họng vào TQ...

VTQ do lao: Thứ phát sau lao phổi tiến triển, trực trùng lao theo dịch xuất tiết gây VTQ. BN ho hàng tháng trời, thường có triệu chứng đau lên tai mỗi khi nuốt...

VTQ rít: Thường xuất hiện đột ngột về đêm ở trẻ có cơ địa viêm VA 1-5 tuổi, sau cơn khó thở em bé ngủ yên trở lại, đêm sau có thể tái phát, nhưng nhẹ hơn...

2.1.2. Do dị vật đường thở: Rất hay gặp ở trẻ em , 3-4 tuổi, khoảng 75% có Hội chứng xâm nhập

2.1.3. Do chấn thương: Chấn thương đụng dập hoặc xuyên thủng, chấn thương cũ hoặc mới, từ tai nạn giao thông, lao động, thể thao, chiến tranh, tự tử, chấn thương sau một thủ thuật khám và điều trị... Nói chung chấn thương cũ gây khó thở mạn, chấn thương mới gây khó thở cấp tính.

2.1.4. Do khối u: U lành hay ác tính từ bên trong hoặc ngoài thanh quản, trẻ em hay gặp u nhú (Papilome), u máu (Hémangiome)..., người lớn hay gặp polype, ung thư thanh quản, họng thanh quản, tuyến giáp...

2.1.5. Do rối loạn vận động cơ: Đặc biệt do liệt các cơ mở (Hội chứng Gerhardt) và co thắt cơ khép hoặc phối hợp cả 2 nguyên nhân trên, liệt dây quặt ngược 2 bên sau phẩu thuật bướu giáp hoặc khối u chèn ép...

2.1.6. Do dị tật bẩm sinh: Như mềm sụn thanh quản, màng bịt thanh môn không hoàn toàn - Khó thở từ khi mới lọt lòng, dò khí thực quản: thức ăn nước uống sang đường hô hấp gây viêm nhiễm...

2.1.7. Nguyên nhân toàn thân: Do uốn ván, bại liệt thể hành tủy, chấn thương sọ nảo, tai biến mạch máu nảo, lên cơn Tétanie...

2.2. Đặc điểm khó thở thanh quản:

Người thầy thuốc phải biết phân biệt với các loại khó thở khác để chẩn đoán và điều trị kịp thời- Khó thở thanh quản có những đặc điểm sau:

- Khó thở chậm, khó thở thì hít vào;

- Khi hít vào có tiếng rít, tùy mức độ từ khò khè đến rít mạnh như tiếng xẻ gỗ...

- Co lõm thượng ức, thượng đòn, các cơ liên sườn...

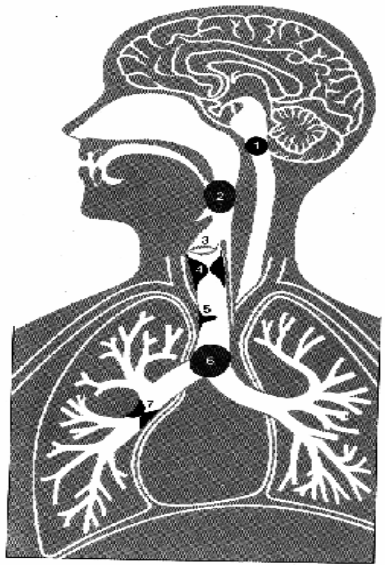
Ngoài ra có thể tiếng nói, tiếng khóc, tiếng ho khàn... lúc đầu tinh thần kích thích hốt hoảng vật vả, sau đó ức chế trì trệ dẫn tới bán hôn mê rồi hôn mê, thiếu dưỡng khí từ nhẹ đến rất nặng.

3. *Phân loại mức độ khó thở thanh quản*

Cấp 1: Chỉ biểu hiện khó thở khi gắng sức, toàn trạng bình thường, tiếng nói tiếng khóc hơi khàn, tiếng ho chưa thay đổi..

Cấp 2: Khó thở TQ điển hình, khó thở chậm, khó thở vào, có tiếng rít, ho ông ổng, tiếng nói tiếng khoác khàn, tinh thần kích thích, vật vả, hoảng hốt , lo sợ...

Cấp 3: Không còn điển hình của khó thở thanh quản. Từ kích thích sang trạng thái ức chế, thờ ơ với ngoại cảnh, Rối loạn nhịp thở nhanh nông, không đều, dần dần đi vào bán hôn mê rồi hôn mê và tử vong.



Hình 5: Các nguyên nhân gây thiểu năng hô hấp cấp và mãn tính.

1. RL trung tâm hô hấp; 2. Dị vật hoặc viêm tấy áp xe vùng họng; 3. Dị vật viêm nhiễm, dị dạng bẩm sinh vùng thanh môn; 4. Sẹo hẹp hoặc bệnh khối u ở khí quản; 5. Dị vật trong lòng khí, phế quản, phế quản phân thùy; 6. Hẹp lòng phế quản phân thùy.

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4. *Xử trí khó thở thanh quản*

Tùy mức độ khó thở mà có thái độ xử trí khác nhau:

- Cấp 1: Theo dõi sát diễn tiến khó thở để xử trí. Tìm nguyên nhân điều trị...

- Cấp 2: Có chỉ định mở khí quản (MKQ) cấp cứu, hồi sức hô hấp, tìm nguyên nhân để điều trị, điều trị các rối loạn do khó thở gây ra...

- Cấp 3: Mở khí quản tối cấp (màng giáp nhẫn) hồi sức hô hấp, tim mạch và các rối loạn do khó thở gây nên, sau đó tìm nguyên nhân điều trị...

4.1. Chỉ định cổ điển của mở khí quản

Đó là các chỉ định nhằm tạo một đường thở không có không khí đi qua mũi họng thanh quản, nơi gây ra cản trở thông khí do các bệnh tại thanh quản hoặc ngoài thanh quản gây nên. Chỉ định MKQ cổ điển gồm các trường hợp cụ thể sau:

- Viêm nhiễm gây phù nề chít hẹp thanh quản

- Dị vật: Đặc biệt là những dị vật di động trong khí quản, bệnh nhân quá bé, dị vật khó lấy, khó thở nặng, bệnh phải chuyển lên tuyến trên...

- Chấn thương họng thanhquản gây khó thở...

- Khối u chèn ép thanh quản;

- Lệt cơ mở thanh quản

- Gây mê để phẫu thuật vùng lưỡi họng thanh quản...

4.2. Các chỉ định mới của mở khí quản

- Nhằm làm thông đường hô hấp bằng cách hút phé quản trong các hội chứng về nội, ngoại khoa.

- Nhằm tách rời đường hô hấp khỏi ngả tư đường ăn, đường thở; tránh lạc đường của thức ăn vào đường thở nguy hiểm.

- Nhằm dễ dàng đưa Ôxy vào máu hoặc lọc CO_2 .

- Nhằm giảm áp lực khí quản, tránh tràn khí, đặc biệt tràn khí trung thất do rách khí quản...

- MKQ trong bại liệt, hội chứng thần kinh có gây khó thở như viêm tủy, bệnh xơ cứng rải rác...

- Các tai biến về mạch máu như xuất huyết não, nhũn não...

- Các hội chứng thoái hóa như xơ cột bên teo cơ, rỗng hành tủy (syringobulie)

- Tình trạng tăng áp lực nội sọ, động kinh, sản giật, xuất huyết màng nảo...

- Viêm nảo

- Các trường hợp hôn mê: ngộ độc thuốc hoặc các nguyên nhân khác, thức ăn, nước uống có thể lọt vào đường thở.

- Các bệnh nội khoa như uốn ván, nhược cơ (Myasthénie), có thể cả cho bệnh dại, chết đuối cũng có chỉ định MKQ để hút nước trong khí phế quản, đồng thời tiến hành hô hấp viện trợ.

- Các suy hô hấp nặng mãn tính, khí phế thủng nặng trong đợt bội nhiễm..

- MKQ phòng ngừa: Trong suy thở mạn, mà phải phẫu thuật lớn kéo dài, đặc biệt là mổ lồng ngực; các phẫu thuật mạch máu lớn vùng bụng (nối TM chủ-gánh, lách-thận; các phẫu thuật hố nảo sau vì có nhiều xuất tiết và rối loạn nuốt lạc chổ.

- Mở khí quản sau phẫu thuật: Đôi khi được tiến hành do bệnh nhân đã có tiền sử suy thở mạn sau phẫu thuật kéo dài, đã đặt nội khí quản nhiều lần gây tổn thương niêm mạc khí quản dẫn tới xuất tiết, liệt và ùn tắc phế quản...

- MKQ trong các phẫu thuật lớn ngoại khoa: lồng ngực, ổ bụng, chấn thương lồng ngực. Phòng ngừa suy hô hấp xẩy ra và nếu suy thở cấp xảy ra thì chỉ định MKQ là cần thiết.

4.3. Sơ lược các kỷ thuật mở khí quản:

MKQ cao: khoảng đốt sụn 1-2, trên eo tuyến giáp; ưu điểm mở nhanh, do khí quản ở nông, nhưng khó rút ống sau này. (Có thể chỉ định trong cấp cứu)

MKQ trung bình: khoảng sụn 2-3 hoặc 3-4, ưu điểm khí quản không quá sâu, quá nông mở dễ nhưng gặp eo tuyến giáp, phải vén lên hoặc kéo xuống, cặp cắt rời...(thường MKQ cấp cứu hiện nay).

MKQ thấp khoảng đốt sụn 4-5 hoặc 5-6, dưới eo tuyến giáp; ưu điểm có thể mở vĩnh viễn, nhưng chỉ thực hiện trong trường hợp mở chủ động, mở đoạn thấp, phẫu thuật đoạn cao...

4.4. Các tai biến sau mở khí quản:

4.4.1. Tụt canule

Tụt canule hẳn ra ngoài hoặc chỉ tụt khỏi khí quản còn nằm trong tổ chức trước khí quản.

Do bệnh nhân ho bắn canule ra ngoài, hoặc do buộc canule quá lõng lẽo, buộc kiểu giải rút, canule ngắn, tổ chức trước khí quản dày khi mở khí quản thấp...

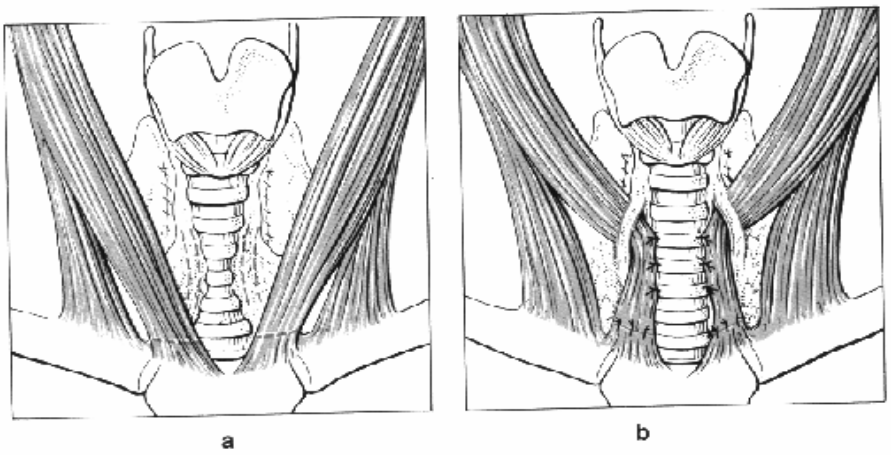
4.4.2. Chảy máu thứ phát

Có thể chảy máu ra bên ngoài ai cũng nhìn thấy, cũng có thể chảy máu theo canule vào lòng khí quản, khi ho có máu và gây khó thở. Có 2 loại chảy máu sớm và chảy máu muộn.

Chảy máu sớm: thường do cầm máu không kỹ khi MKQ, chỉ một tĩnh mạch bị giãn hoặc eo tuyến đã cắt, chảy máu nhẹ, việc cầm máu lại không khó khăn...

Chảy máu muộn: Xẩy ra sau ngày thứ 5, có khi vài tuần sau MKQ, tỷ lệ biến chứng từ 0,5-2%; với một số nguyên nhân thường gặp:

- Do viêm loét khí quản và tổ chức lân cận lan ra tổn thương động mạch,
- Do canule kích thích ở ngay miệng lỗ MKQ,
- Do lưng canule ấn thực quản tỳ vào cột sống gây dò khí thực quản
- Bờ dưới của canule kích thích chạm vào thành trước khí quản...các nguyên nhân trên đều gây chảy máu, có khi chảy rất dữ dội cần phải được xử trí cấp cứu.



Hình 6. Kỹ thuật khứa thành bên khí quản hẹp dùng bụng cơ ức đòn chũm hai bên đính vào để sẹo hình thành che lấp đường hầm

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4.4.3. Tràn khí dưới da, trung thất hoặc màng phổi:

Đây là biến chứng rất thường gặp sau mở khí quản ở trẻ em (người lớn ít gặp hơn), có thể tới 10-16%, mức độ nhẹ là chỉ tràn khí dưới da, mức độ nặng là tràn khí màng phổi, trung thất, nếu không được cấp cứu kịp thời bệnh nhân sẽ tử vong.

Nguyên nhân tràn khí thường gặp là:

- Đường rạch khí quản quá rộng, canule quá bé;
- Phẫu thuật viên ít kinh nghiệm đào bới, bóc tách tìm khí quản;
- Khâu da quá kín, trong khi canule nhỏ , áp lực thở ra cao;

- Vết thương vùng đỉnh màng phổi do MKQ thấp; vở phế bào xẩy ra khi áp lực trong khí phế quản cao; điều đó giải thích vì sạo một số trường hợp di vật đường thở không MKQ vẫn có tràn khí màng phổi.

4.4.4. Tắc ống canule:

Là biến chứng thường gặp do săn sóc hậu phẩu lơ là cụ thể là không chú ý săn sóc ống thở tốt. Đờm giải và chất xuất tiết kết dính đóng váng thành màng bịt đầu ống thở, đặc biệt trường hợp quên lắp nòng trong của canule, nếu không phát hiện kịp thời có thể gây tử vong.

4.4.5. Khó nuốt sau MKQ:

Do canule đóng vai trò như một dị vật ấn vào thực quản qua thành sau khí quản ở những trường hợp MKQ cao. Vết thương vùng cổ trước thực quản cũng gây đau đớn khi bệnh nhân nuốt.

4.4.6. Nhiễm trùng:

Có thể chỉ nhiễm trùng tại chổ MKQ hoặc có thể lan rộng gây viêm khí phế quản phổi, xẹp phổi, áp xe phổi...Vì vậy việc MKQ không khó nhưng săn sóc sau mổ là điều khó hơn nhiều, phụ thuộc vào điều kiện chăm sóc; thay băng, kháng sinh, dinh dưỡng của phòng hậu phẩu...

4.4.7. Sẹo hẹp khí quản:

Do viêm lóet vết mổ, đeo ống canule và đặt NKQ quá lâu ngày mới được MKQ, viêm lóet KQ gây tiêu sụn, sẹo xơ gây chít hẹp...

4.4.8. Khó rút ống:

Bệnh nhân quen thở với canule, khi rút ống bệnh nhân lên cơn khó thở do hẹp thanh khí quản bởi một số lý do sau:

- MKQ quá cao kích thích niêm mạc vùng hạ thanh môn, niêm mạc phát triển làm hẹp thanh môn vốn đã rất hẹp ở trẻ em.

- Đường rạch vào khí quản nham nhỡ, canule trở thành dị vật kích thích tạo nên những nụ sùi làm hẹp khí quản...

- Nhiễm trùng thứ phát sau MKQ, đeo canule quá lâu ngày, tuổi quá trẻ...

Bài 4
DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. *Đại cương*

Đó là những dị vật có bản chất vô cơ, hữu cơ, chất dẽo... thông thường trong cuộc sống xâm nhập vào đường hô hấp ở Thanh - Khí - Phế quản. Đây là một tai nạn nguy hiểm có thể chết người nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.

Dị vật đường thở (DVĐT) gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (< 4 tuổi tới 90 %).

Dị vật thường là các loại xương có trong thực phẩm ăn, uống, các loại hạt thực vật như: Lạc, Na, Hồng bì, Dưa, Ngô... ở Việt nam hay gặp hạt lạc (đậu phộng) là dị vật nguy hiểm nhất hiện nay; ngoài ra dị vật nguồn gốc kim khí như kim băng, kim khâu, lưỡi câu, cặp tóc, đinh vít... Các chất dẽo, thuỷ tinh... mãnh đồ chơi, hòn bi... cả dị vật sống như Tôm, Cá, Đĩa, Sên, Tắc te... đều có thể là DVDT.

2. *Nguyên nhân*

Trẻ em có thói quen ngậm thức ăn hoặc đồ chơi vào miệng. Người lớn có thói quen ngậm dụng cụ khi làm việc... Đó là những điều kiện thuận lợi.

Dị vật lọt vào đường thở trong thì hít mạnh, sâu và đột ngột, sau một cơn cười, khóc hay khi quá ngạc nhiên, quá sợ hãi...

Do tai biến ở một số phẫu thuật như: Nạo VA, tai biến gây mê, nhổ răng. Đôi khi do bố mẹ cho trẻ uống thuốc cả viên, ngay khi ăn bột cũng có thể bị sặc...

3. *Triệu chứng*

3.1. Hội chứng xâm nhập

Nói chung khi dị vật lọt vào đường thở sẽ xuất hiện một hội chứng lâm sàng điển hình: đó là "HộI CHứNG XÂM NHậP". Khi bị hóc, bệnh nhân lập tức lên cơn ho sặc sụa dữ dội, kèm khó thở thanh quản điển hình: - Khó thở chậm, khó thở thì thở vào, khi thở vào có tiếng rít, co kéo các cơ hô hấp tím tái vả mồ hôi; kích thích vật vả; có thể có rối loạn cơ tròn: Đái dầm, ỉa đùn... Đây là bệnh cảnh thê thảm của dị vật lọt vào đường thở, do phản xạ bảo vệ đường hô hấp của thanh quản: Co thắt, không cho dị vật lọt vào và ho để tống vật lạ ra ngoài... Kết quả là:

- Em bé có thể chết ngạt trước khi cấp cứu.

- Có thể may mắn thoát chết nhờ dị vật được bắn ra trong một thì ho mạnh

- Thông thường thì dị vật bị mắc kẹt lại ở 1 trong 3 bình diện giải phẫu của đường hô hấp dưới: Thanh quản - Khí quản - Phế quản. Tùy vị trí mắc lại của dị vật mà triệu chứng lâm sàng khác nhau:

3.2. Dị vật thanh quản

Triệu chứng tùy kích thước và vị trí dị vật: - Nếu dị vật to, nút kín thanh môn, bệnh nhân có thể chết ngạt không kịp cấp cứu.

- Nếu dị vật nhỏ gọn như xương cá, hạt dưa, vảy ốc...sẽ khó thở thanh quản điển hình... ho từng cơn, ho khan về sau khạc đờm. Soi sẽ thấy dị vật , niêm mạc phù nề, đỏ, xuất tiết, đôi khi có ít giả mạc.

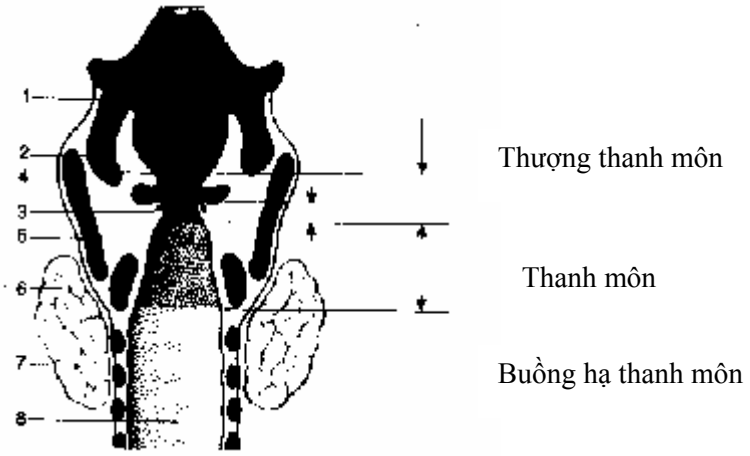
3.3. Dị vật khí quản

Dị vật thường di động lên xuống, gây ra những cơn khó thở khi dị vật chạm vào hạ thanh môn, nếu cố định ở khí quản thì thở tương đối dễ dàng, nhưng cảm giác đau tức sau xương ức. Nếu dùng ống nghe nghe trước khí quản sẽ có dấu hiệu phất cờ (lật phật cờ bay) khi bệnh nhân thở mạnh. Chụp film X quang thẳng nghiêng có thể thấy dị vật (nếu dị vật cản quang). Soi khí quản sẽ thấy dị vật.

3.4. Dị vật phế quản

Gặp ở dị vật nhỏ trơn tru, lọt qua thanh môn, khí quản và cố định ở phế quản gốc (phải nhiều hơn phế quản trái vì bên phải khẩu độ lớn và thẳng chiều với khí quản hơn). Có khi dị vật bị thay đổi vị trí mỗi khi bệnh nhân ho hoặc thay đổi tư thế. Việt Nam hay gặp dị vật là hạt hoa quả như Lạc, Na, Dưa...

Sau hội chứng xâm nhập, bệnh nhân hoàn toàn trở lại bình thường, vì dị vật đã nằm yên ở phế quản. Triệu chứng tạm thời yên lặng đến khi nhiễm khuẩn thứ phát, đó là dấu hiệu viêm phế quản: Bán xẹp hoặc xẹp hoàn toàn một phân thùy, một thùy, hoặc toàn bộ một bên phổi. Lúc này bệnh nhân khó thở liên tục, nữa bên lồng ngực có dị vật kém di động, rì rào phế nang giảm, ho khan sau ho có đờm, có thể có xẹp phổi (gõ đục) hoặc tràn khí (gõ vang).



Hình 7: Cắt tầng thanh quản

1. Giới hạn của thanh quản và hạ họng 2. Xoang lờ (huộc hạ họng); 3. Dõy thanh; 4. Mộp trờn (bờ trờn); 5. Sụn giỏp; 6. Sụn nhẫn; 7. Tuyến giỏp trạng; 8. Khớ quản

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

X Quang phổi thẳng nghiêng có thể thấy hình dáng, vị trí, kích thước dị vật và các biến chứng của nó.

Triệu chứng nhiễm khuẩn phụ thuộc vào bản chất dị vật và tuổi của bệnh nhân. Một hạt lạc có thể gây tử vong em bé trong 4,5 ngày trong khi đó một đinh vít kim loại chỉ viêm phế quản kéo dài hàng năm mà không nguy hiểm đến tính mạng, viêm phế quản sẽ tái phát kéo dài mãi nếu dị vật không được loại bỏ.. Soi phế quản sẽ thấy dị vật.

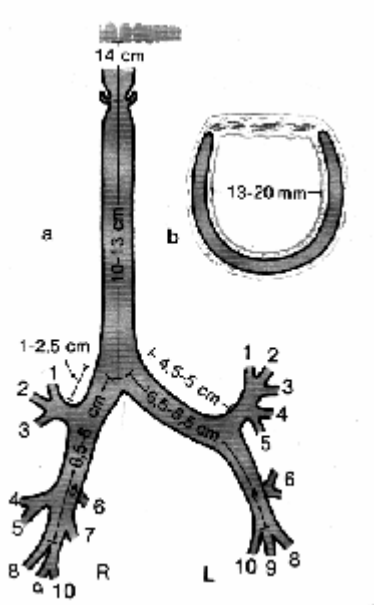
Dị vật đường thở thường gây nên KTTQ, dây là một cấp cứu không trì hoãn, cần phải đánh giá mức độ để xử trí kịp thời.

3.5. Phân loại mức độ khó thở thanh quản

- Cấp 1: Chỉ biểu hiện khó thở khi gắng sức , Toàn trạng bình thường, tiếng nói tiếng khóc hơi khàn, tiếng ho chưa thay đổi..

- Cấp 2: Khó thở TQ điển hình, khó thở chậm, khó thở vào, có tiếng rít, ho ông ổng, tiếng nói tiếng khoác khàn, tinh thần kích thích, vật vả, hoảng hốt , lo sợ...

- Cấp 3: Không còn điển hình của khó thở thanh quản. từ kích thích sang trạng thái ức chế, thờ ơ với ngoại cảnh, Rối loạn nhịp thở nhanh nông, không đều, dần dần đi vào bán hôn mê rồi hôn mê và tử vong.



Hình 8: Sơ đồ cây phế quản

a. Thiết đồ đứng dọc cây phế quản; b. Thiết đồ cắt ngang qua khí quản

1.Thùy đỉnh; 2. Thùy sau; 3. Thùy trước; 4.Thùy bên; 5. Thùy giữa; 6. Thùy đỉnh;

7. Thùy cạnh tim; 8.Thùy chính trước; 9. Thùy chính ngoài. 10. Thùy chính sau

(1+2+3+4+5) = Thùy lưỡi = Thùy trên; 6+8+9+10 = Thùy dưới

Theo: Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

3.6. Xử trí KTTQ: Tùy từng cấp độ khó thở, mà có thái độ xử trí khác nhau:

- Cấp 1: Theo dõi sát diễn tiến khó thở để xử trí. Tìm nguyên nhân điều trị...

- Cấp 2: Có chỉ định mở khí quản (MKQ) cấp cứu, hồi sức hô hấp, tìm nguyên nhân để điều trị, điều trị các rối loạn do khó thở gây ra...(xem thêm bài khó thở thanh quản và chỉ định mở khí quản)

- Cấp 3: Mở khí quản tối cấp (Mở vào màng giáp nhẫn) hồi sức hô hấp, tim mạch và các rối loạn do khó thở gây nên, sau đó tìm nguyên nhân điều trị...

4. *Biến chứng*

4.1. Phế quản phế viêm

Là biến chứng thường gặp ở trẻ em mắc dị vật là chất hữu cơ (đặc biệt nặng nề nhất là hạt lạc) vào phế quản. Biến chứng xẩy ra rất sớm chỉ 2-3 ngày sau tai nạn. Khó thở nặng, thở nhanh nông, co lõm hõm ức, thượng đòn, phập phồng cánh mũi, nghe phổi có ran 2 thì, lồng ngực có thể yên lặng bất thường do xẹp phế nang... BN có bộ mặt nhiễm trùng nhiễm độc nặng, da mặt tái xám, mắt có quầng, mạch nhanh yếu, nước tiểu ít, có thể sốt cao trên 40^0C, cũng có hạ nhiệt xuống dưới 37^0C, chân tay lạnh, đôi khi đã gắp dị vật cũng không cứu được bệnh nhi (hạt lạc); em bé chết vì nhiễm trùng, nhiễm độc, trụy tim mạch...

4.2. Viêm màng phổi mủ

Sốt, khó thở, đau nửa bên ngực, khám có hội chứng 3 giảm của tràn dịch màng phổi. Chụp X quang có mức nước, chọc hút ra mủ...

4.3. Áp xe phổi

Dị vật làm tắc phế quản, tiết nhầy, viêm nhiễm dẫn tới Ap xe phổi. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và X quang. Những Ap xe do dị vật gây ra khác với Ap xe thường ở chỗ sau gắp dị vật, hút mủ và chất xuất tiết vài lần sẽ khỏi không để lại di chứng, biến chứng lan ra màng phổi hiếm.

4.4. Giản phế quản

Ho, khạc nhiều đờm có khi lẫn máu, đau tức ngực, sốt nhẹ kéo dài, gầy xanh, dễ nhầm lao phổi. X quang biểu hiện giản phế quản một bên phổi, có thể thấy dị vật... (khai thác lại tiền sử họ mới nhớ "Hội chứng xâm nhập"cách vài tháng vài năm, thậm chí hàng chục năm.

5. *Chẩn đoán*

5.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

- Lịch sử bệnh: Điển hình là HỘI CHỨNG XÂM NHẬP (có khoảng 75%). Cần lưu ý đôi khi dị vật đã được tống ra trong khi ho sặc sụa lúc hội chứng xâm nhập. Cũng có khi gia đình bố mẹ bệnh nhân không chứng kiến được hội chứng xâm nhập để khai với thầy thuốc.

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng đặc trưng từng vị trí sau khi xẩy ra hội chứng xâm nhập:

+ Dị vật thanh quản: Khó thở thanh quản, khàn tiếng, ho kích thích...

+ Dị vật khí quản: Khó thở từng cơn, dùng ống nghe nghe trước khí quản có dấu hiệu lật phật cờ bay (tiếng phất cờ-cờ bay trước gió).

+ Dị vật phế quản: Sau vài ba ngày mới xuất hiện phế quản phế viêm, xẹp phổi, áp xe phổi...

- X quang: Có thể thấy được vị trí, kích thước, bản chất của dị vật..

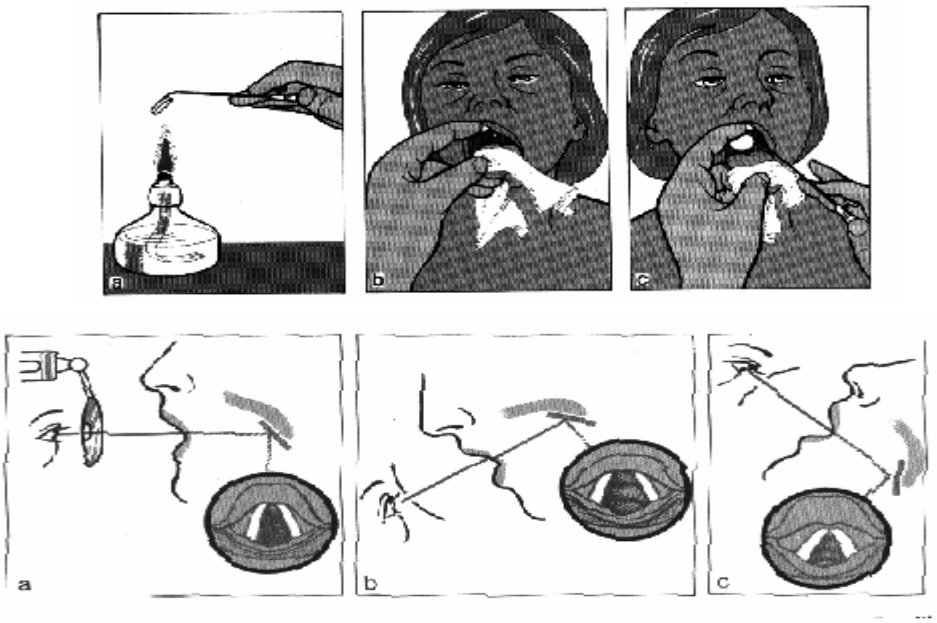
- Nội soi thanh, khí, phế quản phổi: là động tác vừa chẩn đoán vừa điều trị chắc chắn nhất.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thanh quản co thắt: Đột ngột xẩy ra khi đang ngủ vào ban đêm, có VA mạn.

- Lao phổi: Khám lao - Chụp phổi, máu lắng, xét nghiệm đờm, phản ứng IDR.

- Bạch hầu thanh quản: Có thể thành dịch, đặc điểm giả mạc bạch hầu, soi tươi, nuôi cấy ...



Hình 9. Soi thanh quản gián tiếp

a. Hướng ánh sáng và góc độ soi bình thường, b. Tư thế cho ánh sáng tốt nhất để quan sát mép sau c. Tư thế cho ánh sáng tốt nhất để quan sát mép trước

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

6. *Điều trị*

6.1. Sơ cứu dị vật đường thở

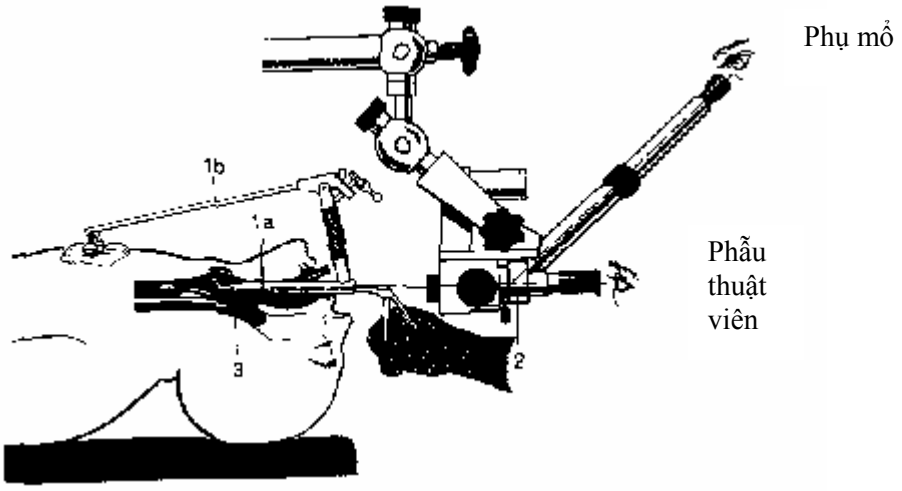
Khi trẻ có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ hóc dị vật phải đánh giá được mức độ khó thở để có thể cho thở OXy, nếu ngạt thở phải mở khí quản tối cấp (Chọc Troca vào màng nhẫn giáp).

Khi bị ngạt thở chúng ta có thể làm thử nghiệm pháp heimlick (thầy thuốc đứng sau lưng nạn nhân hơi cúi người về phía trước, 2 tay ôm vào vùng bụng đột ngột kéo mạnh ra sau gây một áp lực lên cơ hoành cho nạn nhân thở ra mạnh để tống dị vật ra ngoài (tuyệt đối không được làm nghiệm pháp này cho dị vật đã đứng yên một vị trí nào đó trong thanh khí phế quản...Vì có thể gây chết ngạt khi dị vật di chuyên lên mắc kẹt ở buồng thanh thất Morgagnie).

6.2. Nội soi

Dù dị vật mắc lại ở đâu cũng phải nội soi Thanh - Khí - Phế quản gắp dị vật. Nhưng cần lưu ý: - Nếu có khó thở thanh quản cấp 2 nên mở khí quản cấp cứu trước khi gắp dị vật (kể cả dị vật khí quản trước khi chuyển lên tuyến trên tuy hiện tại không có khó thở).

Trước đây hài nhi mở khí quản gần như là một động tác bắt buộc, nhưng hiện nay khi máy móc nội soi và khả năng gây mê hồi sức tốt chúng ta không cần mở khí quản trước khi soi, tuy vậy phải theo dõi sát biến chứng phù nề thanh quản sau soi đồng thời phối hợp các kháng sinh, giảm viêm chống xuất tiết, nâng cao thể trạng, chống trụy tim mạch.



Hình 10: Nội soi treo với kính hiển vi

1a. ống soi có ánh sáng; 1b. Cần nâng bộ ống soi đặt trên ngực bệnh nhân;

2. ống kính quan sát của phẫu thuật viên; 3. ống nội khí quản

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

7. *Tiên lượng*

Nói chung dị vật đường thở là nguy hiểm, có thể tử vong, phải được xử trí cấp cứu. Ngành nội soi phát triển đã cứu được nhiều trường hợp hiểm nghèo, tuy vậy tiên lượng còn phụ thuộc vào các yếu tố sau:

- Bản chất dị vật: Các chất hữu cơ, các hạt thực vật nguy hiểm hơn là các chất kim khí, chất dẽo...

- Tuổi bệnh nhân: Người càng già và trẻ càng nhỏ tiên lượng càng nặng.

- Thời gian đến khám: Càng trễ dị vật càng khó lấy, càng có nhiều biến chứng.

- Ngoài ra còn phụ thuộc vào trang bị nội soi, khả năng hồi sức, trình độ thầy thuốc nội soi... Tỷ lệ biến chứng dị vật 25 %, tỷ lệ tử vong 2-5 %.

8. *Phòng bệnh*

- Tuyên truyền tính chất nguy hiểm của dị vật đường thở, giáo dục không cho trẻ em ngậm đồ chơi, không cho ăn những thức ăn dễ hóc, không cho uống thuốc cả viên... Người lớn bỏ thói quen ngậm dụng cụ khi làm việc. Nếu bị hóc hoặc nghi ngờ hóc đường thở cần đi bệnh viện khám ngay.

- Ở trẻ em khi có ho, khó thở kéo dài không rõ nguyên nhân cần nghĩ tới dị vật đường thở bị bỏ quên trước khi tìm các nguyên nhân khác.

Bài 5
DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN

1. *Đại cương*

1.1. Dịch tễ học

Ở Việt Nam, hầu như 100% người trưởng thành đều có hóc xương 1 lần trở lên. Dị vật đường ăn gặp nhiều hơn dị vật đường thở, người lớn mắc nhiều hơn trẻ em (ở nước ngoài thì ngược lại). Bản chất dị vật muôn hình muôn vẻ: Xương và các dị vật lẫn trong thức ăn, đôi khi có cả dị vật sống như tôm, cá, đỉa...

Dị vật có thể mắc lại ở vùng họng (Họng mũi - Họng miệng - Họng thanh quản: Dễ phát hiện và loại bỏ dị vật, ít nguy hiểm) nhưng cũng có thể mắc sâu trong thực quản (lại rất nguy hiểm, có thể đe doạ tính mạng). Vùng sau họng, sau thực quản, trước cột sống có một khoang tổ chức lỗng lẻo gọi là khoảng Henké chạy dài xuống trung thất, khi bị áp xe vùng cổ khối mủ có thể bóc tách xuống gây áp xe trung thất.

Mặt khác thực quản nằm cạnh các động tỉnh mạch lớn vùng đầu mặt cổ như động mạch cảnh gốc, tỉnh mạch cảnh trong, thân động mạch cánh tay đầu, sâu hơn có quai động mạch chủ, động mạch chủ bụng... và lân cận: Thanh, khí, phế quản, phổi..., tuyến giáp.. Những tổn thương gây viêm nhiễm vùng này thường ồ ạt, không đơn thuần vi trùng yếm khí mà cả vi trùng kỵ khí... vì vậy biến chứng dị vật đường ăn xảy ra thường nguy hiểm với thủng các mạch máu lớn, nhiễm trùng máu, khó thở...có thể gây tử vong nếu không chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời.

Bản chất dị vật, tuổi bệnh nhân, đến khám và chẩn đoán đúng sớm hay muộn cũng như trang thiết bị cơ sở y tế sử trí cấp cứu... đều có quyết định đến tiên lượng.

1.2. Nguyên nhân

- Do sử dụng và chế biến thực phẩm có xương không hợp lý xương không hợp lý, chặt quá nhỏ, vằm quá lớn, nấu món ăn dễ hóc (xương nấu với miến).
- Ăn vội vàng, cười đùa trong khi ăn, nuốt ẩu nuốt vội khi say rượu.
- Ngậm các dị vật nhỏ vô tình nuốt.
- Răng kém hoặc không có răng ở người già và các cháu bé.
- Thực quản: Bình thường đã có 3 chổ hẹp sinh lý:

+ Miệng thực quản: khoảng 15 cm cách cung răng trên (CCRT) ở người lớn;

+ Chổ cung động mạch chủ và phế quản gốc trái vắt qua.(27cm CCRT).

+ Thực quản chui qua cơ hoành.một số tác giả còn đề cập hẹp ở đoạn cuối thực quản (tâm vị) ngoài ra có hẹp mắc phải ở thực quản như: khối u, sẹo hẹp, túi thừa, co thắt...thực tế lâm sàng 80 % tổng số dị vật mắc ở đoạn đoạn thực quản cổ; 12 % là đoạn thực quản ngực, chỉ 8 % ở đoạn cơ hoành tâm vị.

2. *Dị vật họng*

2.1. Dị vật vòm mũi - họng

Vào đường mũi hoặc từ họng sặc lên mũi (thường là hạt cơm, chỉ cần hỷ mũi là hết). Nếu là dị vật rắn; bệnh nhân sẽ đau vùng trên họng, viêm mũi, chảy mũi một bên, soi mũi trước khó thấy dị vật, phải soi mũi sau gắp dị vật theo đường miệng hoặc đường mũi.

2.2. Dị vật họng - miệng

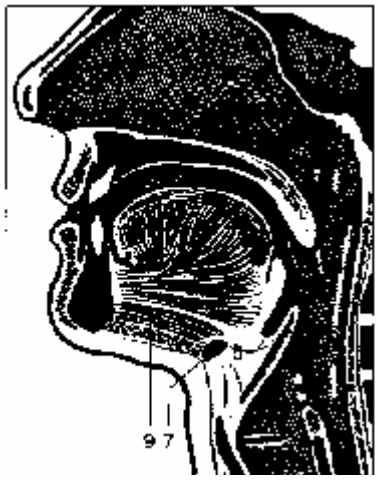
Là những dị vật nhỏ, nhọn, sắc như xương cá, xương dăm... Thứ tự các vị trí thường gặp:

- Amidan khẩu cái, các trụ A.
- Đáy lưỡi, rãnh lưỡi A, hố lưỡi thanh thiệt
- Xoang lê, miệng thực quản

- Thành sau họng...

Bệnh nhân nuốt đau, đôi khi vẫn ăn uống được. Khám họng gắp dị vật dễ dàng. Tuy vậy, nhiều khi rất khó khăn do dị vật quá bé như xương dăm nhỏ, ngắn...

Với bệnh nhân có phản xạ nôn ọe mạnh, phải gây tê bằng xylocaine 6 % mới khám kỷ được. Đôi khi chẩn đoán nhầm với loạn cảm họng (cũng nuốt đau như hóc xương, khi có khi không, nhưng ăn cơm uống nước bình thường...)



Hình 11: Giải phẫu vùng miệng và họng

1.Vòm mũi họng; 2. Loa vòi Eustache; 3.Khẩu cái mềm; 4. Amygdale

5. Hố lưỡi thanh thiệt; 6. Sụn thanh thiệt; 7. Xương móng; 8. Hạ họng; 9. Sàn miệng

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

2.3. Dị vật họng - thanh quản

Thường là những dị vật lớn, góc cạnh như xương gà, hàm răng giả... chưa vào tới thực quản. Bệnh nhân nuốt rất đau, không thể ăn, uống được, miệng chảy nhiều nước bọt, nếu dị vật to có thể gây khó thở. Soi hạ họng-Thanh quản có thể thấy dị vật cắm vào đáy xoang lê, nẹp phễu- thanh thiệt, rãnh lưỡi-thanh thiệt, sụn phễu... Nếu không gắp dị vật sớm có thể gây: Viêm thanh quản; Viêm tấy áp xe quanh họng; Phù nề vùng cổ, nuốt đau, khó thở... nhiễm trùng máu rất nguy hiểm .

X quang: Chụp phim thực quản cổ ngiêng có thể thấy vị trí, kích thước dị vật .

Điều trị: Soi gắp dị vật (trực tiếp hoặc gián tiếp) theo dõi điều trị hoặc cho về.

3. *Dị vật thực quản*

3.1. Triệu chứng

3.1.1. Giai đoạn đầu: Khi bị hóc nuốt đau với các mức độ khác nhau, phải bỏ dở bửa ăn, có người nuốt thêm miếng rau, miếng cơm... với hy vọng dị vật bị kéo xuống dạ dày. Đây là việc làm nguy hiểm, có khi làm xương cắm sâu thêm, khó khăn cho soi tìm dị vật. Thông thường họ khạc mạnh, cảm giác đau ở cổ, không nuốt gì cũng đau, đau ngày một tăng, nếu dị vật ở đoạn thực quản ngực, bệnh nhân sẽ đau sau xương ức, lan ra sau lưng, lan ra bả vai.

Triệu chứng dị vật thực quản không ồ ạt như dị vật đường thở, tuy vậy nếu dị vật to như quả trứng luộc, hạt trái cây, miếng thịt quá lớn... có thể chèn ép ngạt thở. Những dị vật nhỏ mỏng chỉ gây khó nuốt, cảm giác về vị trí có khi không ăn khớp vị trí dị vật.

3.1.2. Giai đoạn viêm nhiễm

Dị vật cắm vào thành thực quản làm xây xước hoặc thủng thực quản, nếu dị vật là xương trong thức ăn thì viêm nhiễm xẩy ra nhanh chóng. Chỉ sau 1-2 ngày các triệu chứng nuốt đau vùng cổ, vùng ngực tăng nhanh, không thể ăn được, thậm chí không dám uống nước mặc dù

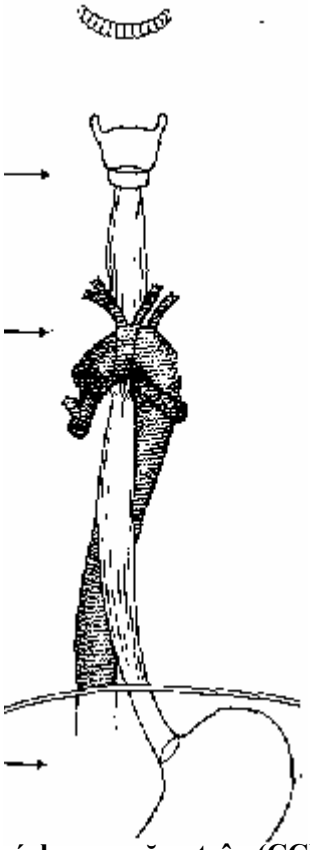
rất đói và khát. Viêm tổ chức lỏng lẻo quanh thực quản hoặc áp xe dưới niêm mạc xuất hiện: Bệnh nhân sốt 38-39^{0}C, bộ mặt nhiễm trùng.

Soi hạ họng có nhiều nước bọt ở 2 xoang lê, máng cảnh bị đầy (thường bên trái). Ấn bờ trước cơ ức đòn chũm (tầm sụn nhẫn) bệnh nhân kêu đau. Tiếng lọc cọc thanh quản cột sống giảm hoặc mất.

Chụp film thực quản cổ nghiêng: Khoảng cách giữa Thanh-Khí quản và Cột sống dày gấp 3 lần bình thường (do thực quản cổ bị sưng, hoặc có A xe dưới niêm mạc.). Có thể thấy dị vật nếu cản quang (phân biệt với sụn phễu vôi hóa ở người lớn). Cột sống cổ mất chiều cong sinh lý. Soi thực quản: Thấy được dị vật, niêm mạc xung quanh phù nề,viêm, có giả mạc, hoặc có mủ thối.

Người lớn

Tuổi	1	2	3	4	5	6	10	15	Nam	Nữ
Miệng thực quản cách CRHT 7cm	9	10	10	10	10	11	12	14	14-18	12-15
Đoạn hẹp PQ gốc chia đôi và quai ĐMC cách CRHT 12	14	15	15	15	16	16	17	21	23-29	22-27
Cơ hoành cách CRHT 19	21	-	23	-	-	24	25	31	36	34
Tâm vị cách CRHT 19	22	23	23	26	26	26	28	33	38-50	36-41



Hình 12: Khoảng cách đoạn hẹp sinh lý của thực quản cách cung răng trên (CCRT)

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

3.1.3. Giai đoạn biến chứng

Do không được điều trị, tổn thương lan rộng ra ngoài thực quản hoặc dị vật đã xuyên thủng thành thực quản từ đầu gây ra viêm tấy xung quanh thực quản cổ.

3.1.3.1. Viêm tấy Ap xe quanh thực quản cổ

Triệu chứng nhiễm trùng gia tăng.Toàn thân sốt cao, suy sụp, nhiễm trùng, nhiễm độc rõ, không còn ăn uống được, miệng chảy nhiều nước bọt, hơi thở hôi, cổ nghoẹo sang 1 bên, quay cổ khó khăn, sưng cổ 1 bên (thường bên trái), máng cảnh đầy, mất dấu hiệu chạm cột sống (còn gọi mất dấu hiệu lọc cọc thanh quản cột sống)

X quang: Cột sống cổ thẳng, mất chiều cong sinh lý, thực quản dày, có thể thấy hình ảnh những bóng hơi nhỏ (dấu hiệu Minegerod) do vi trùng kỵ khí sinh hơi hay áp xe với mức mủ mức hơi trước cột sống cổ (khoảng Henké). Soi thực quản giai đoạn này rất nguy hiểm (vở Ap xe vào trung thất). Đến giai đoạn này nếu không được điều trị, túi mủ sẽ phát triển xuống

trung thất, gây nhiễm trùng máu, tử vong do nhiễm khuẩn nhiễm độc, bệnh không bao giờ tự khỏi.

3.1.3.2. Viêm tấy, áp xe trung thất

Do biến chứng từ Aùp xe quanh thực quản đi xuống hoặc dị vật trực tiếp từ thực quản xuyên thủng ra trung thất, gây viêm toàn bộ hay khu trú 1 phần trung thất (trung thất trước, trung thất sau).

Bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt cao tăng lên, hoặc không sốt được nhiệt độ tụt xuống thấp hơn bình thường, đau ngực, khó thở tăng lên, dáng đi lom khom, mạch nhanh yếu, huyết áp hạ, có thể có tràn khí dưới da; đôi khi gõ ngực có tiếng trong, nước tiểu ít, đỏ, có Albumine. X quang trung thất giản rộng, có hơi, tiên lượng rất nặng.

3.1.3.3. Biến chứng phổi

Viêm màng phổi mủ: Sốt đau ngực, khó thở, có triệu chứng tràn dịch màng phổi, chọc dò có mủ.

3.1.3.4. Dò khí thực quản:

Dị vật xuyên thủng thành trước thực quản vào thành sau khí quản, tạo thành đường dò, mỗi lần nuốt bệnh nhân ho...

3.1.3.5. Thủng mạch máu lớn

Do dị vật chọc trực tiếp vào mạch máu lớn hoại tử dần, vì vậy biến chứng thường xẩy ra muộn sau 1 tuần trở đi, biến chứng lại không có tiền triệu, nên khi xẩy ra biến chứng không kịp cấp cứu, bệnh nhân tử vong nhanh chóng. Các mạch máu lớn thường bị thương tổn là: Động mạch cảnh gốc, tỉnh mạch cảnh trong, thân động mạch cánh tay đầu, quai động mạch chủ...

4. *Chẩn đoán*

2.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền sử có hóc xương, dựa lâm sàng đau họng, nuốt đau, sưng đau và ấn máng cảnh có điểm đau chói,

- Dựa vào X quang: Có thể thấy dị vật, viêm tấy hoặc đã có áp xe.

- Dựa vào nội soi: Là phương pháp vừa chẩn đoán vừa điều trị.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Loạn cảm họng (còn gọi hóc xương giả): Cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, như có dị vật, khi nuốt nước bọt, nhưng khi ăn uống hoàn toàn bình thường. Loạn cảm họng gặp trong Hội chứng dạ dày tá tràng, trào ngược dịch vị, viêm Amygdales, viêm xoang sau mãn tính, hội chứng cổ, tâm thần, phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh. khám, X quang, soi... không có dị vật.

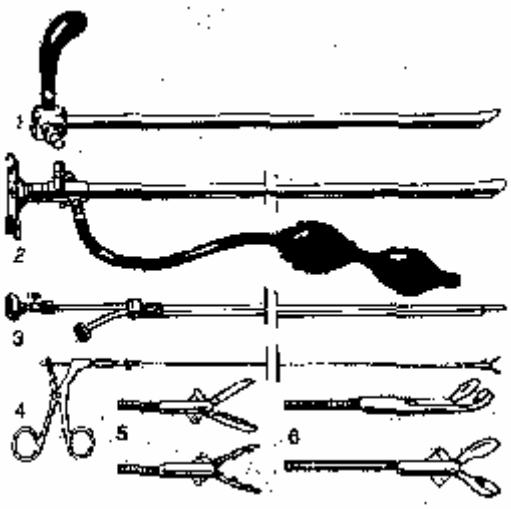
- Ung thư thực quản, hạ họng - thanh quản giai đoạn đầu: Bệnh nhân cũng nuốt đau...

- Bệnh tâm thần...

3. *Điều trị*

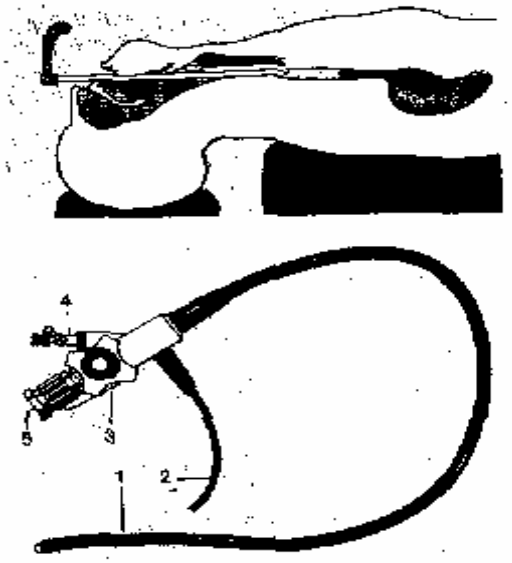
- Giai đoạn đầu: Khi mới hóc, chụp phim, soi gắp dị vật cho bệnh nhân về, tùy tình trạng tổn thương có thể cho kháng sinh hoặc không.

- Giai đoạn viêm nhiễm: Soi gắp dị vật, điều trị kháng sinh (kèm vi khuẩn kỵ khí), giảm viêm, bồi phụ nước, điện giải, nâng cao thể trạng...



Hình 13. Bộ soi thực quản (TQ)

1. Ống soi TQ tiêu chuẩn; 2. Ống soi có gắn kính lúp;
3. Kính quang học soi TQ với đường ống đưa dụng cụ vào; 4. Kìm gắp dị vật TQ
5.6. Các đầu kìm gắp dị vật khác nhau tùy tính chất dị vật
Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz



Hình14. Soi thực quản (TQ) gắp dị vật với ống soi mềm

1. Bộ phận quang học phản chiếu; 2.Nguồn ánh sáng lạnh; 3.Tay cầm với điều chỉnh hướng soi
4. Bộ phận hút dịch xuất tiết; 5. ống kính quan sát
Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

- Giai đoạn biến chứng: Tùy biến chứng mà điều trị thích hợp: Nếu áp xe quanh thực quản: Mở cạnh cổ (Cervicotomie) dẫn lưu mủ, gắp dị vật, ăn qua sonde thực quản-dạ dày, kháng sinh (cả kỵ khí), giảm viêm, trợ tim mạch, thăng bằng kiềm toan, nâng cao thể trạng. Nếu Ap xe trung thất; mở trung thất dẫn lưu, viêm màng phổi mủ: chọc màng phổi hút mủ.... Khi bệnh nặng do dị vật khó lấy hoặc biến chứng phải chuyển lên tuyến trên cần chú ý hồi sức toàn trạng, trợ tim mạch, thăng bằng kiềm toan (toan nhiễm trùng) theo dõi sát khó thở (khó thở cấp 2 phải mở khí quản) đặc biệt chú ý nuôi dưỡng như đặt sonde thực quản-dạ dày, truyền dịch... vì bệnh nhân nuốt đau nên không ăn uống được.

4. *Phòng bệnh*

- Tuyên truyền sâu rộng về tính chất nguy hiểm của dị vật đường ăn.
- Nên có thói quen ăn chậm nhai kỹ, chế biến thực phẩm có xương tốt.
- Tránh ngậm dụng cụ khi làm việc; cấm trẻ em ngậm đồ chơi .
- Không điều trị hóc xương bằng chữa phép, cúng bái, các phương pháp phi khoa học...
- Đừng coi hóc xương là xấu, khi bị hóc hay nghi ngờ hóc nên đi khám và điều trị sớm (tốt nhất là đúng chuyên khoa Tai Mũi Họng).

Bài 6
CHẤN THƯƠNG TAI MŨI HỌNG

1. *Đại cương*

Cơ quan Tai Mũi Họng phần lớn là những hốc rỗng nằm ở vùng đầu mặt cổ, gần sọ nảo, liên quan với các mạch máu thần kinh, khi chấn thương dễ gây những tổn thương nghiêm trọng, hay phối hợp cùng chấn thương sọ nảo, gây rối loạn các chức năng sinh lý như: Thở, nói, nuốt, nghe, thăng bằng, ngữi... Đặc biệt chấn thương gây khó thở có thể nguy hiểm tới tính mạng...Với các chấn thương nhẹ ít ra cũng để lại sẹo xấu vùng đâu mặt cổ, ảnh hưởng về thẩm mỹ sau này.

Do đặc điểm vị trí giải phẩu của TMH mà tháp mũi và vành tai là hai bộ phận hay bị chấn thương nhất bởi gồ cao trơ trọi giữa vùng đầu mặt cổ. Trong phạm vi bài này chúng tôi chỉ nêu một số chấn thương thường gặp và cần lưu ý một số điểm đặc biệt như: chấn thương xương chính mũi rất mau liền (nên phải chỉnh hình sớm) chấn thương vở xương đá lại không bao giờ liền (dễ viêm màng não chỉ một viêm họng thông thường), chấn thương thủng màng nhĩ không xử trí sớm có thể gây viêm tai giữa và màng nhỉ thủng gây nghe kém... Tuy vậy cũng cần biết ưu tiên những chấn thương nặng phối hợp cần xử trí đầu tiên để cứu sống con người. (Chấn thương sọ não, cấp cứu các chức năng sinh lý quan trọng- Thị giác, thính giác...)

2. *Chấn thương mũi*

2.1. Nguyên nhân

Các tai nạn gây chấn thương mũi gặp nhiều trong tai nạn giao thông, lao động, thể thao, sinh hoạt, chấn thương do hỏa khí trong chiến tranh... Đặc điểm cần chú ý là các xương mũi liền lại rất nhanh, vì vậy phải điều trị sớm, tránh xương bị can liền trong tư thế xấu, sai lệch, gây khó khăn, phiền phức cho việc điều trị chỉnh hình sau này.

2.2. Giải phẩu bệnh lý

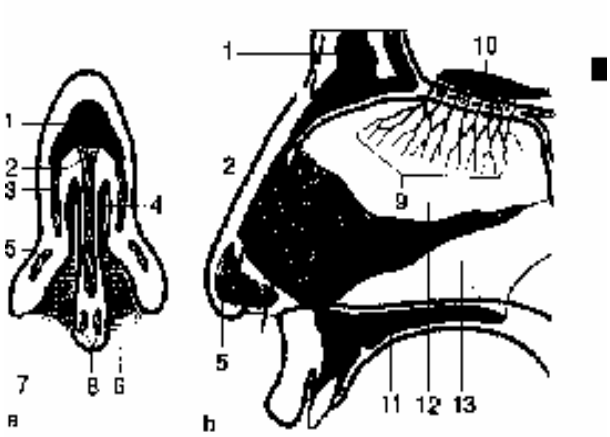
- Sang chấn đập vào chính diện tháp mũi gây vở xương chính mũi cả hai bên, sụn vách ngăn vở theo gây sập tháp mũi, sống mũi võng xuống, niêm mạc rách nát...

- Sang chấn đập vào một bên, chỉ gẩy xương chính mũi một bên, tháp mũi sẽ lệch bên đối diện, nhìn sống mũi vẹo...

- Sang chấn phần mềm, sụn tứ giác vở, hẹp hốc mũi, sung nề, tụ máu...

- Chấn thương hở: Sụn và xương có thể bị bóc trần, xương vở có thể bị lòi ra ngoài.

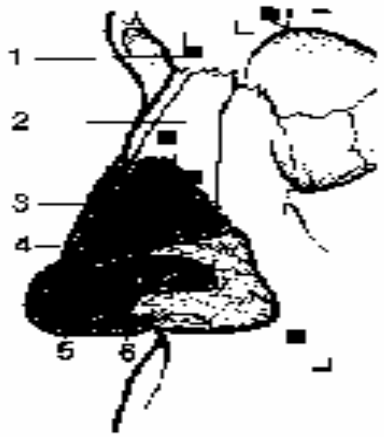
Ngoài tổn thương xương, sụn, niêm mạc còn tổn thương hệ thống mạch máu nuôi dưỡng hốc mũi gây chảy máu: - Có thể chỉ tụ máu vách ngăn do tổn thương tiểu động mạch, nhưng khi đứt những mạch máu lớn, sẽ chảy máu rất dữ dội nếu không cầm máu kịp thời sẽ mất máu nhiều có khi ảnh hưởng tới tính mạng (ĐM sàng, ĐM bướm khẩu cái). Cần lưu ý rằng khi có tổn thương mũi kèm tổn thương sọ não và các cơ quan khác phối hợp; phải xác định tổn thương nào trầm trọng hơn có nguy cơ tới tính mạng hơn thì xử trí trước.



Hình 15: Sơ đồ hốc mũi

a. Thiết đồ đi qua tiền đình hốc mũi; b.Thiết đồ đứng dọc qua giữa vách ngăn mũi.
1. Xương sống mũi; 2. Vách ngăn (sụn tứ giác); 3. Sụn bên tháp mũi; 4. Hốc mũi; 5. Sụn cánh mũi; 6. Tiền đình mũi; 7. Cánh mũi; 8.Sụn tiểu trụ (1bộ phận cánh mũi); 9.Các sợi TK khứu giác; 10.Hànhkhứu; 11. X.Khẩu cái; 12.Mãnh đứng x.sàng; 13.X.lá mía

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz



Hình 16: Sơ đồ xương vùng tháp mũi

1. x.trán; 2. x. chính mũi; 3. sụn bên tháp mũi (sụn tam giác); 4. gờ trên của sụn vách ngăn; 5. sụn cánh mũi; 6. một bộ phận sụn cánh mũi tạo tiểu trụ muợi

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

2.3. Triệu chứng

Sau khi bị tai nạn bệnh nhân sẽ có những triệu chứng sau:

Chảy máu mũi trước và mũi sau chỉ vài giọt hoặc rất ồ ạt, đôi khi không chảy máu ra ngoài, chỉ chảy dưới niêm mạc, làm tụ máu ở vách ngăn (gây biến chứng áp xe vách ngăn mũi sau đó)..

- Biến dạng tháp mũi: Sập sông mũi, vẹo lệch sang một bên, sau chấn thương bị nhanh chóng sưng nề, bầm tím... che đậy dấu hiệu biến dạng tháp mũi nên rất khó đánh giá tình trạng tháp mũi...

- Đôi khi có tràn khí dưới da, do áp lực hô hấp trong hốc mũi tăng (ngạt mũi), niêm mạc mũi lại bị tổn thương nên không khí thoát qua vết thương tràn ra dưới da...

- Khám ấn dọc sống mũi, vào đúng chỗ gẩy sẽ có điểm đau nhói, sau khi đã lấy hết máu đông, soi mũi trước thấy hốc mũi hẹp do vách ngăn phồng tụ máu hoặc bị vở đẩy dồn sang một bên, có khi niêm mạc bị rách để lộ một phần sụn vách ngăn...

- Đau nhức vùng sống mũi, đau đầu, ngạt mũi, giảm hoặc mất khứu giác.

- X quang: Tư thế bán diện, tia mềm, sẽ thấy rõ tổn thương của xương chính mũi, tư thế mặt thẳng (Blondeau) thấy vỡ, vẹo vách ngăn hoặc tổn thương phối hợp với xoang, hốc mắt, xương gò má...

3.4. Hướng xử trí

Nếu có gẩy, sập xương phải dùng dụng cụ nâng xương từ trong hốc mũi ra ngoài và chỉnh hình phục hồi sống mũi, nhét mèche hốc mũi cố định và cầm máu, nếu có rách da phải khâu phục hồi. Điều trị kháng sinh.

Phương pháp vô cảm có thể gây mê hoặc gây tê, ở nước ngoài hầu như chỉ định gây mê bắt buộc, vì thủ thuật gây ra rất đau đớn, chảy máu dư dội, vì vậy lại cần yên tĩnh để xử trí nhanh hạn chế chảy máu... Dùng một cái bay (Spatule) luồn vào hốc mũi mặt lưng ngang tầm chỗ mũi bị sập lõm, dùng sức nâng xương gẫy lên cho phẳng đồng thời dùng ngón cái tay trái ấn mạnh vào chỗ xương bị biến dạng lồi lên phía đối diện. Khi làm thao tác này cần lắng nghe tiếng kêu "rắc" được đẩy về vị trí củ, đồng thời quan sát hình dạng bên ngoài tháp mũi, thấy thẳng dễ coi là được, sau đó nhét mèche cố định và cầm máu như đã nói ở trên.

Cần biết rằng xương chính mũi hàn lại rất nhanh, nên càng làm sớm càng tốt, (tốt nhất là trong 24 - 48 giờ đầu, thực ra chỉnh hình trong tuần đầu còn tốt, tuần thứ 2 tức ngày thứ 8-14 là giới hạn tối đa còn có thể chỉnh hình được mà không phải đập phá làm vỡ xương lại). Chỉnh hình trễ xương sống mũi liền lại trong tư thế xấu. Các biến chứng chấn thương mũi như: viêm, lóet hoại tử phần mềm có thể xẩy ra nên lúc này chỉnh hình phải được Bác sỹ chuyên khoa cân nhắc phương pháp xử trí. Chú ý đừng bao giờ quên kiểm tra lại hiệu lực của tiêm phòng uốn ván ở những trường hợp gẩy hở.

3. *Chấn thương xoang*

Thường gặp nhất là xoang hàm và xoang trán. Đây là 2 hốc rỗng nằm trong xương hàm và xương trán. Các xoang này có thành xương mỏng nằm ngay dưới da, hơi gồ cao ở vùng mặt, nên khi chấn thương dễ bị đụng dập, gây vỡ thành xoang.

3.1. Vỡ xoang hàm

- Do dị vật đâm thủng hàm ếch, do nhổ răng, do hỏa khí...

- Do tai nạn giao thông, lao động, thể thao... từ vỡ xương gây vỡ vào xoang, có 2 loại vỡ xoang hàm: Vỡ đơn thuần và vỡ phối hợp, cách xử trí mỗi loại có khác nhau...

3.1.1. Vỡ xoang hàm đơn thuần

- Do các vật nhọn sắc gây thủng thành xoang, có thể từ thành trước xoang qua vùng hố nanh hoặc thành dưới xoang qua hàm ếch. Da hay niêm mạc xung quanh lỗ thủng sưng nề. Bệnh nhân xì mũi có máu, đau trong xoang hàm...

- Nếu do ngã đụng dập mạnh, thành xoang có thể bị vỡ ra nhiều mảnh nửa bên mặt bị sưng, da bầm tím hoặc bị rách, có thể có tràn khí dưới da, xuất huyết màng tiếp hợp, nề tím mi mắt dưới, chảy máu từ vết thương hoặc chảy qua mũi, đau nửa mặt.

X quang: Chụp film Blondeau và sọ nghiêng thấy xoang hàm bên chấn thương mờ đục, có máu đọng, thành xoang rạn vỡ, có thể có dị vật hoặc mãnh xương bị đẩy lồi vào trong xoang.

Xử trí: - Thủng nhỏ, sạch: nhỏ mũi và cho kháng sinh, lỗ thủng sẽ lấp hẳn được.

- Lỗ thủng rộng, thành xương bị vỡ có dị vật trong xoang, phải phẫu thuật xoang hàm, làm lỗ dẫn lưu mũi xoang, loại bỏ dị vật...Với những mãnh xương vỡ rời nếu quá bé thì có thể vứt bỏ, giử lại những mảnh xương bị nứt rạn, lệch, nhét mèche trong xoang cố định, dẫn lưu, khâu phục hồi phần mềm, tiêm phòng uốn ván...

3.1.2. Vỡ xoang hàm phối hợp

Theo Lefort có 3 kiểu:

- Lefort I: Gẩy thấp ngang qua xương hàm trên; đường gẩy bắt đầu từ bờ dưới của hố Lê, chạy về phía sau đến hố chân bướm hàm, song song với gờ lợi và cách gờ lợi độ 1,5cm , cả 2 bên mặt đều vở giống nhau, người ta còn gọi đây là đường vở Gerin (Guẻrin) mãnh vỡ gồm gờ lợi và sàn mũi.

- Lefort II: Gẩy hình tháp xương hàm, tổn thương xương hàm trên, phía dưới xương chính mũi, ngành trán của xương hàm qua trung tâm trần ổ mắt và xương gò má. Đường vỡ đi từ xương chính của mũi ra hố nanh, vòng xuống phía dưới xương gò má, chạy về phía sau và dưới của củ xương hàm. Đường vỡ 2 bên cũng đều giống nhau. Luôn luôn kèm tổn thương xoang hàm.

- Lefort III: Đường vỡ chạy theo trán gò má, trán xương hàm và trán mũi, tổn thương vào xoang sàng, bướm, sâu vào sau hốc mắt. Thường đó là những chấn thương rất nặng, như tai nạn ô tô, ngả từ trên cao xuống... Đường vỡ đi từ trán mũi qua ổ mắt ra bờ ngoài ổ mắt, chạy về phía sau đến chân bướm, cả 2 bên đều vỡ như vậy, thương tổn này sẻ làm cho khối xương mặt tách ra với nền sọ- phân ly sọ mặt...

Hình 17: Chấn thương gẩy giữa mặt theo Lefort (I,II,III)

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

- Triệu chứng: Thường chảy máu nhiều, ra mũi xuống miệng, gây schock. Biến dạng vùng mặt, có thể có những tổn thương ở mắt, nhìn đôi, màng tiếp hợp bầm tím, khớp cắn bị lệch ngậm miệng, khi nhai có cảm giác di chuyển cả hàm trên.

- Hướng xử trí: Cần loại trừ chấn thương sọ nảo (CTSN), nếu có CTSN phải ưu tiên xử lý trước.

- Chống choáng, chống khó thở, hút máu trong họng, kéo lưỡi ra ngoài, cầm máu bằng nhét mèche mũi trước hoặc sau.

Phối hợp chuyên khoa Mắt và Răng Hàm Mặt cùng phẩu thuật giải quyết tổn thương và phục hồi chức năng...

3.2. Vỡ xoang trán

Sang chấn đụng dập do tai nạn giao thông, lao động, thể thao, do hỏa khí chiến tranh...Có hai loại chấn thương vỡ xoang trán kín và vỡ xoang trán hở.

3.2.1. Vỡ xoang trán kín

Sau chấn thương vài giờ vùng xoang trán sưng nề, bầm tím, có thể có tụ máu nên khó xác định biến dạng, cũng có thể có tràn khí dưới da, ấn góc trong trên hốc mắt đau nhói, hay kèm chảy máu mũi, đôi khi còn có nước não tủy chảy ra khi có rách màng não.

3.2.2. Vỡ xoang trán hở

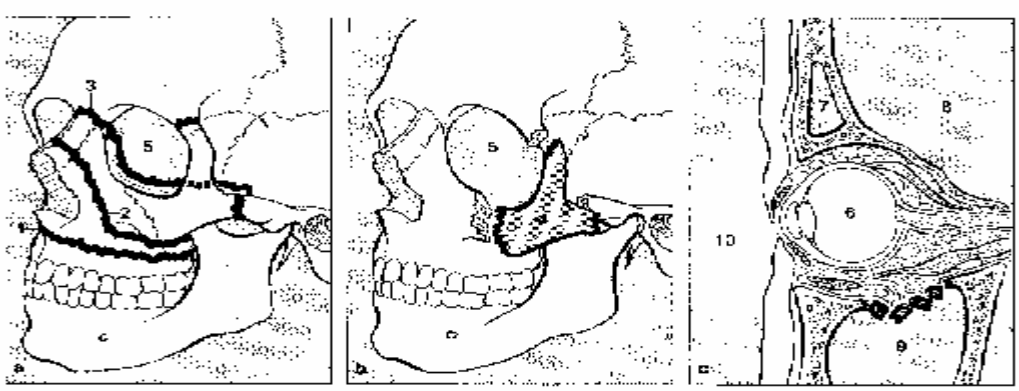
Da vùng xoang trán bị rách, qua vết thương phần mềm có thể thấy tổn thương thành xoang, cần hút máu để kiểm tra kỹ các thành của xoang, có thể có chảy máu mũi và tràn khí dưới da.

- X quang: Film sọ thẳng nghiêng, Blondeau, Hirtz...: Xoang mờ, tổn thương thành trước hoặc thành sau xoang.

- Xử trí: Trước hết phải loại trừ chấn thương sọ não, xác định có rách màng não hay không? Chọc dò nước não tủy. Không được súc rữa xoang, ngừa viêm màng não...

- Phẫu thuật xoang trán: Loại bỏ niêm mạc xoang, mãnh xương vỡ, dẫn lưu trán - mũi tốt.. Nếu có rách màng não phải vá bằng mãnh cân cơ đùi hoặc thái dương, rạch da vào xoang có thể khâu kín màng não rách, theo dõi viêm màng não, nhất là khi tổn thương thành trong xoang (20-40%)

- Tiên lượng lâu dài, thường có biến chứng u nhầy xoang trán sau chấn thương.



Hình 18: Các đường gãy kinh điển vùng sọ mặt

a. Gãy giữa mặt Lefort I,II,III;

b. Gãy thành bên mặt hoặc lồi cầu mõm tiếp. 4. Gãy rời X. Gò má; 5. Hốc mắt;

c.Vỡ sàn hố mắt; 6.Nhãn cầu; 7.Xoang trán; 8.Nảo trước, 9.Xoang hàm;

10.Hướng chấn thương cơ học

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4. *Chấn thương tai*

Chấn thương tai bao gồm cả tai ngoài, tai giữa, và tai trong. Nguyên nhân thường do chấn thương đụng dập, hỏa khí, áp lực... đó là những chấn thương cấp. Cũng có thể là những chấn thương kéo dài gây tổn thương vi thể gây điếc như tiếng ồn (chấn thương mạn tính). Sau đây chúng tôi chỉ nêu vấn đề quan trọng: Chấn thương vở xương đá và chấn thương thủng màng nhĩ.

4.1. Vở xương đá

Đó là những chấn thương vùng chẩm thái dương có thể vỡ hộp sọ. Nói chung là những chấn thương rất mạnh vì xương đá nằm sâu trong hộp sọ, nên vỡ xương đá là loại vỡ kín. Xương đá có một đặc điểm cần nhớ là không bao giờ liền lại dù có điều trị tích cực vì vậy dễ đưa tới di chứng và có biến chứng viêm màng não ngược dòng từ tai hoặc mũi họng sau này.

4.1.1. Tổn thương giải phẫu bệnh

Vỡ xương đá thường theo 3 đường chính: - Đường vỡ dọc; - Đường vỡ ngang và Đường vỡ chéo. (Có tác giả xếp vỡ ngang và vỡ chéo là một.)

4.1.1.1 Đường vỡ dọc:

Rất hay gặp, đi song song với trục xương đá do sang chấn đập vào vùng Thái dương-Đỉnh. Nét vỡ chạy từ trai thái dương tới trần hòm nhĩ theo bờ trước xương đá tới lỗ rách trước. Tai giữa luôn luôn bị tổn thương. Tai trong nguyên vẹn, thần kinh VII ít bị thương tổn (20%), ít khi chảy nước não tủy.

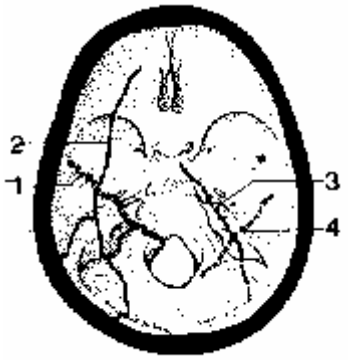
4.1.1.2. Đường vỡ ngang:

Do chấn thương vùng Thái dương - Chẩm. Đường vỡ thẳng góc từ lỗ rách sau ra bờ trước xương đá. Nếu đường vỡ phía trong sẽ cắt qua ống tai hoặc ốc tai.

Nếu ở phía ngoài sẽ làm vỡ tiền đình, ống Fallope. Như vậy tai trong tổn thương cùng dây VII và VIII, tai giữa không ảnh hưởng. (liệt dây VII khoảng 50%)

4.1.1.3. Đường vỡ chéo:

Chấn thương vùng chẩm từ xương chũm qua hòm nhĩ vào mê nhĩ, tổn thương cả tai ngoài , tai giữa và tai trong cũng như cả dây thần kinh VII.



Hình 19: Vỡ xương đá

1 và 4:Đường vỡ chéo và ngang, 3. Vỡ dọc ; 2. Đường vỡ phối hợp (từ xương trán vào dọc xương đá)

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Thường kèm chấn thương sọ não (hôn mê có khoảng tỉnh). Tùy đường vỡ, triệu chứng chính là:

- Chảy máu tai, thường kéo dài từ vài giờ tới vài ngày;

- Nước não tủy chảy khi có rách màng não, khi máu đã chảy ít đi (ngày thứ 2) có thể chảy nhiều hay nhỏ giọt trong 5-7 ngày;

- Các triệu chứng tai trong, nghe kém kiểu tiếp âm, ù tai, chóng mặt, rung giật nhãn cầu, tự phát, mất thăng bằng, liệt mặt ngoại biên.

Khám tai: Vành tai, ống tai có thể tổn thương (Loại vỡ dọc, vỡ chéo); có thể thấy màng nhĩ màu tím xanh, hơi phồng do chảy máu.

- Chọc dò tủy sống: Nước não tủy màu hồng, xét nghiệm có hồng cầu. Nếu áp lực tăng có thể có sự tắc nghẽn lưu thông nước não tủy.

- X quang: CT Scan, Film Stenvers hay Chaussê III có thể thấy được đường vỡ xương đá

- Chẩn đoán xác định: Dựa tiền sử lâm sàng: chảy máu tai, chảy nước não tủy, liệt mặt, chóng mặt, nghe kém, dựa vào X quang...

4.1.3. Hướng xử trí

- Trước hết xử trí chấn thương sọ não nếu có,

- Lau tai, nhét mèche kháng sinh, tuyệt đối không được rửa tai hay làm thuốc tai ướt.

- Cho kháng sinh tới khi tai khô,

- Điều trị các biến chứng (như viêm màng não) nếu có viêm tai giữa phải chủ động phẫu thuật tai tiệt căn,

- Điều trị di chứng: liệt mặt (50%), nghe kém,... theo dõi sát biến chứng viêm màng não.

4.2. Chấn thương thủng màng nhĩ

Ngoài thủng màng nhĩ còn có thể trật khớp tiểu cốt, chấn thương tai trong, chảy máu, chảy ngoại dịch, tổn thương các màng, tổn thương các thần kinh loa đạo...

4.2.1. Nguyên nhân

Có thể do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp

- Trực tiếp: Bởi ngoáy tai bằng que bông, móc tai...quá đà hoặc đang ngoáy tai có người khác đụng vào (cả chấn thương ống tai). Chấn thương áp lực do tát tai, sức ép bom mìn, lặn sâu dưới nước,... Thực tế lâm sàng còn hay gặp thủng màng nhĩ do thợ cắt tóc cạo lông lấy ráy tai, bệnh nhân biết mình bị tai nạn với dấu hiệu: Đau tai, ù tai nghe kém, có thể có chảy máu.

- Gián tiếp: Thủng màng nhĩ do chấn thương vỡ xương đá...

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng

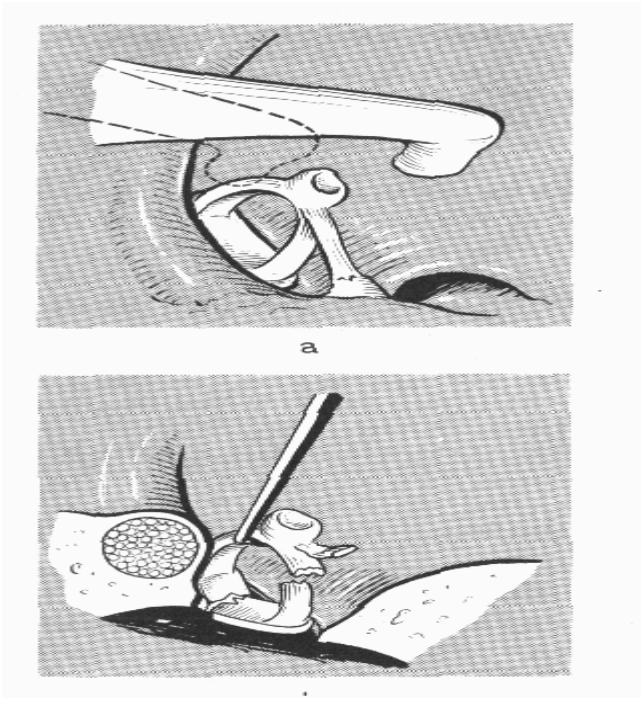
Sau khi bị tai nạn bệnh nhân đau nhói trong tai, ù tai tiếng trầm và nghe kém kiểu truyền âm. Chảy máu tai tùy mức độ chấn thương; có thể chảy rất nhiều trong chấn thương vỡ xương đá, nhưng cũng có thể không chảy hoặc chảy rất ít trong cac chấn thương trực tiếp khác

- Khám màng nhĩ có một lỗ thủng mới rớm máu bờ gọn hoặc nham nhở, cac mép lỗ thủng có thể bị quằn lại làm lỗ thủng càng rộng thêm. Vị trí lỗ thủng có thể trung tâm hoặc rìa nhưng không bao giờ thủng toàn bộ màng nhĩ.

- Thính lực đồ biểu hiện điếc dẫn truyền, nhưng nếu chấn thương nặng tổn thương cả tai trong thì không chỉ đơn thuần điếc tai giữa mất 60 dB với tổn thương hệ xương con; 80-90dB với tổn thương tai trong.

4.2.3. Xử trí

Tùy mức độ tổn thương phối hợp mà xử trí cái gì mà trước, cái gì sau. Nếu có chấn thương sọ nảo thì bao giờ cũng phải cứu sống bệnh nhân trước. Nếu chảy máu nhiều phải nhét mèche cầm máu, hết chảy máu mới khám lại cẩn thận để đánh giá mức độ thương tổn. Hướng xử trí:



Hình 20: Chấn thương trật khớp hoặc gãy xương con

a. Trật khớp giữa cành dài xương đe và thân x. bàn đạp

b. Gãy quai xương bàn đạp và trật khớp đế xươngbàn đạp

Theo Walter Becker Hans Heinz Naumnn Carl Rudolf Pfaltz

- Nếu thủng nhỏ, bờ gọn sạch... Chỉ cần lau sạch máu và các chất bẩn trong ống tai làm thuốc tai khô với bột kháng sinh hoặc mỡ kháng sinh, nhét mèche, băng kín, thay băng làm thuốc hàng ngày. Tuyệt đối không được dùng thuốc nước. Theo dõi hạn còn tác dụng của tiêm phòng uốn ván khi tổn thương màng nhĩ do vật nhọn đâm vào tai.

- Nếu thủng lớn phải đưa bệnh nhân vào phòng mổ, đặt cố định lại màng nhĩ, kháng sinh theo dõi điều trị như vá màng nhĩ.

Ngày nay dưới kính hiển vi có thể đặt lại màng nhĩ bị rách, vá lại màng nhĩ...

Nếu đến chậm, khi đã chảy mủ tai, phải làm thuốc tai tích cực, theo dõi tốt viêm tai xương chũm cấp tính. Nếu tổn thương tai trong, cho Vitamine A kéo dài có thể giúp sự phục hồi thần kinh nghe.

4.2.4. Tiến triên và tiên lượng

- Vết thương nhẹ, thủng nhỏ không có tổn thương phối hợp, điều trị đúng quy cách thì vết thủng sẽ liền nhanh, nghe rõ dần và có thể nghe bình thường trở lại.

- Trường hợp tổn thương nặng, chấn thương phối hợp, hoặc điều trị không đúng quy cách, sẽ bội nhiễm (50%), VTG dẫn tới viêm tai xương chũm, nguy hiểm sau này.

Bài 7
CHẢY MÁU MŨI

1. *Đại cương*

Chảy máu mũi là tai biến thường gặp trong sinh hoạt hằng ngày, bao gồm tất cả các trường hợp máu chảy từ mũi ra ngoài hoặc xuống họng. Chảy máu mũi không phải là một bệnh, mà là triệu chứng của nhiều bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên. Bệnh nhân thường đến trong tình trạng khẩn cấp, do đó phải nhận định nhanh, xử trí cầm máu kịp thời.

Khoảng 60% trên tổng số người trưởng thành có ít nhất một lần chảy máu mũi, nhưng chỉ khoảng 6% đến bác sỹ. Chảy máu mũi hay gặp ở mùa khô do độ ẩm không khí giảm, có ảnh hưởng đến sinh lý niêm mạc mũi.

Mũi có dạng hình tháp, nằm gồ cao giữa mặt, dễ bị đụng chạm và chấn thương. Mũi được nuôi dưỡng bởi hai mạch máu chính.

1.1. Động mạch bướm khẩu cái (thuộc động mạch cảnh ngoài)

Động mạch cảnh ngoài cho nhánh bên là động mạch hàm trong. Sau khi đI qua hố chân bướm hàm, động mạch hàm trong cho nhánh tận là động mạch bướm khẩu cái. Tại lỗ bướm khẩu cái, động mạch này phân thành hainhánh nhỏ:

- Nhánh ngoài: nuôi cuốn giữa và cuốn dưới.

- Nhánh trong: nuôi cuốn trên và vách ngăn.

1.2. Động mạch sàng trước và sau (thuộc động mạch cảnh trong)

Động mạch cảnh trong cho động mạch mắt. Sau khi đI qua lỗ thị vào ổ mắt, động mạch mắt cho hai nhánh bên là động mạch sàng trước và động mạch sàng sau, chui qua mảnh sàng xuống nuôi phần trước của mũi.

Hai động mạch bướm khẩu cái và động mạch sàng đan xen với nhau tạo thành một

lưới mao mạch (ở phần trước dưới của vách ngăn hai bên hốc mũi) gọi là điểm mạch Kisselbach, đây là nơi rất dễ chảy máu mũi.

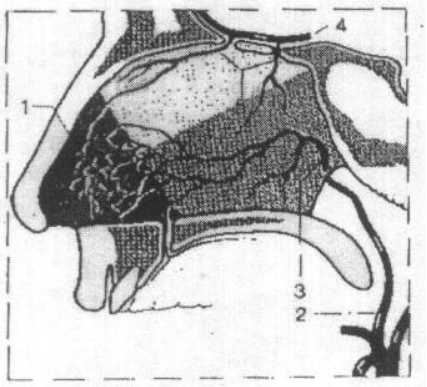
2. Phân loại chảy máu

2.1. Theo số lượng máu chảy

- Chảy máu nhẹ: máu đỏ tươi nhỏ từng giọt, số lượng ít hơn 100ml, thường ở điểm mạch.

- Chảy máu vừa: máu chảy thành dòng ra ngoài cửa mũi hoặc chảy xuống họng, số lượng từ 100 - 200ml.

- Chảy máu nặng: máu chảy nhiều kéo dài, bệnh nhân có thể ở trong trạng thái kích thích, hốt hoảng, vả mồ hôi, môi mặt xanh nhợt, mạch nhanh huyết áp hạ, số lượng máu mất nhiều hơn 200 ml.



Hình 21: Các mạch máu nuôi dưỡng hốc mũi

1. Điểm mạch Kisselbach

2. Động mạch mặt

3. Động mạch bướm khẩu cái

4. Động mạch sàng

2.2. Theo vị trí

- Chảy máu ở điểm mạch Kisselbach: chảy máu ít, có xu hướng tự cầm, thường gặp viêm tiền đình mũi, trẻ em hay ngoáy mũi

- Chảy máu mao mạch: toàn bộ niêm mạc mũi rỉ máu, gặp ở những bệnh nhân bị bệnh về máu như bệnh ưa chảy máu, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn…

- Chảy máu động mạch: chảy máu ở động mạch sàng trước, động mạch sàng sau, động mạch bướm khẩu cái… chảy máu nhiều không tự cầm, thường chảy ở sâu và cao.

3. *Nguyên nhân chảy máu mũi*

3.1. Nguyên nhân tại chổ

3.1.1. Do viêm nhiễm tại chổ: viêm mũi xoang cấp, viêm loét ở mũi, dị vật mũi…

3.1.2. Do khối u

- U lành tính: polype mũi thể chảy máu (polype killian), u mạch máu ở mũi, u xơ vòm mũi họng

- U ác tính: ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng, u ác tính ở mũi

3.1.3. Do chấn thương: chấn thương mũi đơn thuần như gãy xương chính mũi, gãy sụn vách ngăn hay chấn thương vùng mặt gây vỡ xoang hàm, vỡ xoang trán hoặc gãy xương hàm trên theo kiểu Lefort I, II, III…hoặc chấn thương sọ não.

3.1.4. Sau phẫu thuật tai mũi họng- hàm mặt:

Các phẫu thuật ở hốc mũi và hàm mặt đều có thể gây chảy máu mũi.

3.2. Nguyên nhân toàn thân

3.2.1. Bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng: cúm, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt vàng da xoắn trùng…

3.2.2. Bệnh về máu: bạch cầu cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn (bệnh werlhof), rối loạn đông chảy máu như Hemophilie, giảm tỉ prothrombine, bệnh xuất huyết Schoenlein- Henoch, bệnh dãn mao mạch Rendu-Osler

3.2.3. Bệnh tim mạch: cao huyết áp, xơ động mạch

3.2.4. Suy chức năng gan, thận, xơ gan

3.2.5. Nội tiết: chảy máu trong thời kỳ kinh nguyệt, trong thời kỳ mang thai, u tế bào ưa crome, rối loạn nội tiết tăng trưởng ở trẻ trai.

3.3. Vô căn:

Theo tài liệu nghiên cứu tại Việt Nam, khoảng 70% số bệnh nhân chảy máu mũi là vô căn (không tìm thấy nguyên nhân)

4. *Xét nghiệm cận lâm sàng*

- Công thức máu, máu chảy, máu đông

- Chức năng đông máu toàn bộ

- Công thức tiểu cầu

- Chức năng gan

- Huyết đồ, tuỷ đồ

5. *Chẩn đoán*

5.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán chảy máu mũi rất cần thiết cho vấn đề điều trị, cần dựa vào một số đặc điểm:

- Chảy từ điểm mạch Kisselbach hay gặp nhất, chiếm khoảng 90%, thường chảy ra cửa mũi trước, chảy ít hoặc vừa, dễ cầm máu, ít nguy hiểm.

- Chảy từ phần sau, từ khe trên và khe giữa chỉ chiếm khoảng 10%, thường do tiểu động mạch hoặc động mạch, chảy tương đối nhiều, Chảy máu ra cửa mũi trước và sau, đôI khi bệnh nhân nuốt máu vào dạ dày rồi nôn ra, gây mệt lã, lo lắng, hốt hoảng, nếu không xử trí kịp thời có thể nguy hiểm đến tính mạng.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Những bệnh nhân chảy máu nhiều phải khám trong tư thế nằm, đôi khi rất khó khăn, phảI khám đi khám lại nhiều lần mới thấy. Tuy máu chảy ra từ cửa mũi trước nhưng không phải chảy tại mũi mà máu chỉ đI qua mũi như:

- Máu chảy từ họng - thanh quản sặc lên mũi như khối u lành hay ác tính gây chảy máu, sau phẫu thuật vùng họng như cắt amiđan...

- Từ phổi sặc qua mũi: chảy máu do lao phổi, u máu

- Từ vỡ tĩnh mạch thực quản gây nôn, sặc lên mũi: xơ gan, bệnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa

- Từ vỡ các động mạch tầng giữa đáy sọ như các nhánh của động mạch cảnh trong hoặc chảy từ vòi Eustache do chấn thương tai giữa, vỡ xương đá

6. *Cách xử trí chảy máu mũi*

Trước một bệnh nhân chảy máu mũi, việc đầu tiên là phải cầm máu, sau đó mới tìm nguyên nhân. Đối với những trường hợp chảy máu nặng phải chú ý đến tình trạng toàn thân của bệnh nhân (theo dõi sát mạch, huyết áp)

6.1. Điều trị toàn thân.

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi yên tĩnh, ngồi hoặc nằm đầu cao, há miệng để nhổ máu ra.

- Truyền dịch nếu có truỵ mạch huyết áp.

- Truyền máu nếu Hb hạ dưới 50%, truyền máu là một biện pháp tích cực, đặc biệt trong trường hợp chảy máu nặng, tốt nhất là truyền máu tươi liều nhỏ (100ml) nhiều lần.

- Corticoid: nếu không có chống chỉ định dùng corticoid, phần lớn các tác giả đều cho rằng sử dụng corticoid trong chảy máu là cần thiết, thường dùng tiêm tĩnh mạch như depersolone.

- Kháng sinh: đề phòng xuất tiết ứ đọng sẽ gây viêm nhiễm ở mũi và các bộ phận kế cận

- Thuốc đông máu: làm tăng vững bền thành mạch, giảm thời gian chảy máu như Adrenoxyl, Premarin... hoặc trực tiếp làm đông máu như Vitamin K, Sulfate de protamine.

6.2.Điều trị tại chỗ. Cầm máu tại chỗ được thực hiện từ đơn giản đến phức tạp theo các bước sau:

6.2.1.Đè ép cánh mũi vào vách mũi: dùng hai ngón tay bóp nhẹ cánh mũi ép vào vách ngăn tương ứng điểm mạch Kisselbach trong vài phút, áp dụng trong trường hợp chảy máu ít, chảy máu ở điểm mạch Kisselbach.

6.2.2. Dung dịch cầm máu: dùng bông có tẩm dung dịch cầm máu như oxy già 12 thể tích, éphedrin 1%-3% đè lên chỗ chảy.

6.2.3. Hạt trai Nitrat Bạc (AgNO3): dùng một que trâm đầu tù nướng đỏ ở đầu, chấm vào dung dịch AgNO3 đậm độ 5%, muối bạc sẽ chảy ra và đọng lại thành một hạt nhỏ óng ánh ở đầu que trâm, dí hạt trai vào chỗ đang chảy máu.

6.2.4. Nhét mechè mũi trước: sau khi gây tê hốc mũi, dùng cuộn mechè có bề rộng 1-1,5cm, bề dài 50cm tẩm mở kháng sinh hoặc dầu parafin nhét vào mũi, chú ý nhét có hình đáy võng để mechè không bị tụt xuống thành sau họng, nhét chặt từ sau ra trước cho tới khi đầy ra tận cửa mũi trước. Dùng đè lưỡi kiểm tra xem máu có chảy xuống thành sau họng hay không, nếu không thấy chảy xuống là tốt.

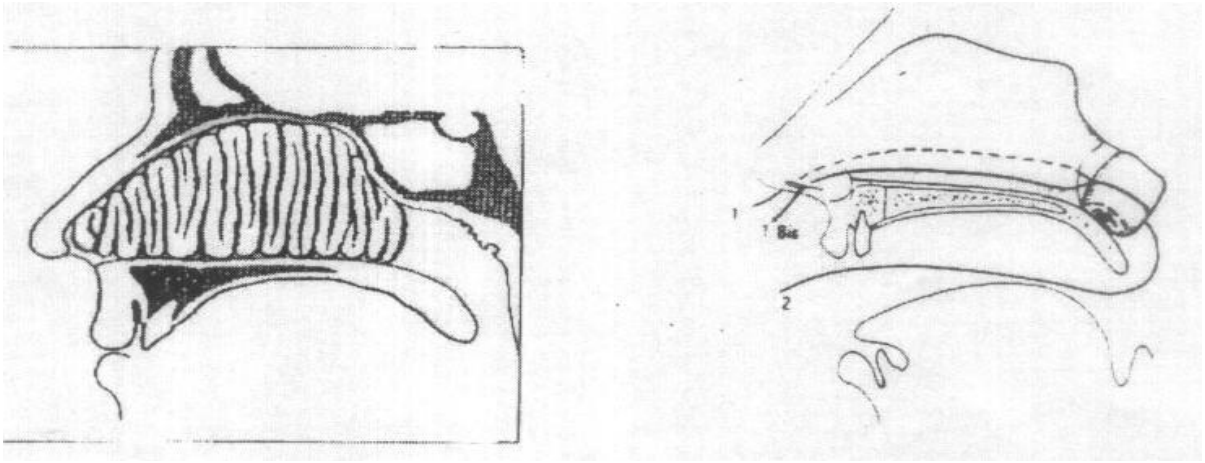
Thời gian lưu mechè: 24 - 48 giờ.

Những trường hợp chảy máu nhiều do chấn thương, cao huyết áp…nếu nhét mechè mũi trước không thành công, cần phải nhét mechè mũi sau

6.2.5. Nhét mechè mũi sau: dùng cục gạc bịt kín cửa mũi sau để ngăn không cho máu chảy xuống thành sau họng. Vì vậy phải sử dụng cục gạc to tương ứng với vòm mũi họng, đường kính cục gạc khoảng 2-2,5cm, chiều cao 2,5cm có buột dây ở giữa, mỗi đầu dài 30cm. Sau khi bịt kín được cửa mũi sau, ta tiếp tục nhét mechè mũi trước.

Mechè mũi sau lưu lại khoảng 48-72 giờ, trong thời gian này phải điều trị kháng sinh.

Những trường hợp chảy máu mao mạch, nhất là ở trẻ em, có thể dùng các loại protein tự tiêu có tác dụng cầm máu như spongel (gélaspon). Hiện nay ở nhiều nước, người ta dùng Merocel là một loại bọt sốp có hình hố mũi. Khi cho vào mũi, tưới nước, nó nở căng to ôm khít lòng hố mũi, máu cầm ngay mà bệnh nhân không đau. Hoặc làm bong bóng cao su cho vào mũi rồi bơm căng, lúc lấy ra chỉ cần xì hơi, rất tiện.



Hình 22. Nhét mèche mũi trước, nhét mèche mũi sau

6.2.6. Thắt động mạch:

Nếu các cách cầm máu trên không làm máu ngừng chảy, ta có thể thắt các động mạch sau: động mạch cảnh ngoài, động mạch hàm trong, động mạch sàng trước, động mạch sàng sau.

Ngày nay dùng đông điện dưới sự hướng dẫn của nội soi để cầm máu đã được áp dụng rộng rãi. Các động mạch có thể được gây tắc mạch qua thông mạch chọn lọc đem lại kết quả tốt.

6.3.Điều trị nguyên nhân: sau khi đã cầm máu tại chổ, cần tìm nguyên nhân để điều trị.

Bài 8
VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

1. *Đại cương*

Mũi là cửa ngõ của đường hô hấp, có chức năng sinh lý rất quan trọng là làm ấm, làm ẩm và lọc sạch không khí để thở. Ngoài ra mũi còn đảm nhận chức năng khứu giác và đóng vai trò như một hòm cộng minh, cộng hưởng trong phát âm. Như vậy, khi mũi bị viêm, tất cả các chức năng sinh lý này ít nhiều bị ảnh hưởng không có lợi cho sức khoẻ con người.

Viêm xoang thường đi kèm với viêm mũi, là bệnh hết sức phổ biến. Bệnh không những gặp ở người lớn mà còn gặp ở cả trẻ em với nhiều thể lâm sàng khác nhau và có thể gây nhiều biến chứng tới những bộ phận xung quanh.

Viêm mũi xoang hay gặp mùa lạnh khi thời tiết thay đổi.

2. *Nhắc lại sơ lược giải phẫu và sinh lý mũi xoang*

2.1. Giải phẫu mũi xoang

2.1.1. Mũi

Tháp mũi có khung là xương chính mũi, hai xương chính mũi hình chữ nhật nằm ở hai bên rễ mũi và hình thành vòm hố mũi. Sụn tam giác tiếp nối xương chính mũi và sụn cánh mũi cuốn quanh cửa mũi. Tháp mũi được bao phủ bên ngoài bởi lớp da và cơ cánh mũi.

Hố mũi là hai ống dẹt nằm song song với nhau ở giữa mặt. Hai ống cách nhau bởi vách ngăn. Lỗ trước hình tam giác gọi là cửa mũi trước, lỗ sau có hình trái soan gọi là cửa mũi sau. Trong hố mũi có các cuốn mũi: cuốn trên, cuốn giữa và cuốn dưới. Các cuốn tạo với thành ngoài hố mũi các khe: khe trên có lỗ thông với xoang sau, khe giữa có lỗ thông với nhóm xoang trước, khe dưới có ống lệ tỵ. Toàn bộ hố mũi được lót bởi một lớp niêm mạc đặc biệt, liên tiếp với niêm mạc xoang, trong đó có tế bào lông chuyển.

Phần trước của hố mũi sát cạnh cửa mũi trước gọi là tiền đình mũi, ở đây không có niêm mạc mà chỉ có da và lông mũi.

2.1.2. Xoang

Là những hốc rỗng nằm ở chung quanh mũi và ăn thông với hố mũi. ở người trưởng thành có 5 đôi xoang chia làm hai nhóm:

Nhóm xoang trước: xoang trán, xoang hàm và xoang sàng trước

Nhóm xoang sau: xoang sàng sau và xoang bướm

2.2. Sinh lý mũi xoang

2.2.1. Mũi có chức năng thở, ngửi và phát âm

Thở: mũi được coi là cửa ngõ của đường thở. Nhờ cuốn dưới, hệ thống mạch máu, các tuyến và tế bào lông chuyển nên không khí qua mũi được sưởi ấm, làm ẩm và lọc sạch trước khi vào phổi. Cuốn dưới có tính chất cương nên điều chỉnh được luồng không khí cần thiết.

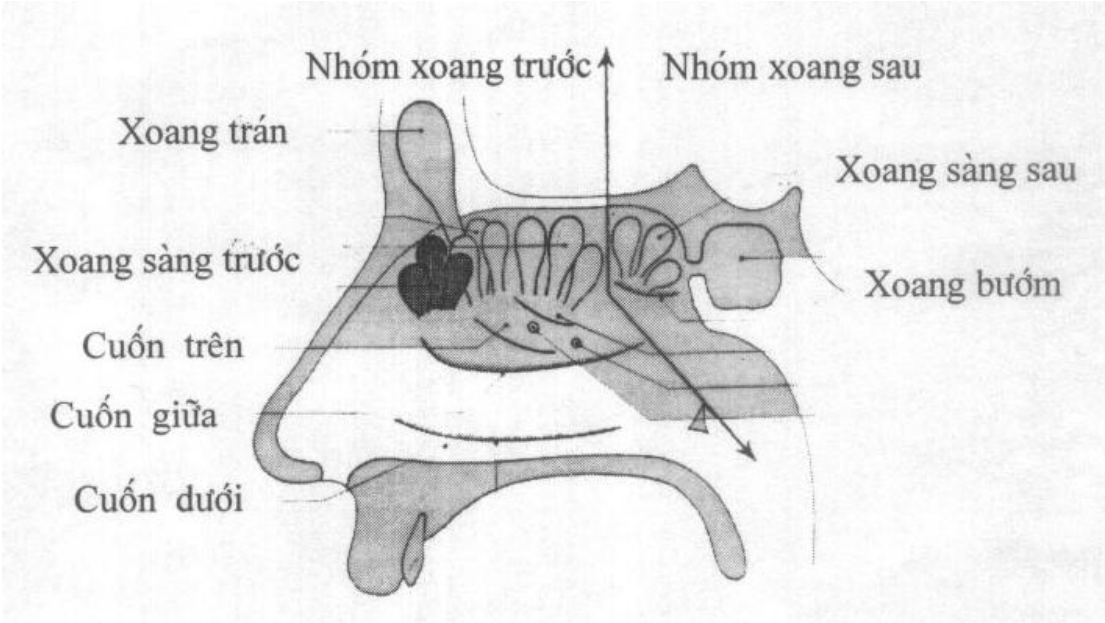
Ngửi: do các tế bào thần kinh ở phần trên của hố mũi, các dây thần kinh sẽ qua mảnh thủng xương sàng để tới não.

Phát âm: mũi còn đóng vai trò phát âm (giọng mũi) tạo ra âm sắc và độ vang của tiếng nói.

2.2.2. Xoang: được xem như là các hốc hỗ trợ cho mũi, tăng thêm độ ấm, độ ẩm và điều hoà luồng không khí khi hô hấp và phát âm.

Sinh lý của xoang dựa vào sự lưu thông không khí và dẫn lưu nhờ các lỗ thông. Nếu lỗ thông tắc, xoang lâm vào tình trạng bệnh lý.

Sự vận chuyển niêm dịch của mũi xoang bao gồm hai quá trình: trong xoang và ngoài xoang. Tất cả các niêm dịch của mũi xoang đều được vận chuyển tới cửa mũi sau, rồi xuống họng.



Hình 23. Hình ảnh các xoang

Theo Oto-rhinolaryngologie - Michel Portmann et Didier Portmann

3. *Nguyên nhân*

3.1. Nhiễm khuẩn: chủ yếu do virut hoặc thứ phát sau các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên như cúm, sởi, thuỷ đậu, bạch hầu…hoặc sau các bệnh như viêm Amiđan, viêm VA, viêm lợi, viêm răng.

3.2. Dị ứng: do niêm mạc mũi xoang quá mẫn cảm với các yếu tố kích thích, hơn nữa mũi xoang là cửa ngõ của đường hô hấp. Dị ứng và nhiễm khuẩn có liên quan mật thiết với nhau (vi khuẩn có thể là một kháng nguyên hay ngược lại, sau dị ứng là sự bội nhiễm của vi khuẩn).

3.3. Chấn thương: các chấn thương cơ học, do hoả khí làm vỡ xoang hay tụ máu trong xoang đều có thể gây viêm xoang. Ngoài ra, các chấn thương về áp lực có thể xuất huyết, phù nề niêm mạc rồi gây ra viêm xoang.

Ngoài các nguyên nhân cơ bản trên, người ta còn thấy các yếu tố thuận lợi sau:

Yếu tố lý hoá học: do tiếp xúc với các loại bụi, hoá chất, hơi độc.

Yếu tố tại chổ: những cấu tạo bất thường của mũi xoang như xoang quá rộng, quá hẹp, vẹo vách ngăn, gai mũi, cuốn mũi quá phát, các khối u trong xoang và hốc mũi hoặc nhét mechè mũi lâu ngày…làm cản trở sự dẫn lưu và thông khí của xoang.

Yếu tố toàn thân: ở những người bị suy nhược toàn thân, rối loạn nội tiết như tiểu đường, rối loạn vận mạch, rối loạn về nước và điện giải, những người có bệnh mạn tính như lao, viêm phế quản…dễ bị viêm xoang.

4. *Triệu chứng lâm sàng*

Viêm mũi xoang cấp tính là viêm niêm mạc mũi xoang lần đầu mà trước đó niêm mạc mũi xoang hoàn toàn bình thường. Nhóm xoang trước thường hay gặp trong đó xoang hàm hay gặp nhất vì nó tiếp xúc đầu tiên với các tác nhân gây bệnh. Các xoang sau ít gặp hơn. Có thể viêm một xoang đơn độc: viêm xoang hàm cấp do răng. Nhưng thường gặp là viêm nhiều xoang vì các xoang đều thông với nhau qua hốc mũi.

4.1. Triệu chứng toàn thân

Thường biểu hiện một thể trạng nhiễm trùng: Sốt 38-39 độ C, mệt mỏi, kém ăn, suy nhược. Ở trẻ em thường có biểu hiện một hội chứng nhiễm trùng rõ rệt và sốt cao.

4.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau dữ dội ở trán, má hoặc thái dương, đau lan xuống răng toả ra nửa đầu. Đau có giờ nhất định, thường đau về buổi sáng từ 8 giờ đến 11 giờ do ban đêm dịch tiết và mủ bị ứ đọng (những cơn đau có giờ rõ rệt thường là viêm xoang trán, ngoài cơn đau bệnh nhân chỉ thấy nặng đầu, nhức đầu nhiều ở vùng chẩm phải nghĩ đến viêm xoang sau).

- Chảy mũi: một hoặc hai bên, lúc đầu trong sau đục vàng, xanh mùi tanh, thối đôi khi có lẫn máu, chảy nhiều bên viêm xoang

- Nghẹt mũi: hai bên, nghẹt nhiều bên viêm, đặc biệt khi nằm và ban đêm.

- Giảm hoặc mất khứu giác.

4.3.Triệu chứng thực thể

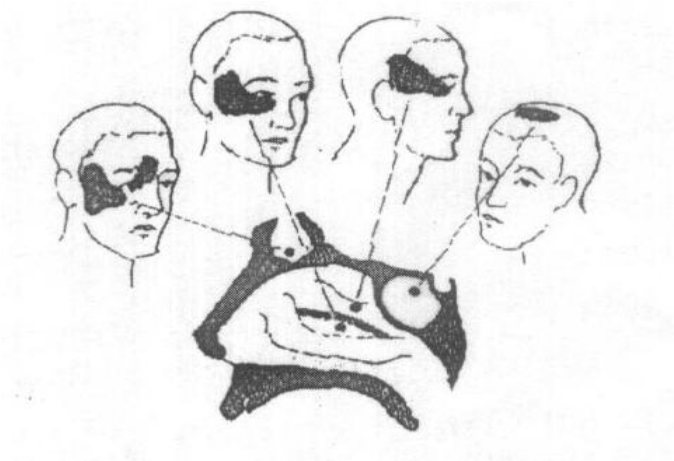
- Nhìn ngoài có thể thấy dấu hiệu sưng nề vùng má hai bên hoặc sưng nề nửa mặt.

- Ấn các điểm xoang đau:

+ Điểm hố nanh đối với xoang hàm

+ Điểm Grunwald ở bờ trong và trên hố mắt đối với xoang sàng

+ Điểm Ewing ở mặt trước xoang trán đối với xoang trán.



Hình 24. Cách vị trí đau nhức đặc trưng của viêm xoang

- Soi mũi trước:

+ Toàn bộ niêm mạc hốc mũi nề và đỏ

+ Các cuốn mũi, rõ nhất là cuốn dưới nề, đỏ và sưng to, đặt thuốc co mạch co hồi tốt.

+ Khe giữa hai bên: có tiết nhầy hoặc mủ, đây là triệu chứng rất có giá trị trong chẩn đoán viêm xoang trước cấp.

Có thể thấy dị hình ở vách ngăn, khe giữa và cuốn giữa hai bên

- Soi mũi sau: Tiết nhầy hoặc mủ từ khe trên chảy xuống cửa mũi, hoặc cửa mũi sau có đọng mủ hoặc tiết nhầy bám. Đuôi cuốn mũi cũng nề đỏ và sưng to

5. *Thể lâm sàng*

5.1. Theo vị trí

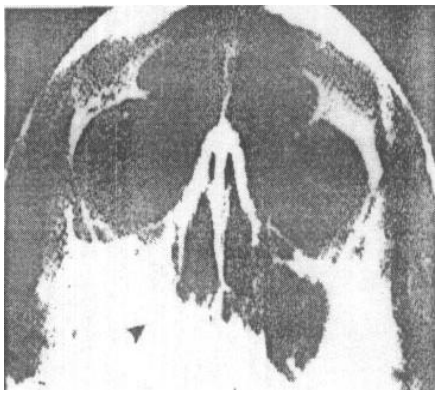
- Hệ thống xoang trước: đau về phía trước của mặt, đau vùng tương ứng với các xoang, mủ chảy qua khe giữa ra cửa mũi trước.

- Hệ thống xoang sau: đau trong sâu về phía sau, đau sâu trong hốc mắt, vùng gáy chẩm, mủ qua khe trên ra cửa mũi sau.

5.2. Theo hình thái

5.2.1. Viêm xoang hàm do răng

Xoang hàm có liên hệ chặt chẽ với răng hàm trên số 5, 6 và 7 cho nên những người có thương tổn ở những răng đó như sâu răng, thường hay bị viêm xoang hàm. Đặc điểm của loại bệnh này là viêm xoang hàm chỉ khu trú ở một bên, mủ rất thối, khi gõ vào răng bệnh thì bệnh nhân sẽ kêu đau nhói lên mặt. Vi trùng trong viêm xoang do răng thường là vi trùng kỵ khí.



Hình 25. Hình ảnh X quang viêm xoang hàm do răng

Theo Manuel pratique d'ORL- F.Legent

5.2.2. Viêm xoang tắc do rối loạn ở lỗ ostium, thường khu trú ngang mức xoang trán, đau rất nhiều nhưng không tương ứng với triệu chứng nghèo nàn tại chỗ. Cơn đau này giảm ngay khi đặt bông có tẩm Cocain adrenalin ở phần trước của cuốn giữa ngay với lỗ ostium của xoang trán.

5.2.3. Viêm xoang thể túi mủ: mổ ra mới biết, mủ chảy ra ít, thối, đau nhiều.

5.2.4. Viêm xoang thể tiến triển nhanh: bệnh tiến triển rất nhanh có thể trở thành mãn tính, hoặc gây những biến chứng toàn thân như nhiễm trùng máu hoặc tại chỗ như viêm hốc mắt, viêm màng não.

5.2.5. Viêm mũi xoang dị ứng: niêm mạc mũi là xuất phát điểm của một loạt phản xạ như hắt hơi, chảy nước mũi, giãn mao mạch…có nhiệm vụ bảo vệ đường hô hấp trên. Ở những người bị dị ứng, sự điều chỉnh các phản xạ này bị rối loạn và gây ra những phản ứng quá mức đưa cơ thể vào tình trạng bệnh lý.

Bệnh nhân có triệu chứng ngứa mũi, cay mắt khó chịu, hắt hơi hàng tràng, chảy nước mắt, nước mũi trong vài ngày sau đó nước mũi đục do bội nhiễm, nghẹt mũi cả hai bên, phải thở bằng miệng, nhức đầu mệt mỏi.

6. *Chẩn đoán*

6.1. Chẩn đoán xác định viêm mũi xoang xấp dựa vào các tiêu chuẩn sau đây:

6.1.1. Triệu chứng lâm sàng: là tiêu chuẩn chính, trong đó những tổn thương thực thể ở khe giữa có vai trò quyết định.

6.1.2. Triệu chứng X quang

- Phim tiêu chuẩn: Blondeau và Hirtz. Chụp Blondeau có giá trị chẩn đoán viêm xoang trước, Hirtz có giá trị chẩn đoán viêm xoang sau.

- CT Scan xoang: rất có giá trị trong chẩn đoán khu trú và trong điều trị viêm xoang. CT Scan xoang thường được thực hiện theo hai chiều: cắt dọc (coronal) và cắt ngang (axial) với từng "lát" cắt mỏng cách nhau vài li, đi ngang qua tất cả các xoang. Đọc phim CT xoang, chúng ta phải chú ý đến niêm mạc và thành xương của xoang cũng như xem các lỗ ostium có bị nghẽn hay không

Cần nhớ: Triệu chứng X quang chỉ có giá trị bổ sung cho chẩn đoán mà không giữ vai trò quyết định trong chẩn đoán viêm mũi xoang, vì nhiều trường hợp xoang rất mờ trên phim nhưng bệnh tích trong xoang lại rất nghèo nàn và ngược lại.

6.1.3.Nội soi chẩn đoán: đây là biện pháp rất có giá trị trong chẩn đoán viêm mũi xoang hiện nay, nó cho phép chẩn đoán chính xác các tổn thương ở khe giữa, khe trên mà bằng phương pháp khám thông thường không thể thấy được. Trong nội soi mũi xoang, người ta dùng dụng cụ nội soi rất sáng và nhỏ đưa thẳng vào các vùng muốn quan sát như phức hệ lỗ ngách xem có mủ chảy hay không, niêm mạc xoang có lành mạnh hay thoái hoá polype…

6.2. Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt với các bệnh sau

- Sưng vùng hố nanh do răng: khám răng và X quang cho phép phân loại hai bệnh này.

- Viêm túi lệ: dễ nhầm với viêm xoang sàng cấp xuất ngoại. Trong viêm túi lệ, nặn túi lệ có mủ trào ra.

- Đau dây thần kinh hoặc vẹo vách ngăn: bệnh nhân cũng có triệu chứng nhức đầu, nghẹt tắc mũi, chụp X quang giúp ta phân biệt bệnh.

7. *Tiến triển và biến chứng*

7.1.Tiến triển

Viêm mũi xoang cấp có thể điều trị khỏi nếu được loại trừ nguyên nhân và dẫn lưu xoang tốt, tránh ứ đọng trong xoang. Bệnh cũng có thể chuyển thành viêm mũi xoang mạn tính và hay tái phát nếu không được điều trị tốt.

Viêm mũi xoang nếu không được điều trị tốt có khả năng dẫn đến các biến chứng tới các cơ quan lân cận, đôi khi gây ra những biến chứng nguy hiểm.

7.2.Biến chứng

- Viêm thần kinh thị giác hậu nhãn cầu: trong viêm mũi xoang cấp, sau vài cơn nhức đầu, thị lực sụt rất nhanh và bất thình lình, có khi chỉ sau vài ngày chỉ còn thấy ánh sáng ở chu vi thị trường.

- Viêm tấy ổ mắt, viêm mi mắt, viêm túi lệ

- Viêm màng não, áp xe não

- Viêm tắc xoang tĩnh mạch hang

- Nhiễm trùng huyết

- Ở trẻ em có thể gặp những biến chứng xương như cốt tuỷ viêm xương hàm trên, xương thái dương

8. *Điều trị*

8.1. Nguyên tắc chung: đảm bảo dẫn lưu và thông khí xoang tốt

8.2. Điều trị viêm mũi xoang cấp tính: chủ yếu là điều trị nội khoa

8.2.1. Điều trị tại chỗ

- Làm sạch và thông thoáng hốc mũi: xì mũi, rửa mũi, hút dịch và mủ, đặt thuốc co mạch…

- Nhỏ thuốc: cần phối hợp các loại thuốc co mạch, sát khuẩn và chống phù nề, liệu pháp corticoid tại chỗ kéo dài rất có tác dụng.

- Xông hơi nước nóng: các loại thuốc có tinh dầu, bay hơi được

- Khí dung mũi xoang: thuốc kháng sinh kết hợp với corticoid.

8.2.2.Điều trị toàn thân

- Kháng sinh: liệu pháp kháng sinh trong 2 tuần có hiệu quả tốt đối với viêm mũi xoang cấp, nên lựa chọn kháng sinh dựa trên kháng sinh đồ.

- Thuốc chống viêm và giảm phù nề

- Thuốc kháng histamin

- Thuốc giảm đau và hạ sốt

- Thuốc nâng cao thể trạng như các loại vitamin…

9. *Phòng bệnh*

- Đeo khẩu trang khi tiếp xúc với lạnh, bụi, hoá chất độc hại
- Điều trị tốt các ổ viêm nhiễm ở mũi họng, răng miệng
-Nâng cao thể trạng, tăng cường sức chống đỡ của niêm mạc mũi xoang.

Bài 9
VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

1. *Đại cương*

Xoang là những hốc xương rỗng nằm trong khối xương sọ mặt, ở xung quanh hốc mũi và thông với hốc mũi. Các hốc xương này được lót bởi lớp niêm mạc giống như hốc mũi, đó là niêm mạc đường hô hấp. Ơ người trưởng thành có năm đôI xoang chia làm hai nhóm. Nhóm xoang trước gồm có xoang hàm, xoang trán và xoang sàng trước, được dẫn lưu qua khe giữa của hốc mũi. Nhóm xoang sau gồm có xoang sàng sau và xoang bướm được dẫn lưu qua khe trên.

Xoang sàng có cấu trúc giải phẫu phức tạp nhất, bao gồm tế bào sàng có kích thước không đều nhau, nằm ở hai khối bên xương sàng, được ngăn cách nhau bởi các vách ngăn. Mặt khác, sự dẫn lưu của các tế bào sàng cũng hạn chế và khác nhau. Vì vậy, mỗi khi xoang sàng bị viêm nó là một ổ chứa vi trùng và mủ ít khi được dẫn lưu ra ngoài.

2. *Dịch tể học viêm mũi xoang*

Viêm mũi xoang là một bệnh rất thường gặp ở nước ta, chiếm tỷ lệ khoảng 2-5% dân số. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, người lớn và trẻ em đều có thể bị bệnh, không phân biệt về giới.

Xoang bị viêm sớm nhất là xoang sàng. Xoang hàm thường bị viêm từ lúc 4-5 tuổi. Các xoang khác thường bị viêm muộn hơn. Xoang trán bản chất là một tế bào sàng đã nhô lên trên và len lõi giữa hai lớp vỏ xương trán. Vào khoảng 9 tuổi thì người ta bắt đầu thấy nó trên phim, nó tiếp tục phát triển đến gần 20 tuổi. Xoang bướm tuy đã có từ lúc nhỏ nhưng mãI đến 12 tuổi mới phát hiện được trên phim và đến 20 tuổi mới hoàn thành sự phát triển.

Các yếu tố nguy cơ gây bệnh viêm mũi xoang là: môi trường ô nhiễm, thời tiết thay đổi, điều kiện ăn ở, nơi làm việc thiếu vệ sinh, thường xuyên tiếp xúc với khói bụi và hoá chất độc hại.

3. *Nguyên nhân*

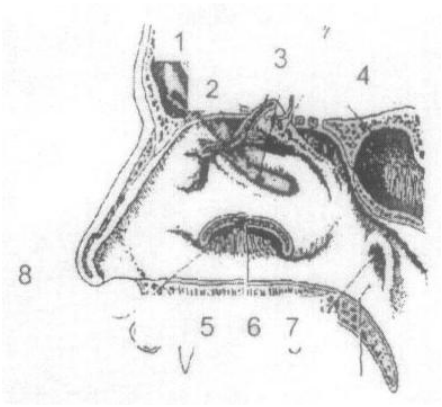
3.1. Nguyên nhân tại chỗ

- Thứ phát sau viêm mũi xoang cấp
- Nhiễm trùng ở răng không được biết, trong viêm xoang mạn tính vi trùng kỵ khí đóng vai trò quan trọng.
- Dị ứng mũi xoang
- Vẹo vách ngăn, cuốn mũi quá phát ảnh hưởng đến dẫn lưu và gây nên viêm mũi xoang.

3.2. Nguyên nhân toàn thân

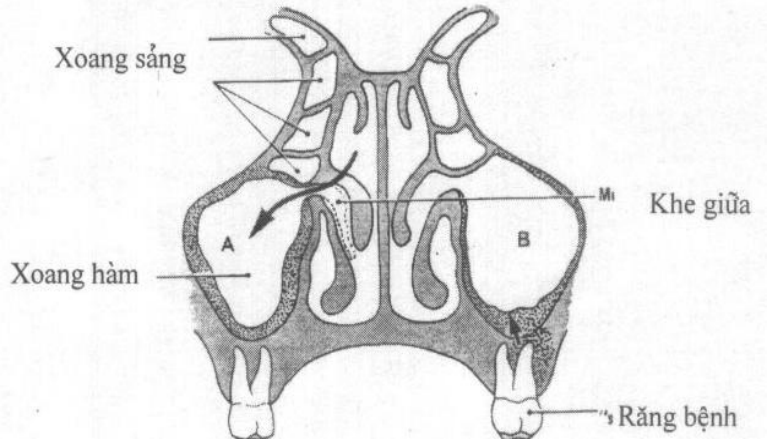
- Cơ thể suy nhược sức chịu đựng kém
- Rối loạn chuyển hoá can xi, photpho
- Rối loạn chuyển hoá nước
- Rối loạn vận mạch, nội tiết
- Bệnh mãn tính như lao, đáI đường, viêm phế quản mạn, viêm thận
- Hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản(GERD: Gastro Esophageal Reflux Disease): do dịch vị axit ở dạ dày trào ngược lên thực quản, họng, thanh quản gây ra viêm nhiễm vùng mũi họng trong đó có viêm xoang.

3.3. Nguyên nhân khác: chấn thương, khối u, bệnh viêm mũi xoang nghề nghiệp do hít các hơi bụi, axit bazơ lâu ngày…



Hình 26. Tầm quan trọng của khe giữa trong viêm xoang

1. Lỗ dẫn lưu của xoang trán; 2. Lỗ dẫn lưu của xoang hàm; 3. Cuốn giữa (đầu bị cắt); 4 Xoang bướm; 5. Vòm mũi họng; 6 Lỗ vòi; 7. Khe dưới; 8 Lỗ ống lệ mũi



Hình 27: Hai phương thức chính của viêm xoang

A. Do mũi; B. Do răng

Theo Manuel pratique d'ORL- F.Legent

4. *Triệu chứng lâm sàng*

4.1. Triệu chứng viêm mũi mạn tính: lúc đầu là nghẹt mũi một bên, sau đó là nghẹt liên tục dữ dội cả hai bên, xuất tiết ít, nhầy dai dính không màu, ít khi có mủ, có xu hướng phát triển phía mũi sau xuống họng, viêm họng thứ phát, bệnh nhân hay đằng hắng, nói giọng mũi kín, chảy nước mắt, có thể có viêm túi lệ, nhức đầu mất ngủ. Lâm sàng có 3 giai đoạn

4.1.1. Giai đoạn sung huyết đơn thuần: nghẹt mũi liên tục cả ngày lẫn đêm, xuất tiết ít, niêm mạc cuốn mũi to, đỏ, đôi khi tím bầm nhưng đặt thuốc co mạch còn co hồi tốt.

4.1.2. Giai đoạn xuất tiết: chảy mũi là dấu hiệu cơ bản, nhầy hoặc mủ, chảy hàng tháng, nghẹt mũi thường xuyên, giảm hoặc mất khứu giác. Niêm mạc mũi phù nề nhợt nhạt, cuốn mũi nề mọng, đặt thuốc co mạch còn có tác dụng nhưng chậm và tái sưng nề nhanh. Sàn mũi và các khe có chất xuất tiết ứ đọng.

4.1.3. Giai đoạn quá phát: là hậu quả của một quá trình quá sản niêm mạc cuốn dưới. Nghẹt mũi liên tục, ngày càng tăng, đặt các loại thuốc co mạch không còn tác dụng, nói giọng mũi kín, thở miệng nên viêm họng mạn tính, giảm hoặc mất khứu giác, xuất tiết ít dần. Khám cuốn dưới quá phát gần sát vách ngăn, cứng sần sùi, màu xám nhạt, đôi khi phát triển phía đuôi cuốn, chỉ soi mũi sau mới thấy.

4.2. Triệu chứng viêm xoang mạn tính

Viêm xoang mạn tính thường gặp ở nhóm xoang sau hơn là nhóm xoang trước, ít khi gặp một xoang đơn thuần mà thường là viêm nhiều xoang một lúc, gọi là viêm đa xoang.

4.2.1. Triệu chứng toàn thân

Viêm xoang mạn tính ít ảnh hưởng đến toàn trạng, không có biểu hiện nhiễm trùng, trừ những đợt hồi viêm. Triệu chứng toàn thân nghèo nàn, chỉ biểu hiện: mệt mỏi, cơ thể suy nhược, nhức đầu hoặc rối loạn ở đường hô hấp hay đường tiêu hoá do mủ xoang gây nên nếu viêm xoang kéo dài.

4.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Chảy mũi: là triệu chứng chính, thường xuyên có, chảy một bên hoặc hai bên, chảy mũi kéo dài hàng tháng nhiều vào buổi sáng. Lúc đầu chảy mủ nhầy trắng, sau đặc xanh hoặc vàng, mùi tanh hoặc thối do bội nhiễm. Mủ thường chảy ra cửa mũi sau xuống họng hoặc xì ra cửa mũi trước.

- Nghẹt mũi: tăng dần và ngày càng rõ rệt dẫn đến tắc mũi hoàn toàn do mủ ứ đọng, niêm mạc phù nề, cuốn giữa thoái hoá, cuốn dưới quá phát hoặc do polype. Thường nghẹt mũi cả hai bên, nhưng có thể một bên nếu viêm xoang do răng.

- Rối loạn về ngửi: ngửi kém từng lúc, tăng dần hoặc mất ngửi hoàn toàn.

- Nhức đầu: âm ỉ hay thành cơn ở vùng trán, hai bên má hoặc đau nhức xung quanh ổ mắt, sâu trong ổ mắt, đau vùng chẩm phía sau nếu là viêm xoang sau.

Ngoài ra, bệnh nhân thường có biểu hiện viêm mũi họng mạn tính hay viêm đường hô hấp như: ho khan, ngứa họng, đằng hắng hoặc khạc nhổ liên tục.

4.2.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn ngoài: thường không có biểu hiện sưng nề

- ấn vùng xoang viêm: không có phản ứng đau

- Soi mũi trước:

+ Niêm mạc hốc mũi nhạt màu, phù nề hoặc thoái hoá thành gờ Kaufmann ở khe giữa, polype khe giữa do niêm mạc xoang hàm thoái hoá tạo thành hoặc do niêm mạc của mỏm móc, khe giữa thoái hoá.

+ Khe giữa hai bên: thường có mủ đặc ứ đọng hoặc chảy từ khe giữa qua lưng cuốn dưới tới sàn mũi. Khe giữa có polype.

+ Cuốn mũi: cuốn dưới hai bên thường quá phát, nhạt màu, đặt thuốc co mạch co hồi kém. Cuốn giữa hai bên thường thoái hoá, niêm mạc màu trắng hoặc mọng và trông giống polype.

+ Dị hình ở vách ngăn như mào vách ngăn, vẹo vách ngăn, gai vách ngăn…hoặc ở khe giữa như mỏm móc quá phát, đảo chiều, xoang hơi ở cuốn giữa (concha bullosa).

- Soi mũi sau:

+ Mủ đọng ở cửa mũi sau hoặc chảy từ khe trên xuống cửa mũi sau, xuống họng.

+ Các đuôi cuốn thường quá phát và đổi màu, niêm mạc vách ngăn cùng dày lên.

+ Polype che khuất cửa mũi sau.

5. *Chẩn đoán*

5.1. Chẩn đoán xác định viêm mũi xoang mạn tính dựa vào các tiêu chuẩn sau đây

5.1.1. Triệu chứng lâm sàng

5.1.2. Triệu chứng X quang

- Phim Blondeau - Hirtz: xoang viêm sẽ mờ đặc hơn độ sáng của hốc mắt và xoang bình thường.

- CT Scan xoang: rất cần thiết để xác định những hiện tượng bệnh lý mà không thể phát hiện được qua khám lâm sàng, được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị viêm mũi xoang mạn tính, đặc biệt khi tiến hành phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang.

5.1.3. Nội soi mũi xoang

Bằng ống nội soi quang học nguồn sáng lạnh, có thể thực hiện ngay tại phòng khám bệnh tai mũi họng, bằng thuốc tê và không làm cho bệnh nhân khó chịu nhiều. Nội soi mũi xoang giúp ta có thể thấy được các cuốn mũi, các khe, các lổ ostium.. xem có mủ chảy ra hoặc có polype và có thể lấy thẳng mủ của xoang để cấy vi trùng làm kháng sinh đồ.

5.1.4. Chọc dò xoang

Chỉ áp dụng với viêm xoang mạn tính, chống chỉ định với viêm xoang cấp hay đợt cấp của viêm xoang mạn tính. Thường được áp dụng đối với xoang hàm và xoang trán. Nếu chọc dò có mủ chẩn đoán chắc chắn có viêm xoang. Nếu không có mủ, chưa thể kết luận là không có viêm xoang.

5.1.5. Siêu âm xoang:

Ở nước ta ít làm.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

5.2.1. U nhú (Papilloma) mũi

Phân biệt nhờ giải phẫu bệnh lý

5.2.2. Ung thư sàng hàm:

Viêm mũi xoang mạn tính hay nhìm với ung thư sàng hàm giai đoạn đìu. Cần nhớ ở người lớn tuổi viêm xoang một bên, chảy mũi lẫn máu, phải nghĩ tới ung thư sàng hàm.

5.2.3. U nang do răng

Chụp X quang giúp cho chẩn đoán phân biệt

5.2.4. Bệnh polypose

Rất hay tái phát, chụp X quang và sinh thiết giúp cho chẩn đoán phân biệt

5.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

5.3.1. Viêm xoang phù nề

Ở những cơ địa đặc biệt như dị ứng, suy gan, rối loạn nội tiết, tạng khớp, viêm mũi xoang mạn tính diễn biến không giống như người bình thường mà niêm mạc luôn luôn bị phù nề nhiều và biến thành polype. Bệnh diễn biến chậm và bắt đầu bằng nghẹt mũi ngày càng tăng. Bệnh nhân có cảm giác nặng đầu và thường hay mất khứu giác hoặc hắt hơI chảy nước mũi. Những triệu chứng này hay thay đổi tuỳ theo thời tiết như trời lạnh thì bệnh nhân khó chịu nhiều.

5.3.2. Viêm xoang mạn tính và giãn phế quản (hội chứng Munier- Kuhn)

Bệnh này có thể gặp ở trẻ em hoặc ở người lớn. Bệnh nhân ho nhiều, khạc ra đờm mủ, đôi khi ra máu. Thể trạng gầy xanh, ngón tay có thể biến dạng hình dùi trống. Chụp phim xoang và chụp phế quãn có thể giúp chúng ta phát hiện hiện tượng trên.

5.3.3. Viêm liên xoang mạn tính

Là viêm cả hai nhóm xoang. Viêm liên xoang thường bắt đầu bằng một trận cảm nắng hoặc cúm ở một bệnh nhân đã có tiền sử viêm xoang. Sau khi khói cúm, viêm xoang tiếp tục kéo dài. Chẩn đoán dựa vào X quang và điều trị thử, phảI điều trị tất cả các xoang mới có kết quả.

5.3.4. Viêm xoang tiềm tàng

Đây là loại viêm xoang không có triệu chứng về xoang mà chỉ có triệu chứng ị những bĩ phịn khác. Soi mũi trước và sau không thấy mủ. Chụp X quang thấy các xoang sáng gần như bình

thường. Nhưng xoang sau thường dễ bị viêm tiềm tàng. Viêm xoang tiềm tàng có thể gây ra nhức đầu hoặc mí mắt do viêm thần kinh thị giác hậu nhãn cầu.

6. Biến chứng

- Biến chứng mũi họng: viêm mũi họng mạn tính
- Biến chứng đường hô hấp: viêm thanh quản, viêm phế quản
- Biến chứng mắt: viêm kết mạc, viêm bờ mi, viêm túi lệ, viêm màng tiếp hợp, viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu
- Biến chứng tai: viêm tai giữa
- Biến chứng nội sọ: viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não, áp xe não
- Viêm thận, viêm khớp, viêm nội tâm mạc bán cấp Osler

7. *Điều trị*

7.1. Nguyên tắc chung: đảm bảo dẫn lưu và thông khí xoang tốt.

7.2. Điều trị viêm mũi xoang mạn tính: kết hợp điều trị nội khoa và ngoại khoa

7.2.1. Điều trị nội khoa: thường điều trị trong các đợt hồi viêm, điều trị nội khoa được tiến hành trước và sau khi phẫu thuật.

7.2.1.1. Điều trị tại chỗ:

- Xì sạch mũi, nhỏ mũi bằng thuốc co mạch, thuốc sát khuẩn
- Khí dung mũi bằng thuốc kháng sinh, kháng viêm
- Xông hơi nước nóng pha tinh dầu
- Di chuyển

7.2.1.2. Điều trị toàn thân:

- Làm lỏng chất xuất tiết
- Điều trị cơ địa bằng các thuốc có iode, can xi, photpho, lưu huỳnh, vitamin A, D. Các thuốc nâng cao thể trạng, tăng cường sức đề kháng.
- Corticoid và kháng histamin trong các thể viêm mũi xoang dị ứng.

7.2.2. Điều trị ngoại khoa:

Áp dụng trong trường hợp điều trị nội khoa tích cực không đỡ hoặc có biến chứng. Điều trị ngoại khoa gồm các phương pháp sau

7.2.2.1. Chọc rửa xoang: thường áp dụng với viêm xoang hàm, viêm xoang trán mạn tính.

7.2.2.2. Phương pháp di chuyển (Proetz): thường áp dụng với viêm xoang sau mạn tính.

7.2.2.3. Phẫu thuật xoang

- Phẫu thuật tiệt căn xoang cổ điển: phẫu thuật mổ xoang hàm Caldwell-Luc, nạo sàng hàm, nạo sàng qua mũi, mổ xoang trán, cắt polype…Mục đích của các phẫu thuật này là lấy niêm mạc xoang và tạo đường dẫn lưu chất xuất tiết
- Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang hiện nay được áp dụng rộng rãi ở nước ta. Phương pháp mổ mũi xoang bằng ống nội soi, thời gian hậu phẫu được rút ngắn và kết quả điều trị cao hơn do các xoang được quan sát kỹ càng trong khi phẫu thuật, tránh được nhiều tai biến.

8. *Phòng bệnh*

- Giải quyết triệt để các ổ viêm nhiễm ở mũi họng, răng, miệng
- Bảo vệ đường thở bằng cách tích cực điều trị các loại viêm mũi trong các bệnh nhiễm khuẩn lây đường hô hấp, đeo khẩu trang khi tiếp xúc với lạnh và hoá chất
- Nâng cao thể trạng, tăng cường sức chống đỡ của niêm mạc.
- Tránh các tác nhân gây dị ứng.

Bài 10
CÁC ÁP XE QUANH HỌNG

1. *Đại cương*

Các áp xe quanh họng có thể gặp ở trẻ em và người lớn. Nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể khỏi bệnh, ngược lại bệnh có thể gây các biến chứng nặng thậm chí tử vong. Aùp xe quanh họng là cấp cứu trong Tai Mũi Họng.

Các áp xe quanh họng có thể gặp là:

- áp xe thành sau họng.
- Viêm tấy và áp xe quanh amidan.
- Áp xe amidan
- Áp xe thành bên họng

2. *Sơ lược về giải phẫu họng*

Họng là một ống cơ và màng, đi từ mỏm nền đến đốt sống cổ VI. Từ trong ra ngoài cấu trúc họng gồm: niêm mạc, cân hầu trong, lớp cơ, cân hầu ngoài. Họng được chia ra ba phần: họng mủi - họng miệng - họng thanh quản. Xung quanh họng có nhiều tổ chức lymphô tập trung thành những amidan, gọi là vòng Waldeyer. ở xung quanh họng: phía sau và bên, có những khoảng có thể bóc tách được gọi là những khoảng quanh họng hay bên họng. Có ba khoảng chính:

2.1. Khoảng I : Còn gọi là khoảng sau họng Hencké.

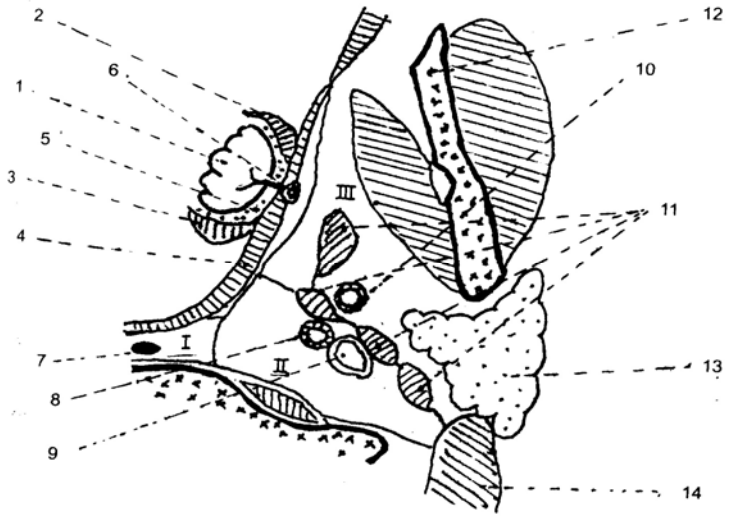
Trong khoảng I có hạch Gilette. Hạch này hình thành ngay sau khi trẻ sinh ra và bắt đầu thoái triển khi trẻ lên 2 tuổi. Khi hạch này bị viêm và hóa mủ sẽ tạo thành áp xe thành sau họng.

2.2. Khoảng II: Còn gọi là khoảng dưới tuyến mang tai sau của Sébileau.

Trong khoảng II có các cơ quan chính sau: Động mạch cảnh trong, tĩnh mạch cảnh trong, các dây thần kinh IX, X, XI, XII, hạch thần kinh giao cảm cổ, các hạch bạch huyết.

2.3. Khoảng III: Còn gọi là khoảng dưới tuyến mang tai trước của Sébileau.

Trong khoảng III có những cơ quan chủ yếu sau: Phần trên của tuyến nước bọt mang tai và động mạch cảnh ngoài.



Hình 29: Khoang quanh amidan và các khoang quanh họng (M. Portmann)

1. Amidan khẩu cái; 2. Trụ trước của màn hầu; 3. Trụ sau; 4. Cơ khít họng trên; 5. Khoang liên kết dễ bọc tách quanh amiđan (vỏ amiđan); 6. Động mạch khẩu cái đi lên với nhánh động mạch amiđan; 7. Hạch Gillette nằm trong khoang l; 8. Động mạch cảnh trong; 9. Tĩnh mạch cảnh; 10. Động mạch

cảnh ngoài; 11. Hàng rào các cơ trâm (trâm họng trâm móng, trâm lưỡi, nhị thân);
12. Xương hàm dưới với các cơ nhai; 13. Tuyến mang tai; 14. Cơ ức đòn chùm

I. Khoang thành sau họng; II. Khoang dưới sau trâm; III. Khoang dưới trước trâm

3. *Áp xe thành sau họng*

Áp xe thành sau họng là sự viêm tấy mủ của hạch Gilette ở trước cổ trong khoảng sau họng Henké.

Bệnh hay gặp ở trẻ em (2 tuổi) (> 2 tuổi hạch Gilette thường teo dần)

3.1. Nguyên nhân

Thường do biến chứng của viêm VA, viêm mũi, sau các bệnh nhiễm trùng lây như sởi-cúm-ho gà..., hoặc do hóc xương.

Tùy vị trí của hạch Gilette mà áp xe có thể ở cao hoặc thấp trong họng.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Trên cơ sở một bệnh nhi đang bị viêm mũi, viêm VA..., có các triệu chứng:

3.2.1. Toàn thân

- Sốt - quấy khóc - nhát ăn - gầy sút.
- Có thể sốt cao gây co giật.

3.2.2. Cơ năng

- Khó nuốt: Lúc đầu do đau họng, về sau khối áp xe to càng gây nuốt khó khăn và đau. Bệnh nhi đói, muốn ăn nhưng khi bú thì bị sặc hoặc không bú liên tục được, phải nhr vú luôn.
- Khó thở: Lúc đầu nhẹ sau thành nặng. Khó thở xuất hiện khi áp xe đã khá lớn, khó thở xuất hiện sớm khi u nằm thấp. Có trường hợp gây co thắt thanh quản làm khó thở tăng lên, có thể tử vong. Khó thở kiểu thanh quản: khó thở vào, có tiếng rít và co kéo.
- Tiếng khóc khàn: Tiếng khóc giọng mũi kín và khàn giọng.

3.2.3. Thực thể

- Hạch góc hàm: Thường sưng và đau
- Khám: Thành sau họng niêm mạc đỏ và căng phồng. Lúc đầu túi mủ nằm một bên, nhưng dần dần lan vào giữa. Cần chú ý khi đè lưỡi khám họng cần làm nhẹ nhàng, tránh đè mạnh và thô bạo có thể gây co thắt thanh quản làm ngừng thở đột ngột. Khi sờ nhẹ bằng ngón tay có cảm giác căng phồng.
- Chụp phim cổ nghiêng thấy cột sống cổ mất độ cong sinh lý, phần mềm trước cột sống cổ dày, có thể có mức hơi nước.
- Chọc dò thường hút ra mủ.

3.3. Tiến triển

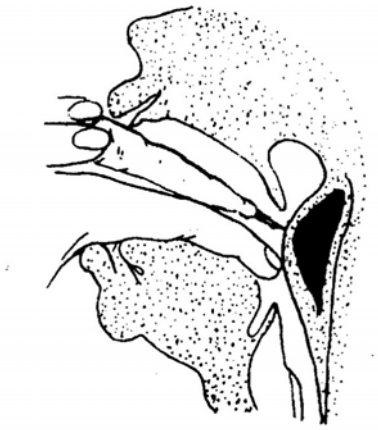
- Nếu không phát hiện được, túi mủ sẽ to dần lên, làm cho bệnh nhi suy kiệt vì không ăn uống được, gây nhiễm trùng nặng. Nguy hiểm nhất là ổ áp xe tự vỡ, mủ tràn ngập khí phế quản gây ngạt thở và từ vong.
- Nếu phát hiện kịp thời, chích rạch dẫn lưu mủ thì bệnh sẽ khỏi nhanh chóng.

3.4. Điều trị

- Chủ yếu là chích dẫn lưu ổ áp xe qua đường miệng.
- Nên thực hiện việc chích dẫn lưu ở phòng mổ hoặc nơi có điều kiện để xử trí khi có tình huống cấp cứu xảy ra.
- Cho trẻ nằm đầu thấp, giữ chặt hoặc quấn vào một khăn to thật gọn, dùng dao lá lúa rạch túi mủ ở đường giữa, sau rạch dốc ngược đầu bé xuống không cho mủ tràn vào đường thở gây ngạt thở hoặc viêm phổi về sau. Cần banh rộng cho mủ chảy ra.

- Những ngày sau cần khám lại theo dõi sự dẫn lưu, nếu cần có thể rach rộng thêm.
- Dùng kháng sinh toàn thân
- Khi khỏi bệnh nên nạo VA.

Hình 30: Áp xe thành sau họng (A.G. Likhachev)



Hình 31: Chích áp xe thành sau họng (A.G. Likhachev)

4. *Viêm tấy và áp xe quanh amidan*

Viêm tấy và áp xe quanh amidan là sự viêm tấy tổ chức liên kết lỏng lẻo bên ngoài bọc amidan. Khi đã thành mủ thì gọi là áp xe quanh amidan.

Bệnh hay gặp ở thiếu niên và người trẻ tuổi. Bệnh có nhiều thể lâm sàng: thể trước trên, thể sau, thể dưới và thể ngoài. Thể điển hình hay gặp trên lâm sàng là thể trước trên.

4.1. Nguyên nhân

Thường do viêm A mạn tính đợt cấp, hoặc biến chứng của răng khôn hàm dưới.

Vi khuẩn hay gặp là liên cầu.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

4.2.1. Toàn thân

Sốt cao 38-39 C, tình trạng nhiễm trùng: mệt mỏi và bơ phờ.

4.2.2. Cơ năng

- Đau họng: Thường đau một bên nhiều, đau nhói lên thấu tai nhất là khi nuốt nên người bệnh thường để nhước bọt ứ đọng trong miệng hoặc rệu ra ngoài.
- Há miệng hạn chế
- Tiếng nói lúng búng và ngột ngạt như có dị vật to trong họng: "giọng ngậm hạt thị", hơi thở hôi.

4.2.3. Thực thể

Thường gặp thể trước trên

- Họng mất cân xứng: lưỡi gà và màn hầu bị phù nề đẩy lệch sang một bên

- Trụ trước A sưng phồng, đỏ nhất là 1/3 trên. Amidan bị đẩy vào trong, xuống dưới và ra sau. Trụ sau bị che lấp. Bề mặt amidan chỉ hơi sung huyết, đôi lúc có ít xuất tiết .

- Hạch góc hàm có thể sưng to và đau.

- Chọc dò thấy có mủ (áp xe) hoặc chỉ có ít xuất tiết không có mủ (viêm tấy).

4.3. Tiến triển

- Nếu để tự nhiên, bệnh nhân phải chịu đựng đau kéo dài và mủ sẽ vở ở chổ phồng nhất và có thể khỏi dần. Nếu chổ vở không đủ rộng để dẫn lưu, bệnh sẽ kéo dài và dễ tái phát làm cho bệnh nhân suy nhược mệt mỏi.

- Nếu được chích rạch và dẫn lưu tốt, sẽ lành nhanh sau vài ngày dùng kháng sinh.

- Bệnh có thể gây các biến chứng phù nề thanh quản, viêm hạch dưới góc hàm, áp xe thành bên họng, Đối với thể sau có thể gây nhiễm trùng huyết hoặc tổn thương động mạch cảnh trong.

4.4. Điều trị

- Giai đoạn viêm tấy: Dùng kháng sinh toàn thân liều cao, giảm viêm, giảm đau

- Giai đoạn có mủ: Phải chích rạch đủ rộng, kháng sinh toàn thân. Thường chích rạch ở vị trí 1/3 trước trên của trụ trước (chổ phồng nhất), sau đó mở rộng để dẫn lưu mủ.

- Cắt amidan để tránh tái phát.

5. Áp xe amidan

Áp xe amidan là sự nung mủ ngay trong tổ chức amidan, thường gặp một bên. Bệnh gặp cả người lớn và trẻ em.

Trên cơ sở một viêm amidan mạn, các khe và các hốc bị bít tắt lại, chất ứ đọng bị bội nhiễm tạo thành túi mủ ngay trong nhu mô amidan.

5.1. Nguyên nhân

Thường do viêm amidan mạn đợt cấp. Sau khi viêm amidan, các triệu chứng tạm bớt rồi đau trở lại, đau chỉ một bên.

5.2. Triệu chứng lâm sàng

5.2.1. Toàn thân

Có thể sốt nhẹ hay sỗt cao, người mệt mỏi

5.2.2. Cơ năng

Nuốt đau, không ăn uống được. Có cảm giác như bị hóc xương.

5.2.3. Thực thể

- Khi khám họng miệng thấy amidan sưng to, một phần hoặc toàn bộ amidan bị căng phồng lên làm căng trụ trước.

- Các trụ không viêm, màn hầu có vẻ bình thường.

- Sờ vào amidan có cảm giác lùng nhùng, đau. Chọc dò có mủ.

- Hạch góc hàm có thể sưng hoặc không.

5.3. Tiến triển

- Nếu được dẫn lưu mủ và dùng kháng sinh toàn thân, bệnh sẽ khỏi nhanh.

- áp xe sẽ tự vỡ khoảng năm sáu ngày sau nhưng để lại một hốc. Chổ vở sẽ lành nhưng hay tái phát.

5.4. Điều trị

- Khi chọc dò có mủ nên xẻ dẫn lưu, dùng kháng sinh toàn thân
- Nên cắt amidan để tránh tái phát.

6. *Áp xe thành bên họng*

6.1. Nguyên nhân

Thường do viêm nhiễm từ amidan khẩu cái lan ra ngoài theo đường tĩnh mạch hoặc do viêm tấy và hóa mủ của các hạch khoảng bên họng.

Có thể do thủng thành họng vì chấn thương hay dị vật

6.2. Triệu chứng lâm sàng

6.2.1. Toàn thân

Sốt cao, mạch nhanh, tình trạng nhiễm trùng. Người mệt mỏi, bơ phờ.

6.2.2. Cơ năng

- Đau họng, đau tăng lên khi khi quay cổ, khi sờ vào chổ sưng và há miệng.
- Nuốt đau và khó nuốt, khi nuốt đau lan lên tai.
- Nước bọt chảy nhiều, tràn ra miệng, có thể gây ho khi chảy vào thanh quản.
- Giọng nói nặng và ồm ồm.

6.2.3. Thực thể

- Sưng cổ ở vùng máng cảnh, bờ dưới góc hàm hoặc vùng dưới hàm. Bờ trước cơ ức đòn chũm có thể bị đẩy phồng lên.
- Sờ vào vùng cổ bị sưng gây đau, có mủ thì có cảm giác căng hoặc lùng nhùng.
- Hạch cổ sưng to và có hiện tượng viêm xung quanh hạch.
- Bệnh nhân thường ngoẹo cổ về bên bệnh.
- Khám họng: A và các trụ bị đẩy vào trong. Màn hầu và lưỡi gà không bị phù nề.

6.3. Tiến triển

Túi mủ ngày một lớn, nếu không xử trí có thể vở ra ngoài cổ hoặc lan vào trong rồi vở vào họng, đôi khi lan xuống thượng đòn rồi đi xuống trung thất nhưng rất hiếm.

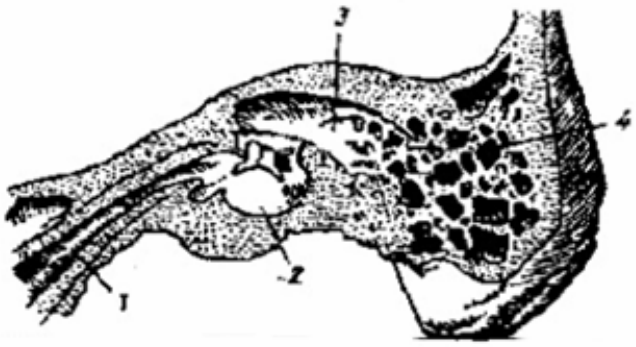
6.4. Điều trị

- Khi chưa có mủ, cần dùng kháng sinh toàn thân, giảm viêm, giảm đau.
- Cần chích rạch sớm ngay khi bắt đầu có mủ. Có thể mổ cạnh cổ để dẫn lưu. Cần cho kháng sinh liều cao và theo dõi cẩn thận sau khi chích rạch.

Bài 11
VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

1. *Đại cương*

- Viêm tai giữa (VTG) là bệnh rất hay gặp ở trẻ em và hài nhi. Nguyên nhân chủ yếu do bệnh ở mũi họng. Nếu được điều trị sớm và đúng cách, bệnh sẽ khỏi vã không có biến chứng.
- Tỷ lệ VTG : từ 5% đến 6% (tổng số dân)
- VTG có thể ảnh hưởng sức nghe. Bệnh có thể gây những biến chứng hiểm nghèo nguy hiểm tính mạng.
- VTG không lây lan, nhưng ARI (nhiễm khuẩn đường hô hấp trên), vấn đề dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân, môi trường...có ảnh hướng đến bệnh.
- Bệnh có nhiều dạng lâm sàng khác nhau tuỳ: tuổi, thể trạng, nguyên nhân, tổn thương, tiến triển...



Hình 32: Tai giữa và xương chũm (A.G. Likhachev)

1: Vòi Eustache - 2: Hòm nhĩ - 3: Sào đạo - 4: Tế bào chũm.

2. *Sơ lược giải phẫu và sinh lý tai*

2.1. Giải phẫu

Tai chia ra 3 phần: tai ngoài- tai giữa- tai trong.

-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.

-Tai giữa: gồm hòm nhĩ, vòi Eustache và các tế bào chũm.

+ Mặt ngoai 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 thùng 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.

- Tai trong: gồm tiền đình và ốc tai

+ Tiền đình: gồm 3 ống bán khuyên nằm theo 3 bình diện tronh không gian, phụ trách chức năng thăng bằng.

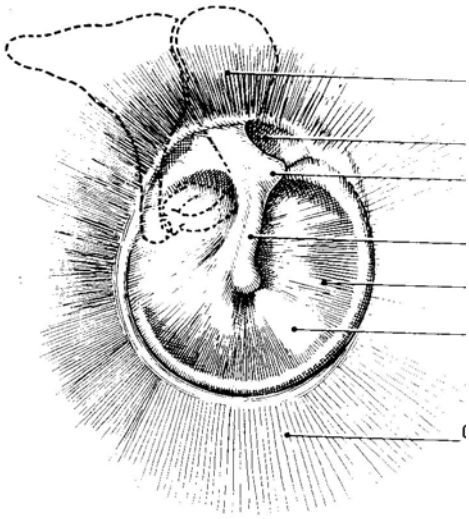
+ Ốc tai: hình như ốc sên, 2 vòng 1/2, có chức năng nghe có cơ quan Corti.

2.2. Sinh lý

- Tai ngoài: Vành tai hứng lấy và định hướng âm thanh. ống tai đưa sóng âm đến màng nhĩ

- 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

- Tai trong: Chức năng nghe và giữa thăng bằng.



Hình 33: Màng nhĩ và các xương con (M. Portmann)

3. *Viêm tai giữa cấp*

3.1. Viêm tai giữa cấp xuất tiết

3.1.1. Nguyên nhân

- Do viêm mũi họng, viêm VA

- Do mất thăng bằng áp lực không khígiữa tai giữa và tai ngoài

- Do cơ địa dị ứng

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau nhói trong tai hay tức ở tai như bị đút nút

- Ù tai tiếng trầm

- Nghe kém nhẹ kiểu truyền âm

- Nói có tiếng tự vang

Khám:

+ Màng nhĩ lõm (mấu ngắn xương búa nhô lên cao, cán xương búa nằm ngang, mất tam giác sáng), đôi khi có sung huyết dọc theo cán búa

+ Trường hợp dị ứng có thể thấy mức nước trong tai giữa

+ Nghiệm pháp Valsalva (-)

3.1.3. Tiến triển

- Thường diễn tiến nhẹ, sau vài ngày có thể tự khỏi, nhưng hay bị tái phát theo những đợt viêm mũi họng.

- Có thể thành viêm mạn tính gây sẹo và xơ dính màng nhĩ.

3.1.4. Điều trị

- Thông vòi nhĩ, nếu có dị ứng có thể bơm corticoide vào tai giữa

- Nếu có viêm mũi họng nên nhỏ mũi

3.2. Viêm tai giữa cấp mủ

Bệnh chỉ khu trú ở niêm mạc tai giữa, không có tổn thương xương.

3.2.1. Nguyên nhân

- Thường do viêm mũi họng, viêm amidan, viêm V.A., viêm xoang.
- Sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi...
- Sau chấn thương: do áp lực, do hỏa khí gây thủng màng nhĩ...
- Nguyên nhân khác có thể gặp như: nhét bấc mũi sau để quá lâu, xì mũi không đúng cách, do khối u ở vòm mũi họng, thoái hóa đuôi cuốn dưới làm tắc vòi Eust he

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Gồm hai giai đoạn:

3.2.2.1. Giai đoạn đầu

Triệu chứng chủ yếu là viêm mũi họng: Có sốt nhẹ hay cao, đau rát họng, chảy mũi, ngạt mũi, ho, có thể đau tai nhiều hoặc ít, ù tai. Khám: màng nhĩ sung huyết.

3.2.2.2. Giai đoạn toàn phát

- Thời kỳ chưa vở mủ:

+ Toàn thân:

Sốt cao 39-40^{0}C, thể trạng mệt mỏi, nhiễm trùng, ở trẻ nhỏ có thể có co giật.

Có thể có rối loạn tiêu hóa, nhất là ở hài nhi và trẻ nhỏ

+ Cơ năng:

Đau dữ dội trong tai, đau bần bật theo nhịp mạch, đau lan nữa đầu.

Nghe kém kiểu truyền âm

Có thể có ù tai tiếng trầm

+ Thực thể:

Ấn vùng nắp tai và sau tai có thể có phản ứng đau

Màng nhĩ dày hoặc đỏ rực lên, mất hết các mốc giải phẫu (tam giác sáng, cán búa), đôi lúc màng nhĩ phồng và có chỗ sáng bệch (mủ), có thể có hình vú bò.

- Thời kỳ vở mủ:

Có thể do chích rạch hay tự vỡ mủ. Các triệu chứng giảm nhanh: hết sốt, hết ỉa chảy, đỡ đau tai, bớt ù tai, có thể còn nghe kém nhẹ.

Khám thấy có mủ chảy ra ống tai ngoài và thủng nhĩ

Nếu lỗ thủng nhỏ dẫn lưu kém triệu chứng có thể còn tồn tại, cần chích rộng thêm.

Hình 34: Hình ảnh ứ mủ và thủng nhĩ trong viêm tai giữa cấp (M. Portmann)

3.2.3. Tiến triển và biến chứng

Nếu được điều trị và theo dõi tốt, chích rạch kịp thời, bệnh có thể khỏi trong vòng 7 đến 10 ngày: mủ loãng dần và khô, màng nhĩ liền lại, không có di chứng.

Nếu không được điều trị và theo dõi tốt có thể đưa đến biến chứng: viêm tai giữa mạn tính mủ, viêm tai xương chũm cấp, hoặc các biến chứng nội sọ như: viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên, áp xe đại hoặc tiểu não, liệt dây VII, nguy hiểm tính mạng.

3.2.4. Điều trị

3.2.4.1. Giai đoạn đầu

Chủ yếu điều trị viêm mũi họng: nhỏ mũi các thuốc sát trùng, súc họng bằng các dung dịch kiềm, nếu có sốt cao và ảnh hưởng toàn thân có thể uống hoặc tiêm kháng sinh.

3.2.4.2. Giai đoạn toàn phát

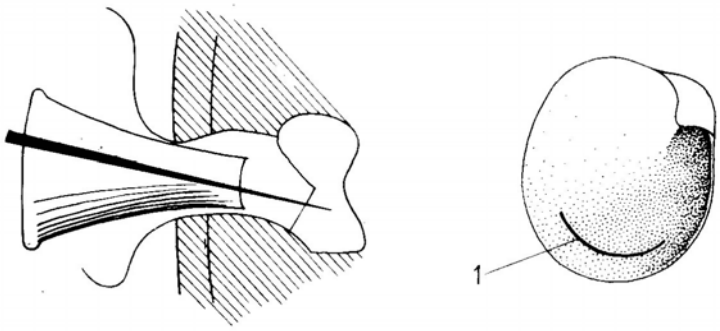
- Phải chích rạch màng nhĩ kịp thời và đúng cách (kịp thời: khi có mũ ứ đọng và khi màng nhĩ phồng, đúng cách: chích rạch ở 1/4 sau dưới), sau khi chích rạch cần đặt bấc dẫn lưu mũ và theo dõi cho đến khi vết chích liền.

- Nếu tự vỡ mủ: nên làm thuốc tai, cần bảo đảm hai nguyên tắc:

+ Dẫn lưu tốt: nếu lỗ thủng nhỏ quá phải chích thêm, nếu lỗ thủng liền sớm quá mà màng nhĩ còn căng thì phải chích lại.

+ Rữa tai tốt: làm thuốc tai ướt và nhỏ thuốc điều trị tại chỗ.

Các kháng sinh thường được sử dụng trong viêm tai giữa cấp là: Amoxycilline, Augmentin với liều lương 50mg/kg, Cefaclor, Roxythromycin kết hợp với các thuốc kháng viêm, giảm đau, các thuốc nhỏ để làm thông mũi và sát trùng vùng mũi họng...



Hình 35: Hình ảnh chích nhĩ (paracentèse) trong viêm tai giữa cấp ứ mủ (M. Portmann)

4. *Viêm xương chũm cấp*

Do viêm tai giữa cấp gây nên, thường sau một vài tuần bệnh không đỡ mà các triệu chứng lại nặng lên, biểu hiện

4.1. Toàn thân

Tình trạng nhiễm trùng, mệt mỏi, sốt cao

4.2. Cơ năng

- Đau tai: đau tăng lên nhiều, đau lan ra vùng xương chủm và thái dương, có thể đau dữ dội làm mất ngủ kém ăn

- Nghe kém: tăng lên rõ, kiểu truyền âm

- Có thể có ù tai và chóng mặt

4.3. Thực thể

- Da vùng chũm sau tai có thể hơi nề, đỏ, nóng

- Mủ tai đặc hơn, thối hơn, chảy nhiều hơn

- Có thể có phản ứng xương chũm : ấn vùng sau tai đau

- Khám: Màng nhĩ thủng rộng, nề đỏ, có thể có dấu hiệu xóa góc sau trên (chute de la paroi)

5. *Chẩn đoán*

5.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào các triệu chứng: có viêm nhiễm đường hô hấp trên, sốt, có đau tai, có rối loạn tiêu hóa ở trẻ nhỏ, có ù tai và nghe kém ở trẻ lớn.

- Khi khám tai:

+ Màng nhĩ lõm, có thể thấy mức nước trong tai giữa, Valsalva (-): trong viêm tai giữa cấp xuất tiết dịch thấm

+ Màng nhĩ sung huyết rõ hoặc trắng bệch, phồng, mất hết các mốc giải phẫu bình thường trong viêm tai giữa cấp mủ.

- Đối với viêm tai xương chũm cấp: Dựa vào tiền sử có viêm tai giữa cấp kéo dài, các triệu chứng lại nặng hơn: sốt cao, thể trạng nhiễm trùng, đau tai tăng lên, có phản ứng xương chũm, mủ tai chảy đặc hơn, nhiều hơn và có mùi. Khi khám tai: Màng nhĩ thủng rộng, có thể có dấu hiệu xóa góc sau trên.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hoặc viêm ống tai ngoài: Không có tiền sử chảy tai, khi khám thấy có sưng tấy hoặc thành nhọt ở ống tai ngoài, màng nhĩ bình thương. Kéo vành tai hoặc ấn vào bình tai bệnh nhân biểu hiện đau rõ.

- Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm: Đau tai nhiều, sốt cao, nghe kém rõ. Có tiền sử chảy tai đã lâu, mủ đặc, thối. Khi khám thường thấy màng nhĩ thủng rộng, sát khung xương, phản ứng đau xương chũm rõ, sập góc sau trên. Phim Schueller thấy xương chũm bị mờ (không còn các thông bào) hoặc hình ảnh cholesteatome.

6. *Phòng bệnh*

- Nhỏ mũi trong các bệnh nhiễm trùng lây.

- Phát hiện và điều trị đúng cách các bệnh ở mũi họng sẽ phòng được viêm tai giữa cấp. Đặc biệt là viêm VA ở trẻ em. Khi cần có thể chỉ địmh nạo VA

- Điều trị đúng và kịp thời, theo dõi tốt các VTG cấp, nhất là sau các bệnh nhiễm trùng lây, không để trở thành mạn tính và gây các biến chứng.

- Hướng dẫn và tuyên truyền với các bà mẹ biết chăm sóc và vệ sinh tai- mũi họng cho trẻ. Biết phát hiện sớm và điều trị đúng viêm tai giữa ở trẻ em.

Bài 12
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 tương loãng xương, gặp trong viêm cấp.

- Viêm xương đặc: viêm từ ngoài vào, xương viem được thay thế bằng các tổ chức xơ và canxi, rồi lấn 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 ngậm 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 lổn nhổn có mùi thối, thả vào nước không tan và có váng óng ánh như mở 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 thùng 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.

- Mật 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 tronh 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 giữa 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 cúa 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 sởi,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	Nếu điều trị nội không đỡ thì cần

	V.A., viêm mũi họng, làm thuốc tai, theo dõi tốt	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 vòa nước không tan)
- Màng nhĩ thủng rộng, bờ nham nhỡ, sát khung xương, đáy bẩn, 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.

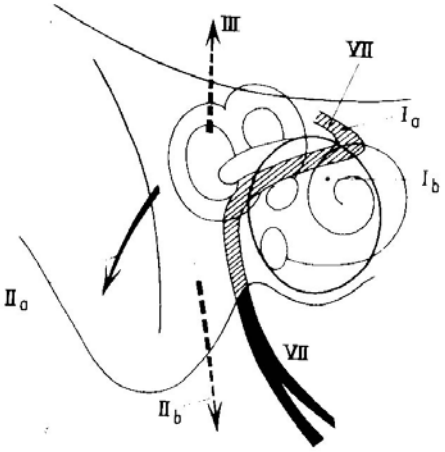
5.2.2.2. Cơ năng

- 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



Hình 37: Biến chứng của viêm tai xương chũm (M. Portmann)

Ia: Liệt dây thần kinh VII, Ib: Viêm mê nhĩ, IIa: Xuấtngoại 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, lùng nhùng, ấn đau.
- Vành tai bị đẩy vểnh 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 <12 tháng.

- Sưng tấy vùng trước trên tai.

5.2.3.3. Xuất ngoại ở mỏm chũm: Thể Bézold

- Sưng tấy vùng cổ bên và dưới chủm
- Bệnh nhân thường ngoẹo cổ về bên bệnh

5.2.3.4. Xuất ngoại vào ống tai: Thể Gellé

- Mủ chảy vào ống tai
- Dễ gây liệt mặt (liệt ngoại biên dây thần kinh VII)

5.2.3.5. Xuất ngoại nền chũm: Thể Mouret

- ít gặp, xuất ngoại ở sâu nên dấu hiệu không rõ

6. *Tiến triển và biến chứng*

Viêm tai giữa mạn tính, nhất là viêm tai giữa mạn tính mủ khó có thể tự khỏi, thường bệnh kéo dài gây giảm sức nghe.

Trong những đợt hồi viêm, nhất là trường hợp có cholesteatome có thể gây các biến chứng nguy hiểm tính mạng như: viêm màng não (hồi viêm và viêm màng não), áp xe đại - tiểu (hồi viêm và tam chứng Bergmann), viêm tĩnh mạch bên (hồi viêm và sốt cao-rét run), liệt mặt (hồi viêm và liệt dây thần kinh VII ngoại biên),.... Đây là những cấp cứu trong tai mũi họng.

7. *Chẩn đoán*

7.1. Chẩn đoán bệnh

- Có tiền sử cháy mủ tai kéo dài, nghe kém tăng dần
- Có các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể của viêm tai giữa mạn tính
- Phim Schueller: mất các tế bào chũm hoặc đặc ngà xương chũm

7.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm óng tai ngoài (không có tiền sử chảy mủ tai, kéo vành tai-ấn bình tai đau, phim Schueller bình thường)

- Viêm tấy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai (không có tiền sử chảy mủ tai, không nghe kém, dấu hiệu Jacques (-), phim Schueller bình thường)

- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp (mủ không thối, không nghe kém rõ, phim tai bình thường)

8. *Hướng xử trí*

Cần chú ý:

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

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

- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phát đồ điều trị của chuyên khoa. Khi cần nên chủ trương phẫu thuật sớm nhằm giải quyết bệnh tích và phục hồi chức năng nghe, tránh các biến chứng.

Đối với viêm tai xương chũm cấp và viêm tai xương chũm mạn tính thường có thể phẫu thuật bảo tồn.

Đối với viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm và xuất ngoại nên phẫu thuật tiệt căn

9. *Phòng bệnh*

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm VA...

- Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo

- Nếu đã viêm tai giữa mạn bị thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết .

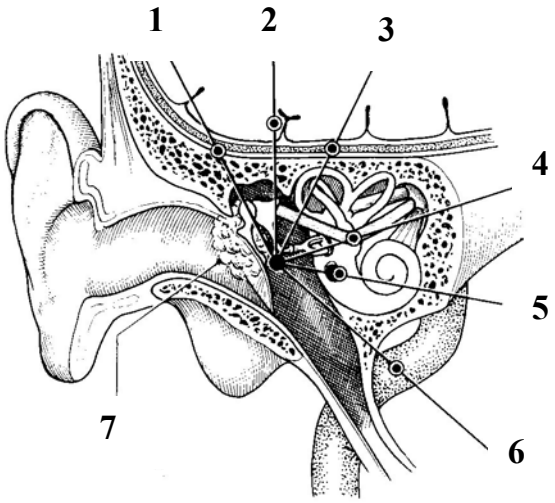
- Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.

Bài 13
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 gởi đến chuyên khoa điều trị kịp thời.



Hình 38: Các biến chứng nội sọ do tai (Legent)

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 phat 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 nham 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 nữa đầu bênh bệnh, cũng có thể nhức đầu dữ dội, liên tục và toả lan.

- Nôn mữa: 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 ngữa không đưa được hai chân lên thẳng góc với mặt giường

- Vạch màng não(+): Khi vạch nhẹ trên da bụng để lại các vệt đỏ, tồn tại lâu

- Chọc dò nước não tủy (NNT): áp lực tăng, chảy nhanh và thành tia, khi xét nghiêm 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 Boriès: 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, nhứt đầu, nôn mữa, 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). Cơn 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), qúa 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:électroenéphalographie)

- Siêu âm não (Echo-encéphalographie)

- Chụp não thất có cản quang

- Chụp động mạch đốt sống thân nền (arterioveterbrographie)

- CT Scanner (tomodensitométrie assistée par cordinateur, computerised tomography)

- Hình ảnh trở kháng từ (IRM: image résornance 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.

- Điêù 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,vở 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 tiệt căn, bộc lộ rộng vùng có bệnh tích đến chổ 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 mữa, cứng gáy, mệt mõi 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.

Bài 14
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 amiđan (A) khẩu cái, một số ít trường hợp kết hợp với viêm amiđan đáy lưỡi. Do đó, hiện nay người ta có xu hướng nhập lại thành viêm họng - viêm amiđan cấp.

Trong lúc đó viêm họng mạn tính và viêm amiđan 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 vòi, 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.

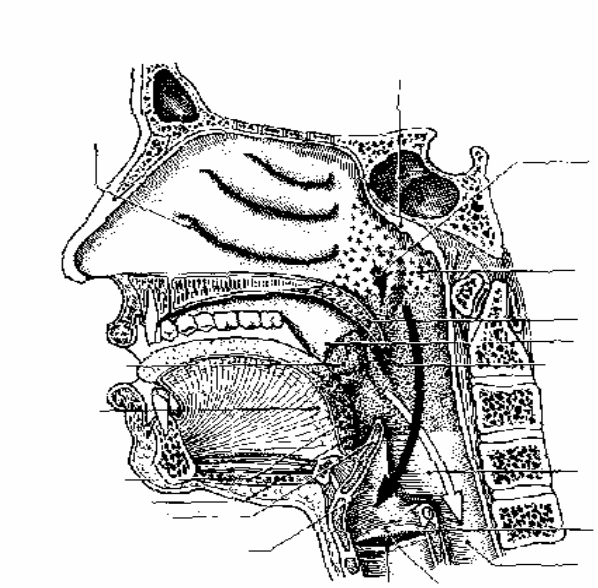
- Mặt trước là eo họng có màn hầu, amiđan khẩu cái và đáy lưỡi.

- Hai mặt bên có hốc amiđan gồm các trụ (trụ trước là cơ màn hầu - lưỡi, trụ sau là cơ màn hầu - họng) và amiđan khẩu cái.

Tiếp giáp của họng miệng

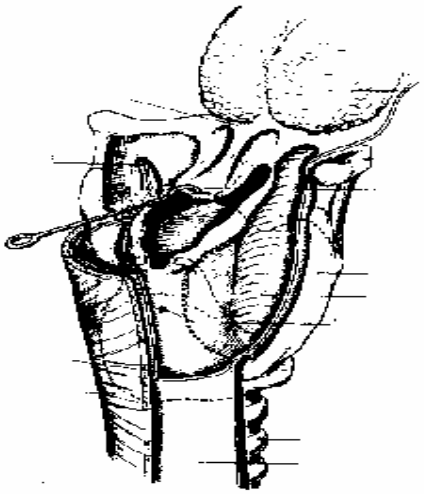
- Với vùng hàm dưới: Thành bên của họng miệng tiếp giáp với khoảng hàm họng và được chia làm 2 khoảng nhỏ: khoảng trước trâm và khoảng sau trâm.

- 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.



Hình 39: Họng và ngã tư đường ăn - đường thở

Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. "Oropharynx, hypopharynx, larynx".



Hình 40: 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 bựa 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 kị khí.

3.1.1.2. Do virus

Chiếm 60 - 80% gồm:

- Adénovirus.
- Virus cúm.
- Virus para - influenzae.
- Virus Coxsakie 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 lóet

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 amiđan.

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 tímh 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 amiđan, 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 Coxsakie, 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 kị khí. Các vi khuẩn Neiseria, phế cầu, Mycoplasme 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 amiđan 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 - 390 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 amiđan khẩu cái cũng sưng to đỏ, có khi có những chấm mủ trắng hoặc lớp bựa trắng (như bựa 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 amiđan, 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 < 30kg; 1,2 triệu 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-Loefler 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 38-380 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 amiđan, 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 dãi gồ lên ở phía sau và dọc theo trụ sau của amiđan trông như một trụ sau thứ hai, gọi là "trụ giả". Loại nầy 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 thẩm 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 Nỉtrate 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 suối, 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 amiđan,...

- 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.

Bài 15
VIÊM VA

I. *Đại cương*

VA (Végétations Adénoides) 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 nẹp 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 amiđan 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 nầy tập trung thành những khối theo 1 vòng tròn ở mặt trước của họng gọi là vòng bạch huyết Waldeyer, gồm:

- VA (végétations adénoides) nghĩa là sùi vòm, nằm ở thành sau trên của vòm và còn gọi là amiđan vòm hay amiđan của Luschka.
- Amiđan vòi ở quanh lỗ vòi Eustache còn gọi là amiđan của Gerlach.
- Amiđan khẩu cái nằm ở thành bên của họng miệng còn gọi tắt là amiđan.
- Amiđan 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 tỉ 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 amiđan.

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 tể 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 amiđan 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 $39\text{-}40^0$, 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 lóet tiền đỉnh 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 nê,ử cuốn 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 mấp mé ở của mũi sau.

Hình 41: 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 amiđan khẩu cái thường quá phát, thành sau họng có nhiều khối lympho to bằng hạt đậu xanh. Thấy mủ nhầy chảy từ vòm xuống. Màn 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.

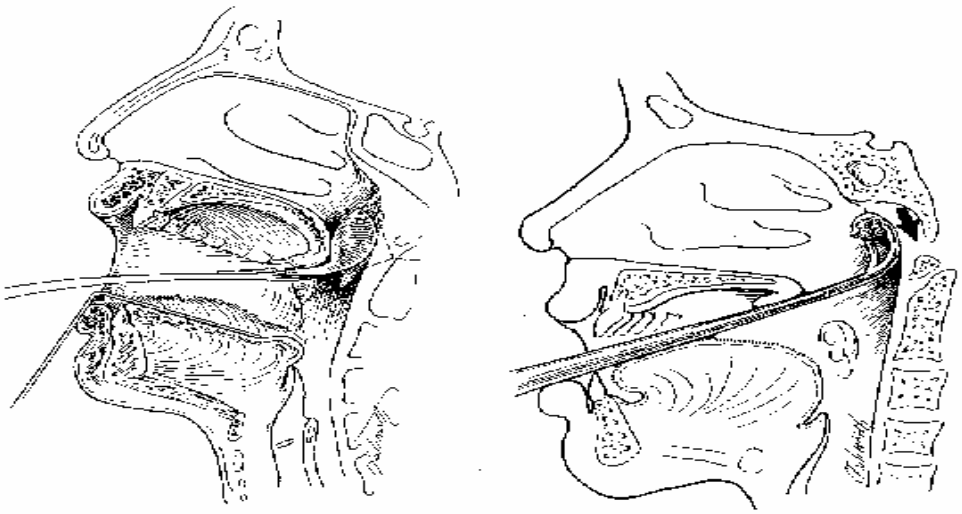
8. *Điều trị*

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.



Hình 42: 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.

Bài 16
VIÊM AMIĐAN

1. *Đại cương*

Amiđan 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 nầy tập trung thành những khối theo một vòng tròn ở mặt trước của họng gọi là vòng bạch huyết Waldeyer, gồm: amiđan vòm hay còn gọi là VA, amiđan vòi, amiđan khẩu cái, và amiđan đáy lưỡi.

VA và Amiđan 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).

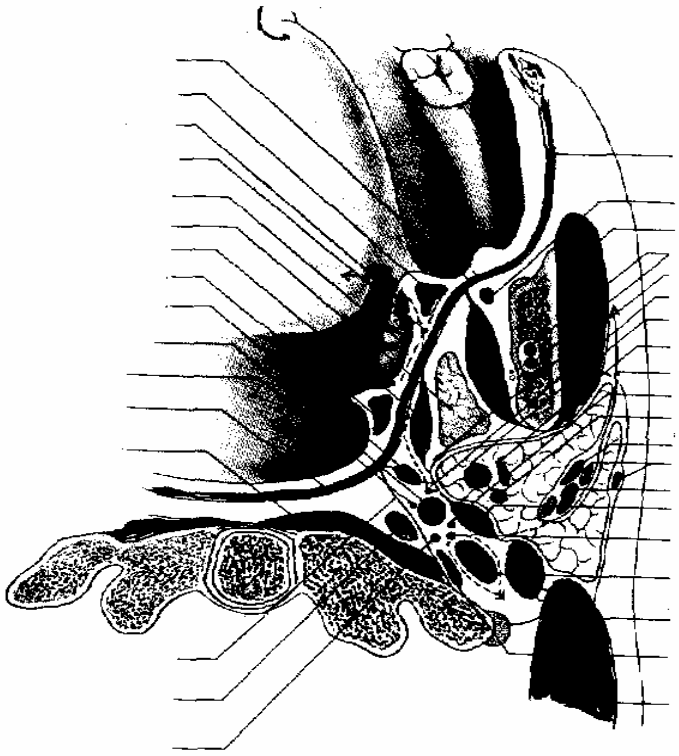
Tỉ lệ viêm VA và viêm A ở nước ta khoảng 30%.

Viêm VA và viêm amiđan có thể gây nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, lao động, học tập...

2. *Sinh lý amiđan - 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 amiđan 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.



Hình 43: Thiết đồ cắt ngang qua amiđan khẩu cái và khoảng hàm họng

Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. "Oropharynx, hypopharynx, larynx".

3. *Nguyên nhân viêm Amiđan*

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 amiđan.

3.3. Do cấu trúc và vị trí của amiđan

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 Amiđan cấp*

Viêm A cấp là viêm sung huyết và xuất tiết hoặc viêm mủ của Amiđan 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 - 39^0. 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 amiđan. 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, amiđan 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 amiđan 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 amiđan do virus với một viêm amiđan do vi khuẩn bằng khám lâm sàng chỉ có tính chất tương đối vì một viêm amiđan do virus có thể có những triệu chứng lâm sàng của một viêm amiđan do vi khuẩn và ngược lại.

5. *Viêm Amiđan 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 vặt.

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 amiđan 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, lỗ 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. Amiđan thường rất rắn, mất tính mềm mại. ấn vào A có thể thấy mủ phòi ra từ các hốc.

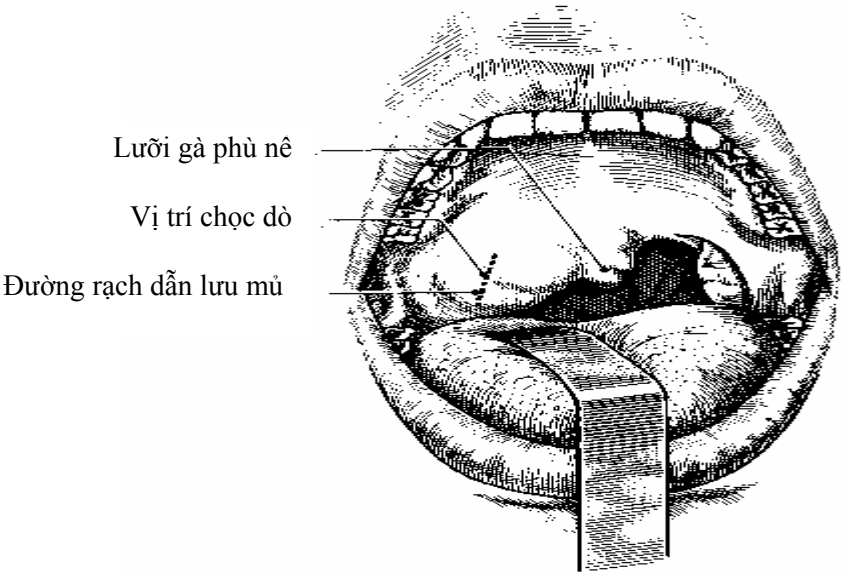
6. *Biến chứng*

Viêm Amiđan có thể gây ra rất nhiều biến chứng.

- Biến chứng tại chỗ: áp xe A, viêm tấy quanh A, áp xe quanh A.

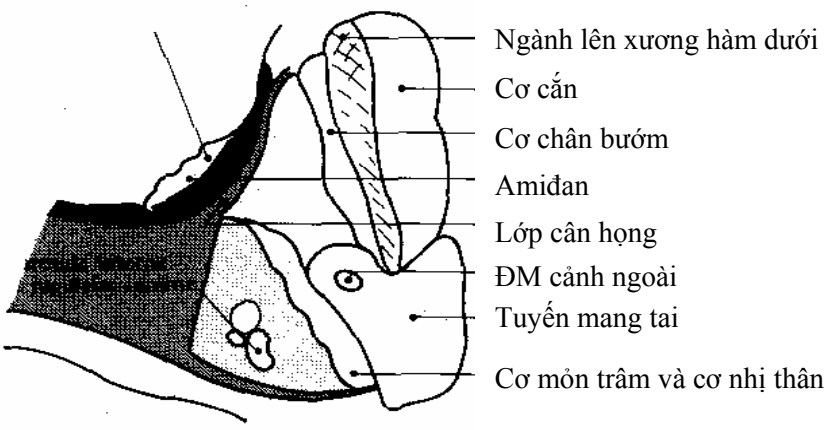
- Biến chứng gần: Viêm thanh khí phế quản, viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm tấy hạch dưới hàm, viêm tấy hoặc áp xe thành bên họng.
- Biến chứng xa: Viêm thận, viêm khớp, viêm tim, cá biệt có thể nhiễm trùng huyết.
- Biến chứng toàn thân: Hội chứng ngưng thở khi ngủ ở trẻ nhỏ.

-Amiđan quá lớn gây ảnh hưởng đến nuốt, hô hấp và phát âm.



Hình 44: áp xe quanh amiđan bên phải

Theo Legent F., Fleury P., Narcy et al. "Suppurations intra et péripharyngées".



Hình 45: Các áp xe quanh họng

Theo Võ Tấn. TMH thực hành.

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*

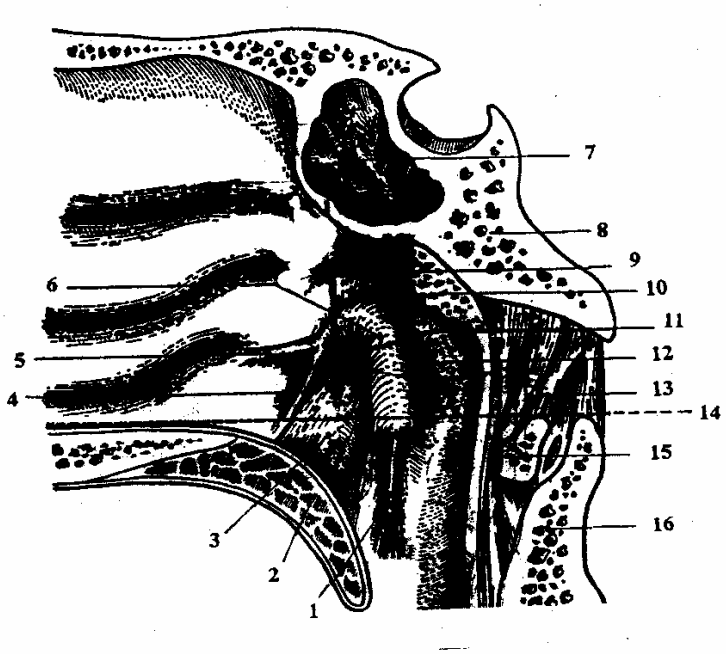
- Nâng cao thể trạng-sức đề kháng của cơ thể và cơ địa của bệnh nhân bằng rèn luyện thân thể, dinh dưỡng hợp lý. Tránh bị nhiễm lạnh.
- Vệ sinh tốt mũi-họng-răng-miệng, chú ý khi có những vụ dịch cúm, sởi, ho gà...
- Xử trí kịp thời và đúng cách nếu đã bị viêm amiđan để tránh các biến chứng.

Bài 17
UNG THƯ VÒM MŨI 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 nghi ngại nhất.

2. *Giải phẫu vòm mũi họng*



Hình 46: Thành bên và nóc vòm

1.Nếp vòi -họng; 2. Màn hầu; 3. Nếp cơ nâng màn hầu; 4. Nếp vòi-khẩu cái; 5. Nếp vòi mũi; 6. Củ vòi; 7. Xoang bướm; 8. Mảnh nền; 9. Hố trên vòi; 10. V.A; 11. Miệng vòi; 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 nầy 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 nầy 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 tể 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 10/00 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 tỉ 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 tỉ 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 ... Thắp 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 đấu 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.

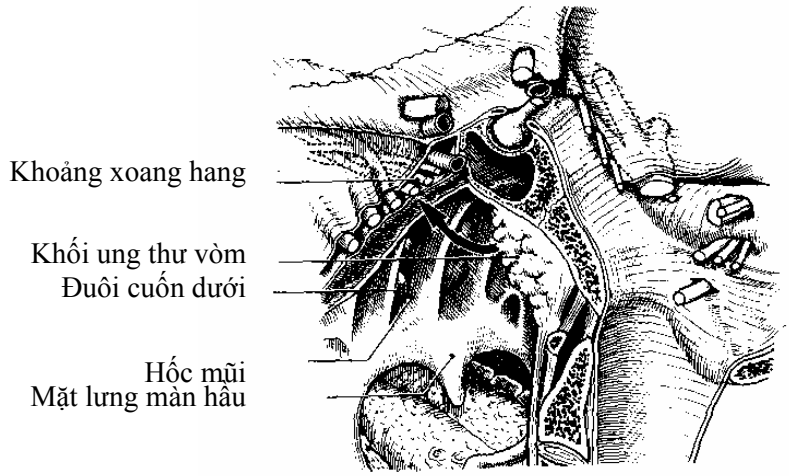
- Liệt dây III, IV, VI, và V1 là hội chứng khe bướm.

- Liệt dây IX, X, XI là hội chứng lỗ rách sau (hội chứngVernet).

- 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 47: 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 rơm, 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 dãy cảnh hoặc ở dãy 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

- Tỉ 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.

- Tỉ 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: tỉ giá IgA/VCA và tỉ 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 chuyền 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.

Bài 18
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 khít 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.

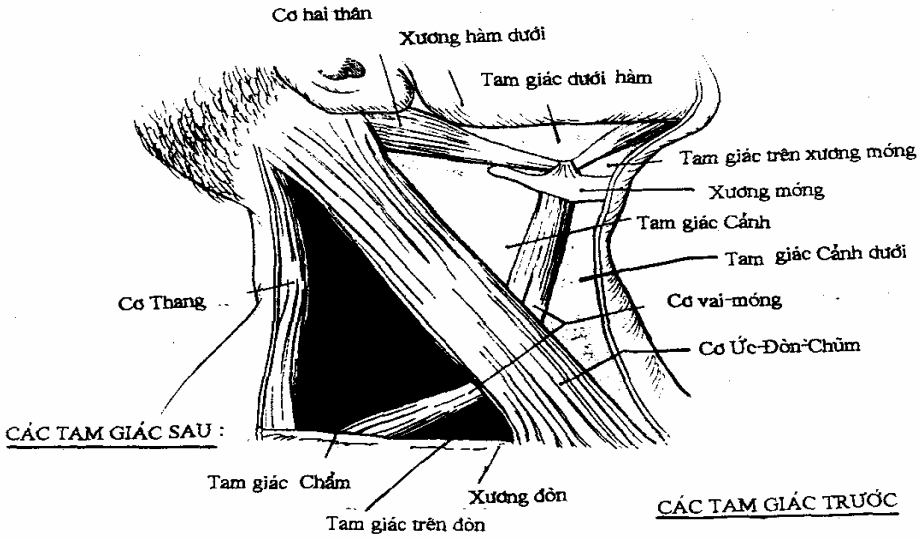
Cấu tạo của thanh quản gồm có:

- 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.



Hình 48: 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 cảnh và tam giác cơ.
- Tam giác cổ sau: gồm tam giác chẩm 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 épidermoide).
- Khoảng 5% còn lại bao gồm: u lympo 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 dãy hạch cổ cần khám kỹ gồm: dãy cảnh, dãy dưới hàm và dưới cằm, dãy gai, dãy 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, kế 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 liều điều trị và 50 Gy ở liều 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, chuyền 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.

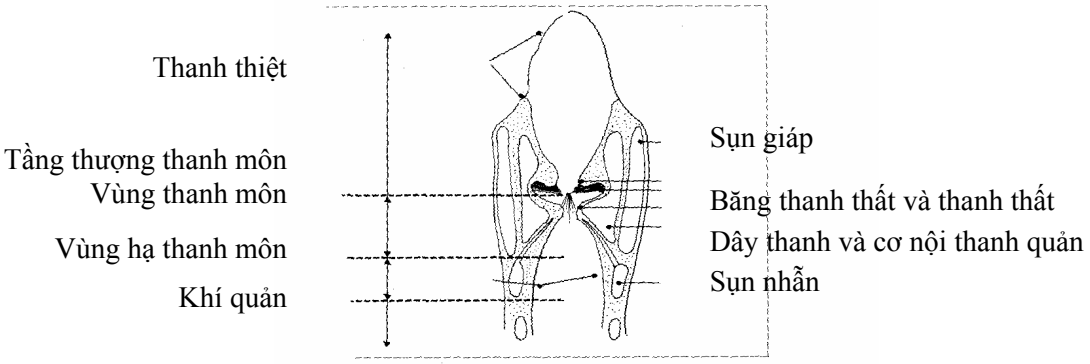
6.4. Triệu chứng toàn thân

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%.



Hình 49: Sự phân chia các tầng của thanh quản

Theo Gallas D. Tumeurs malignes de lÒ oropharynx, de lổ hypopharynx, et du larynx: épidémiologie, diagnostic, principle 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 dãy 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 nhẫn-phễu, thành sau.

Sự phân bố của ung thư theo vị trí: Xoang lê 85%, vùng sau nhẫn-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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn TMH - ĐHYK Hà Nội (1996). Bài giảng Tai Mũi Họng, NXB Y học Hà Nội.
2. Bộ môn TMH, Đại Học Y Dược TP.HCM (1998). Bài giảng Tai Mũi Họng, NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
3. Phạm Khánh Hoà (2002). Cấp cứu trong Tai Mũi Họng, NXB Y Học Hà Nội.
4. Đỗ Xuân Hợp (1971). Giải phẫu đại cương, giải phẫu đầu mặt cổ, NXB Y Học Hà Nội
5. Ngô Ngọc Liễn (2001). Giản yếu Tai Mũi Họng Tập I, II, III, NXB Y học Hà Nội.
6. Nguyễn Quang Quyền (1995): Giải phẫu học, NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
7. Võ Tấn (1998). Tai Mũi Họng Thực hành tập I, II, III, NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
8. Becker W., Hans Heinz Naumann, Carl Rudolf Plaltz (1994). Ear,Nose,and Throat Diseases. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
9. Legent F., Fleury P., Narcy et al. (1996). ORL Pathologie Cervico-faciale. Masson. Paris.
10. Narcy P., Ployer M-J., Andrieu-Guitrancourt et al (1991). Les angines. ORL Pédiatrique. Doin éditeurs-Paris.
11. Naumann H. H. (1993). Differential Diagnosis in Otorhino-laryngology Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
12. Netter F. H. (1997). Atlas giải phẫu người, NXB Y học Hà Nội.
13. Tran Ba Huy P. (1996). ORL. Ellipses. Paris.