

HỌC VIỆN QUÂN Y
BỘ MÔN TAI MŨI HỌNG

BÀI GIẢNG
TAI MŨI HỌNG THỰC HÀNH
(DÙNG CHO ĐỐI TƯỢNG ĐẠI HỌC)

LƯU HÀNH NỘI BỘ

HÀ NỘI - 2006

Chủ biên:

PGS.TS. NGUYỄN THỊ NGỌC DINH
Nguyên Chủ nhiệm bộ môn Tai Mũi Họng, HVQY

Tham gia biên soạn:

PGS.TS. NGUYỄN THỊ NGỌC DINH
Nguyên Chủ nhiệm bộ môn Tai Mũi Họng, HVQY

TS. NGHIÊM ĐỨC THUẬN
P. Chủ nhiệm bộ môn Tai Mũi Họng, HVQY

TS. NGUYỄN VĂN LÝ
Chủ nhiệm khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện TWQĐ108

TS. NGUYỄN THỊ BÍCH HÀ
P. Chủ nhiệm khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện TWQĐ108

BS. CKI. NGUYỄN PHI LONG
Chủ nhiệm khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 103, HVQY

BS. CKII. ĐÀO GIA HIỂN
P. Chủ nhiệm khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện 103, HVQY

ThS. VŨ VĂN MINH
Giảng viên bộ môn Tai Mũi Họng, HVQY

LỜI NÓI ĐẦU

Nhằm đáp ứng yêu cầu đổi mới trong công tác đào tạo, nâng cao chất lượng giảng dạy và cập nhật những kiến thức mới, Bộ môn Tai Mũi Họng, Học viện Quân y tổ chức biên soạn cuốn "Bài giảng Tai Mũi Họng thực hành" trên cơ sở quyển "Bài giảng Tai Mũi Họng" của Học viện Quân y xuất bản năm 1984.

Cuốn "Bài giảng Tai Mũi Họng thực hành" là giáo trình dùng để dạy và học cho bậc Đại học, chuyên khoa Tai Mũi Họng, phù hợp cho giai đoạn hiện nay, đồng thời làm tài liệu tham khảo về những vấn đề Tai Mũi Họng cho bạn đọc quan tâm.

Mặc dù đã cố gắng trong việc biên soạn nhưng cuốn sách có thể còn có những sai sót và khiếm khuyết. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp, xây dựng của đồng nghiệp và bạn đọc để giáo trình được hoàn thiện tốt hơn trong lần tái bản sau.

Chúng tôi chân thành cảm ơn các cộng tác viên, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, các phòng ban liên quan của Học viện quân y đã tạo điều kiện để cuốn sách sớm ra mắt bạn đọc.

Hà Nội, ngày tháng năm 2006

Thay mặt các tác giả

PGS.TS. NGUYỄN THỊ NGỌC DINH

Nguyên Chủ nhiệm bộ môn Tai Mũi Họng, HVQY

MỤC LỤC

Phần thực hành

		<i>Trang</i>
1. Liên quan về bệnh lý Tai Mũi Họng với các chuyên khoa.	<i>PGS. Nguyễn Thị Ngọc Dinh</i>	<i>4</i>
2. Phương pháp khám tai.	<i>BSCKI. Nguyễn Phi Long</i>	<i>7</i>
3. Phương pháp khám mũi - xoang.	<i>TS. Nghiêm Đức Thuận</i>	<i>11</i>
4. Phương pháp khám họng, thanh quản.	<i>BSCKII. Đào Gia Hiển</i>	<i>19</i>
5. Phương pháp khám thính lực.	<i>PGS. Nguyễn Thị Ngọc Dinh</i>	<i>19</i>
6. Phương pháp đọc X - quang chuyên khoa Tai Mũi Họng.	<i>ThS. Vũ Văn Minh</i>	<i>27</i>
7. Thuốc dùng trong chuyên khoa Tai Mũi Họng.	<i>BSCKI. Nguyễn Phi Long</i>	<i>32</i>
8. Các thủ thuật trong chuyên khoa Tai Mũi Họng.	<i>BSCKII. Đào Gia Hiển</i>	<i>36</i>
9. Cấp cứu chảy máu mũi.	<i>TS. Nghiêm Đức Thuận</i>	<i>42</i>
10. Cấp cứu khó thở thanh quản.	<i>ThS. Vũ Văn Minh</i>	<i>46</i>
11. Cấp cứu chấn thương Tai Mũi Họng.	<i>PGS. Nguyễn Thị Ngọc Dinh</i>	<i>49</i>

Phần bệnh học

1. Bệnh viêm họng.	<i>BSCKII. Đào Gia Hiển</i>	<i>57</i>
2. Bệnh viêm Amidan.	<i>TS. Nghiêm Đức Thuận</i>	<i>63</i>
3. Bệnh viêm V.A	<i>TS. Nghiêm Đức Thuận</i>	<i>67</i>
4. . Bệnh viêm mũi.	<i>ThS. Vũ Văn Minh</i>	<i>71</i>
5. Bệnh viêm tai giữa.	<i>BSCKII. Đào Gia Hiển</i>	<i>87</i>
6. Bệnh viêm xương chũm.	<i>BSCKI. Nguyễn Phi Long</i>	<i>94</i>
7. Biến chứng nội sọ do tai.	<i>PGS. Nguyễn Thị Ngọc Dinh</i>	<i>99</i>
8. Bệnh viêm thanh quản.	<i>TS. Nguyễn Văn Lý</i>	<i>77</i>
9. Bệnh viêm xoang.	<i>TS. Nguyễn Thị Bích Hà</i>	<i>81</i>
10. Dị vật đường thở.	<i>BSCKI. Nguyễn Phi Long</i>	<i>111</i>
11. Dị vật thực quản.	<i>BSCKI. Nguyễn Phi Long</i>	<i>114</i>
12. Ung thư các xoang mặt.	<i>PGS. Nguyễn Thị Ngọc Dinh</i>	<i>117</i>
13. Ung thư vòm mũi họng.	<i>TS. Nghiêm Đức Thuận</i>	<i>128</i>
14. Ung thư thanh quản.	<i>TS. Nguyễn Văn Lý</i>	<i>134</i>
15. Ung thư Amidan khẩu cái.	<i>TS. Nghiêm Đức Thuận</i>	<i>141</i>

PHẦN THỰC HÀNH

LIÊN QUAN VỀ BỆNH LÝ TAI - MŨI - HỌNG VỚI CÁC CHUYÊN KHOA

PGS.TS: NG. THỊ NGỌC DINH

Tai, mũi, xoang, họng, thanh quản là những hốc tự nhiên ở sâu và kín trong cơ thể, đảm bảo những giác quan tinh tế như: nghe, thăng bằng, phát âm, đặc biệt là chức năng thở. Bởi vậy mà khi các giác quan này bị bệnh nó có ảnh hưởng không nhỏ tới các cơ quan, bộ phận trong toàn bộ cơ thể. Đó là một mối liên quan mật thiết bổ xung và hỗ trợ cho nhau. Về phương diện chức năng có nhiều người bị nghẽn ngãng hay bị điếc trong cộng đồng, ở trường học trong 6 em có 1 em bị nghe kém. Ở các kỳ tuyển quân cứ 100 người có 1 người bị loại vì điếc và hàng ngàn, hàng vạn người bị xếp vào công tác phụ.

Ngày nay cùng với sự phát triển cao về đời sống, con người ngày càng chú trọng tới chất lượng cuộc sống, điều này cũng giải thích vì sao số bệnh nhân đến khám tai, mũi, họng ngày càng đông, theo thống kê điều tra ARI cứ 2 cháu nhỏ thì có một cháu bị bệnh tai, mũi, họng. Chúng chóng mặt, mất thăng bằng gắn liền với tổn thương của tai trong, trước một trường hợp chóng mặt, thầy thuốc phải nghĩ tới tai trước khi nghĩ đến bệnh gan, dạ dày hay u não.

Về phương diện đời sống, người ta có thể chết về bệnh tai cũng như chết về bệnh tim mạch, bệnh phổi, ví dụ trong viêm tai có biến chứng não. Đặc biệt trong các bệnh ung thư. Ung thư vòm họng chiếm tỷ lệ hàng đầu trong ung thư đầu mặt cổ, bệnh có thể điều trị khỏi nếu được phát hiện sớm. Một bệnh nhân khàn tiếng kéo dài cần được khám tai mũi họng vì có thể là triệu chứng khởi đầu của bệnh ung thư thanh quản, nếu phát hiện sớm có thể điều trị khỏi bệnh. Có nhiều bệnh về Tai Mũi Họng nhưng lại có triệu chứng mượn của các chuyên khoa khác ví dụ như: bệnh nhân bị mờ mắt do viêm thần kinh thị giác hậu nhãn cầu sẽ đến khám mắt sau khi định bệnh mới biết là viêm xoang sau. Bệnh nhân bị đau đầu, mất ngủ suy nhược cơ thể đi khám thần kinh, định bệnh do nguyên nhân viêm xoang v.v...

Vì vậy thầy thuốc đa khoa cần có kiến thức cơ bản về bệnh tai mũi họng cũng như thầy thuốc Tai - Mũi - Họng cần hiểu biết mối liên quan chặt chẽ này để có thể chẩn đoán và điều trị bệnh nhân được nhanh chóng và chính xác.

I. Quan hệ với nội khoa.

1.1. Nội tiêu hoá.

Khi bệnh nhân bị viêm mũi họng, các chất xuất tiết như: đờm, dãi, nước mũi vv...là những chất nhiễm khuẩn khi nuốt vào sẽ gây rối loạn tiêu hoá. Hơn nữa hệ tiêu hoá có hệ thống hạch lympho ở ruột có cấu tạo

giống như ở họng vì vậy mỗi khi họng bị viêm thì các hạch lympho ở ruột cũng bị theo gây nên tăng nhu động ruột.

Viêm tai giữa ở trẻ em có rối loạn tiêu hoá tới 70% do phản xạ thần kinh tai - ruột (phản xạ Rey).

Nôn ra máu do vỡ tĩnh mạch bị giãn ở 1/3 dưới của thực quản (trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa).

Hội chứng trào ngược thực quản, trào dịch dạ dày vào thanh, khí phế quản gây ra viêm đường hô hấp vì dịch dạ dày có nồng độ P^H thấp.

1.2. Nội tim, thận, khớp.

Khi viêm nhiễm như viêm amidan mạn tính, bản thân amidan trở thành một lò viêm tiềm tàng (focalinfection), bệnh sẽ thường xuyên tái phát khi gặp điều kiện thuận lợi thông qua cơ chế tự miễn dịch sẽ gây ra các bệnh như viêm cầu thận, viêm khớp và các bệnh về tim. Giải quyết được các lò viêm như cắt bỏ amidan sẽ góp phần điều trị các bệnh trên.

1.3. Thần kinh.

Các bệnh viêm xoang, viêm tai thường bị đau đầu thậm chí gây suy nhược thần kinh. Đặc biệt trong ung thư vòm triệu chứng đau đầu chiếm tới 68 - 72% các trường hợp. Ung thư giai đoạn muộn bệnh nhân thường xuyên bị liệt các dây thần kinh sọ não.

1.4. Nội huyết học.

Bệnh nhân giai đoạn cuối trong các bệnh về máu thường bị viêm loét họng dữ dội chảy máu lớn phải xử trí cầm máu. Bệnh nhân trong phẫu thuật tai mũi họng thường phải kiểm tra kỹ hệ thống đông máu tuy nhiên đôi khi thông qua cơ chế dị ứng miễn dịch xuất hiện chứng đông máu rải rác ở vi mạch gây chảy máu ô ạt phải xử trí nội khoa mới được.

1.5. Nhi khoa.

Tai, mũi, họng gắn bó chặt chẽ với khoa nhi là do hầu hết các bệnh lý khoa nhi đều liên quan chặt chẽ với Tai Mũi Họng, ví dụ: do các cháu nhỏ, đặc biệt sơ sinh không biết khạc đờm, xì mũi mỗi khi các cháu bị viêm mũi họng, viêm V.A và amidan dễ gây ra viêm đường hô hấp (tỷ lệ viêm khá cao 50% trong các cháu đều mắc bệnh tai mũi họng). Do đặc điểm cấu tạo vòi Eustachi của trẻ em luôn luôn mở nên dễ bị viêm tai giữa khi các cháu bị viêm mũi họng.

Điếc sẽ gây thiếu năng trí tuệ, và thường dẫn tới em bé bị câm do không nghe được.

1.6. Truyền nhiễm.

Hầu hết các bệnh truyền nhiễm như sởi, ho gà, cúm v.v... đều có biểu hiện đầu tiên ở các cơ quan tai mũi họng. Bệnh bạch hầu thường khởi phát bằng bạch hầu ở họng. Chảy mũi là triệu chứng thường gặp trong các bệnh bạch hầu, sốt rét...

1.7. Nội hồi sức cấp cứu.

Khi tình trạng khẩn cấp bị di vật đường ăn, đường thở thì Bác sỹ Tai Mũi Họng cùng các Bác sỹ hồi sức cấp cứu cho bệnh nhân. Suy hô

hấp nặng, hôn mê phải mở khí quản để làm hô hấp hỗ trợ và hút đờm dãi...

1.8. Da liễu.

Dị ứng da như bệnh tổ đũa, eczema có liên quan với dị ứng niêm mạc đường hô hấp. Các bệnh như giang mai, lậu, hủi, AIDS đều có biểu hiện ở tai mũi họng như: gôm giang mai, các vết loét v.v...

1.9. Tâm thần.

- Bệnh nhân bị rối loạn thần kinh chức năng.
- Bệnh nhân bị rối loạn cảm giác: loạn cảm họng...
- Bệnh nhân bị ảo thính ...

1.10. Khoa lao và bệnh phổi.

Tai Mũi Họng là cửa ngõ của đường hô hấp, là đường hô hấp trên do đó có mối quan hệ bệnh lý khá chặt chẽ. Lao thanh quản thường là thứ phát sau lao phổi. Dị ứng đường hô hấp...

II. Quan hệ với chuyên khoa răng hàm mặt.

Răng Hàm Mặt là một khoa cận kề với Tai Mũi Họng và các bệnh lý có liên quan chặt chẽ như: trong xử trí đa chấn thương, trong phẫu thuật thẩm mỹ... Trong bệnh lý ung thư đầu mặt cổ, trẻ em có dị dạng bẩm sinh. Viêm xoang hàm do răng (răng sâu, răng mọc lạc chỗ). Viêm khớp thái dương hàm gây ra nhức đầu, ù tai.

III. Quan hệ với chuyên khoa mắt.

Bệnh lý của khoa mắt liên quan chặt chẽ với khoa Tai Mũi Họng đặc biệt trong viêm xoang sau gây viêm thần kinh thị giác hậu nhãn cầu. Nếu điều trị xoang phục hồi thì thị lực cũng phục hồi. U nhầy xoang trán: u to dần đẩy lùi nhãn cầu. Viêm xoang sàng có thể xuất ngoại ở góc trong trên của mắt dễ nhầm với viêm túi lệ.

IV. Quan hệ với chuyên khoa thần kinh sọ não.

- Các khối u tai trong (u dây thần kinh số VIII), u xoang bướm...
- Trong chấn thương vỡ nền sọ :

Vỡ nền sọ trước: chảy máu mũi dữ dội.

Vỡ nền sọ giữa: chảy máu tai, liệt mặt, điếc.

V. Quan hệ với chuyên khoa sản.

Trẻ sơ sinh có những dị dạng trong tai mũi họng ảnh hưởng tới hô hấp và tiêu hoá như: hở hàm ếch, dò thực quản-khí quản, hội chứng trào ngược thực quản...

VI. Quan hệ với chuyên khoa y học lao động.

Khoa học ngày càng phát triển cùng với tiến độ của khoa học có nhiều bệnh nghề nghiệp xuất hiện như:

- Tiếng ồn trong công nghiệp và trong quốc phòng gây điếc, trong không quân, hải quân: cơ quan tai chiếm một vị trí quan trọng liên quan tới nghề nghiệp.
- Chống bụi.
- Chống hơi độc...

- Chấn thương âm thanh, chấn thương do áp lực không khí trong những quân binh chủng đặc biệt như binh chủng xe tăng, hải quân, không quân.

PHƯƠNG PHÁP KHÁM TAI

BSCKI: NG. PHI LONG

1. Hỏi bệnh.

Khai thác những triệu chứng sau đây: Đau tai, giảm thính lực, ù tai, chảy tai, chóng mặt và liệt mặt.

Thời gian xuất hiện, diễn biến, liên quan của các triệu chứng với nhau, với toàn thân với các cơ quan khác. Những triệu chứng chức năng như: đau, điếc, ù tai, chóng mặt mà bệnh nhân kể, cần phân tích xem có đúng không? vì bệnh nhân có thể dùng những từ không đồng nghĩa với thầy thuốc. Ví dụ: có những bệnh nhân kêu là chóng mặt nhưng khi hỏi kỹ thế nào là chóng mặt, thì họ kể rằng mỗi khi đứng dậy nhanh thì tối sầm mắt kèm theo nẩy đom đóm mắt. Chúng ta gọi hiện tượng này là hoa mắt (Éblouissement) chứ không phải chóng mặt (Vettige).

Ngoài ra chúng ta phải tìm hiểu thêm về các hiện tượng bệnh lý ở những cơ quan khác như: tim, mạch máu, phổi, đường tiêu hoá... tất cả các triệu chứng đó sẽ giúp chúng ta nhiều trong việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh.

Tình trạng toàn thân của người bệnh: tình trạng nhiễm khuẩn, thể trạng suy nhược.

Đã điều trị thuốc gì chưa? phương pháp điều trị trước đây, đã mổ chưa? ai là người mổ, mổ ở đâu? ...

Các rối loạn của cơ quan khác như: thần kinh, tiêu hoá (hỏi bệnh nhân xem có rối loạn tiêu hoá, có bị thấp khớp không? Những bệnh toàn thân có ảnh hưởng đến một số hiện tượng như: ù tai, điếc, chóng mặt...

Hỏi về tiền sử: cần hỏi về tiền sử cá nhân, gia đình, các yếu tố sinh hoạt, nghề nghiệp, thói quen như: hút thuốc lá, uống rượu, dị ứng thuốc, đẻ non...

2. Thăm khám thực thể.

2.1. Khám bên ngoài.

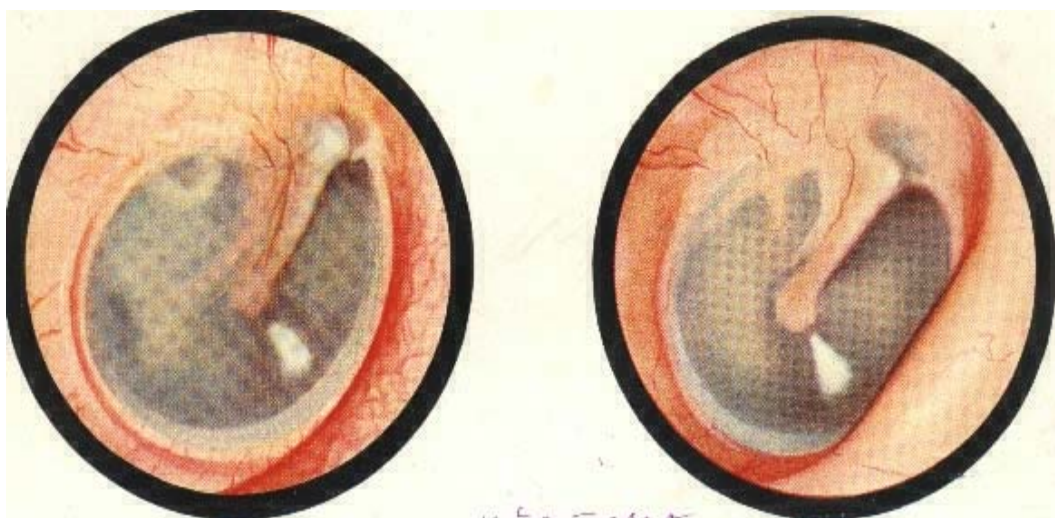
- Quan sát và phát hiện những biến đổi về hình thái của da, các biến dạng ở vành tai (do bẩm sinh), những trường hợp viêm hạch do mụn nhọt hay rò xương chũm. Chúng ta quan sát vành tai, cửa tai xem da ở trước tai và sau tai.
- Sờ nắn vùng chũm, vành tai để biết được điểm đau và chỗ sưng phân biệt viêm ống tai ngoài đơn thuần tiên lượng tốt hơn so với viêm xương chũm.
- Dùng ngón tay cái ấn vào những điểm kinh điển như: hang chũm, mòm chũm, bờ chũm, nắp tai để tìm điểm đau. Chú ý hiện tượng nhàn mặt khi ta ấn vào tai bệnh.

- Đối với trẻ nhỏ chúng ta không nên dựa hoàn toàn vào sự trả lời của bệnh nhi vì sờ vào chỗ nào nó cũng kêu đau hoặc khóc thét lên. Trái lại chúng ta đánh giá cao hiện tượng nhăn mặt vì đau khi chúng ta ấn vào tai bệnh.
- Tay sờ giúp chúng ta phát hiện sự đóng bánh ở sau tai hoặc sưng hạch ở trước tai.



H1. Cách bế em bé khi khám tai

H2. Cách kéo vành tai khi khám



H3. Hình ảnh màng tai bình thường

2.2. Soi tai và màng tai.

Tư thế bệnh nhân:

- Nếu soi tai trẻ nhỏ, nên cho đi tiểu trước khi khám nhờ một người phụ bé trên lòng. Nếu trẻ quấy khóc, dây giũa, cuộn trẻ vào một khăn to nhờ 3 người giữ, một người giữ đầu, 1 người giữ vai và tay và 1 người giữ chi dưới. Hoặc người mẹ phải bế em bé trên đùi và ôm ghì em bé vào ngực để giảm sự sợ hãi và dấy dựa.
- Nếu bệnh nhân là người lớn để họ ngồi đối diện với thầy thuốc. Bệnh nhân quay đầu, hướng tai được khám đối diện với thầy thuốc, chú ý khám tai tốt trước, tai bệnh sau.

Sử dụng speculum tai:

- Thầy thuốc đầu đội đèn clar hoặc gương trán tập trung ánh sáng vào cửa tai. Một tay cầm phía trên vành tai kéo nhẹ lên phía trên và ra sau. Tay kia cầm phễu soi tai bằng hai ngón cái và trỏ, đưa nhẹ và hơi xoay ống soi vào trong và chọn speculum vừa cỡ với ống tai.
- Nên hơi ẩm dụng cụ (mùa lạnh) trước khi cho vào tai. Khi đặt speculum không nên đẩy thẳng từ ngoài vào trong mà phải theo chiều cong của ống tai, tránh làm tổn thương thành ống tai.
- Nếu có ráy hoặc mũ ống tai thì phải lấy ráy hoặc lau sạch mũ rồi mới khám tai.
- Muốn thấy phần trên của màng nhĩ cần phải hướng phễu soi tai về phía trên và phía trước.

Quan sát từ ngoài vào trong:

- Xem ống tai ngoài có hẹp, loét, xước da, dị vật hay nút ráy không?
- Khám màng nhĩ: Phải biết được hình dạng, màu sắc, độ nghiêng của màng nhĩ, hình dạng các mốc giải phẫu, độ lõm, độ phồng, có thủng, có rách không? để chẩn đoán viêm tai giữa.

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

Người ta chia màng nhĩ làm 2 phần, phần căng và phần chùng. Ranh giới giữa 2 phần là dây chằng nhĩ búa trước và dây chằng nhĩ búa sau. Giữa phần căng và chùng ta thấy có điểm lõm, đó là rốn màng nhĩ tương xứng với cực dưới của cán búa. Cán búa là 1 cái gờ dọc đi từ bờ trên của màng căng xuống đến rốn màng nhĩ, nó hơi nghiêng về phía trước khoảng 15° . Ở cực trên của cán búa có 1 điểm lồi bằng đầu kim ghim, được gọi là mồm ngắn của xương búa. Về phía dưới và trước của màng nhĩ có 1 vùng sáng hình tam giác. Đó là sự phản chiếu ánh đèn do mặt bóng của màng nhĩ (gọi là nón sáng). Phần chùng bắt đầu từ phía trên dây chằng nhĩ búa, màng nhĩ ở đây màu hồng, dễ nhâm lẫn với da của ống tai. Phần chùng còn được gọi là màng Shrapnell và ngăn cách thượng nhĩ với ống tai ngoài.

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



Hình 4. Hình ảnh màng tai bệnh lý

Các mốc giải phẫu:

- Máu ngăn xương búa: nhỏ bằng đầu đinh ghim, lồi lên và lộ ra qua màng nhĩ, đó là mỏm ngăn của xương búa.
- Cán xương búa: là một nếp trắng, đi xuống dưới và ra sau tới giữa màng căng.
- Tam giác sáng: từ trung tâm màng nhĩ ta thấy hiện lên một vùng sáng do sự phản chiếu ánh sáng lên mặt của màng nhĩ.
- Dây chằng nhĩ búa trước và sau: đi từ máu ngăn xương búa ngang ra phía trước và phía sau.
- Màng chùng: ở trên máu ngăn xương búa và dây chằng nhĩ búa (màng Shrapnell).
- Màng căng: dưới màng chùng.

Màng nhĩ bình thường: ở mỗi người có thể khác nhau vì vậy phải xem cả 2 tai để có cơ sở so sánh. Màng căng có hình tròn, màu trắng xám hơi nghiêng so với trục ống tai. Màng chùng màu đục, có hình tam giác.

Trong trường hợp tai bị bệnh chúng ta sẽ thấy sự thay đổi màu sắc, độ bóng, độ nghiêng của màng nhĩ. Trong trường hợp tai giữa có mủ thì màng nhĩ sẽ bị đẩy lồi ra ngoài. Sự vắng mặt của tam giác sáng và của những nếp gờ sẽ nói lên màng nhĩ bị phù nề. Màng nhĩ cũng có thể bị thủng hoặc có những sẹo mỏng, sẹo dày, sẹo dính, sẹo vôi hoá.

Nếu màng nhĩ thủng cần xem kỹ lỗ thủng, ở màng căng hay màng chùng, hình thái lỗ thủng, một lỗ hay nhiều lỗ, kích thước và có sát khung xương không? bờ lỗ thủng có nhẵn hay nhám nhờ, có polyp không?...

2.3. Khám vòi nhĩ (Eustache).

Chúng ta có nhiều cách thử để xem vòi nhĩ (Eustachi) có bị tắc không?

- Nghiệm pháp Toyenbee: bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và nuốt nước bọt, nếu bệnh nhân có nghe tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông.
- Nghiệm pháp Valsava: bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và thổi hơi thật mạnh làm phồng cả 2 má, nếu bệnh nhân có nghe thấy tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông.
- Nghiệm pháp Polizer: bảo bệnh nhân ngậm 1 ngụm nước, bịt 1 bên mũi, thầy thuốc dùng 1 quả bóng cao su to bơm không khí vào mũi bên kia trong khi bệnh nhân nuốt nước, nếu bệnh nhân nghe tiếng kêu trong tai tức là vòi Eustachi thông.

3. X-Quang.

Khi có nghi ngờ viêm tai xương chũm cần chụp phim xác định các tổn thương. Các tư thế: Schuller, Chaussee III, Stenver, Mayer.

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

Bệnh lý:

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

PHƯƠNG PHÁP KHÁM MŨI - XOANG

TS NG. ĐỨC THUẬN

1. Hỏi bệnh.

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

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

Các triệu chứng chính:

- Ngạt, tắc mũi: là triệu chứng chính của mũi, thời gian và mức độ ngạt tắc mũi, 1 hay 2 bên, có liên quan đến thời tiết, đến tư thế đầu và các triệu chứng khác.
- Chảy mũi: đánh giá tính chất, mức độ và thời gian chảy, diễn biến và liên quan đến thời tiết, đến các yếu tố khác và các triệu chứng khác.
- Mất ngủ: những biến đổi về ngủ, thời gian, mức độ và liên quan đến các triệu chứng khác.

- Đau: cũng thường gặp, do tự phát hay khi gây ra, tính chất, vị trí, mức độ và thời gian đau, liên quan đến các triệu chứng khác, hướng lan, liên quan đến các triệu chứng khác.
- Hắt hơi: thành tràng kéo dài hay chỉ một vài lần?

2. Khám thực thể mũi.

Dụng cụ khám mũi;

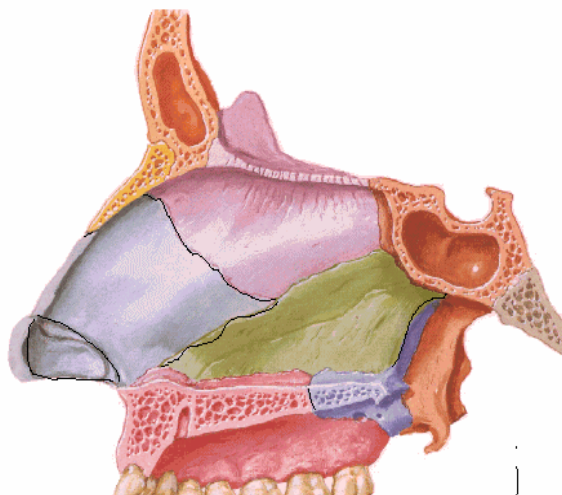
- Đèn Clar.
- Gương trán.
- Đè lưỡi.
- Gương soi vòm.
- Soi mũi Speulum các cỡ.

2.1. Khám ngoài:

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

2.2. Khám trong:

- Tiền đình mũi: dùng ngón tay nâng đỉnh mũi lên để quan sát vùng tiền đình mũi xem có nốt, viêm loét...
- Soi mũi trước: dùng mở mũi, khám hốc mũi bên nào cầm dụng cụ bằng tay bên ấy. Đưa nhẹ mở mũi vào hốc mũi ở tư thế khép, khi vào trong hốc mũi, mở cánh soi mũi rộng ra. Nhìn theo hai trục ngang và trục đứng. Thường cuốn mũi dưới hay bị nề, che lấp hốc mũi, khi đó phải đặt một mảnh bông nhỏ thấm dung dịch gây co như: ephedrin, naphthasolin, xylocain 1-2 phút, sau khi gây co cuốn mũi khám lại để quan sát kỹ và đầy đủ hơn.
- Soi mũi sau: nhằm quan sát gián tiếp (qua gương soi) vùng vòm họng, cửa mũi sau, loa và miệng của vòi tai. Dùng đè lưỡi và gương soi mũi sau (đường kính 1-2 cm).



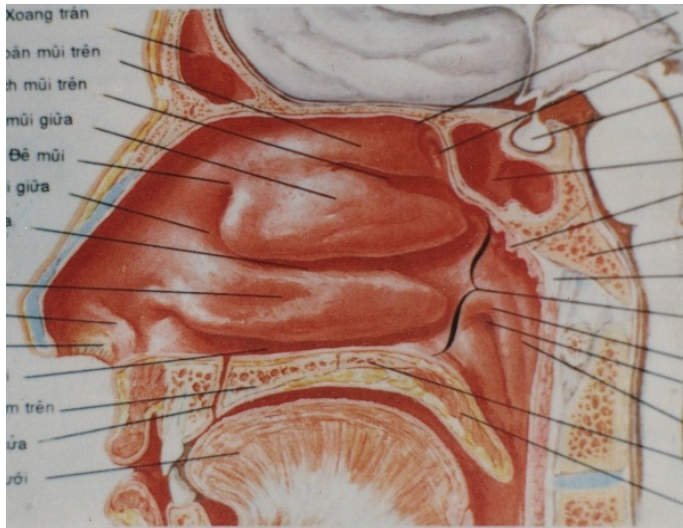
Hình 1. Giải phẫu vách ngăn mũi

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

Cuốn mũi giữa: nhẵn, màu trắng hồng.

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

Vách ngăn mũi: thẳng, chân hơi



phình thành gờ,
niêm mạc màu
hồng nhạt, nhẵn,
ướt.

Hình 2. Giải phẫu vách mũi xoang

Cách soi:

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

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

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

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

3. Khám thực thể xoang.

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

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

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

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

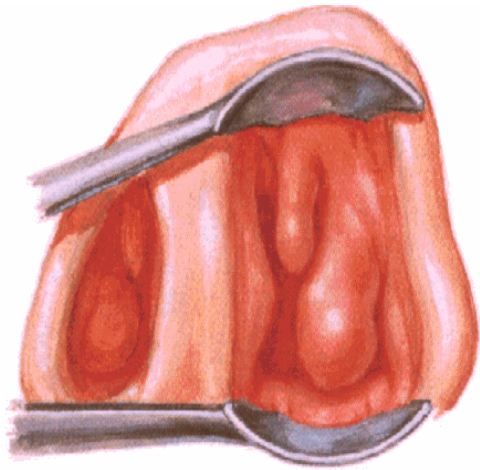
Cần so sánh hai bên để tìm cảm giác đau chính xác.

- Soi bóng mờ: dùng đèn soi bóng mờ (như đèn pin) thực hiện trong buồng tối, để bệnh nhân ngậm đèn trong miệng, hướng nguồn sáng ra phía mặt. Với xoang hàm bình thường, nguồn sáng đi qua tạo thành bóng sáng hình tam giác ở dưới ổ mắt. Để nguồn sáng áp vào thành trên ổ mắt hướng nguồn sáng lên trán, nếu xoang trán bình thường sẽ có một bóng sáng ở vùng trong cung lông mày. Phương pháp soi bóng

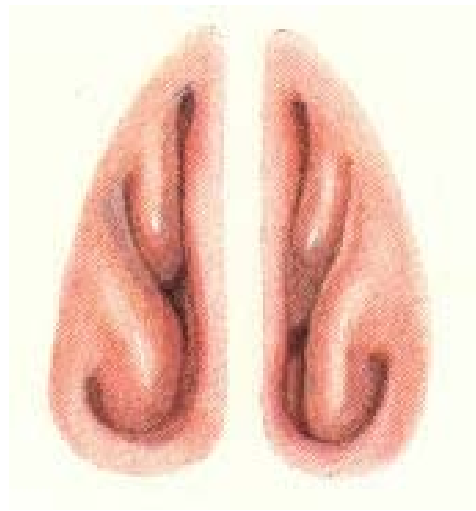
mờ không cho kết quả chính xác, rõ ràng nên hiện nay ít được áp dụng.

- Chọc dò xoang hàm: xoang hàm có lỗ thông với hốc mũi khe giữa, dùng một kim chọc qua vách xương ngăn mũi xoang ở khe dưới để vào xoang hàm. Qua đó có thể hút để quan sát chất ứ đọng trong xoang, thử tìm vi khuẩn hoặc tế bào học. Cũng có thể bơm nước ấm hay dung dịch nước muối sinh lý vào xoang để nước chảy ra qua lỗ mũi xoang ở khe giữa. Trong trường hợp viêm xoang thấy có mủ hay bã đậu chảy ra theo nước .

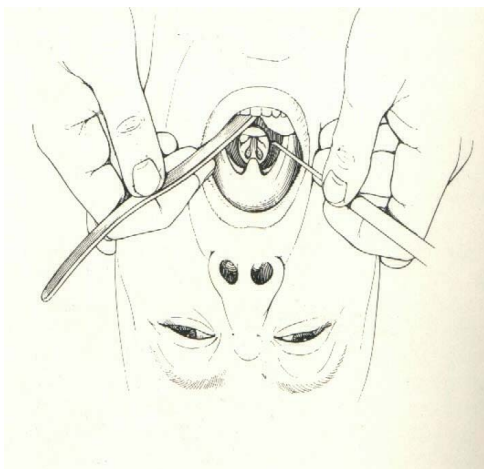
Phương pháp này đơn giản, cho chẩn đoán xác định lại kết hợp với điều trị nên thường được dùng. Cần nhớ rằng không được tiến hành khi đang trong tình trạng viêm cấp tính.



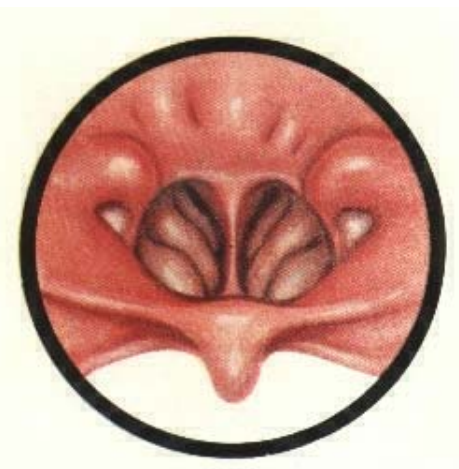
Hình3. Soi mũi trước



Hình 4. Hốc mũi bình thường



Hình5. Soi cửa mũi sau



Hình6. Cửa mũi sau bình thường

4. Khám chức năng.

- Khám chức năng thở: đơn giản nhất là cho thở trên mặt gương. Dùng gương Gladen là một tấm kim loại mạ kền sáng bóng có các vạch hình nửa vòng tròn đồng tâm và một vạch thẳng chia đôi đúng giữa. Để gương khít trước mũi bệnh nhân, vạch thẳng tương ứng với tiểu trụ, gương nằm ngang. Khi thở ra có hơi nước sẽ làm mờ gương. Theo mức độ gương bị mờ để đánh giá chức năng thở. Nếu gương không bị mờ là mũi bị tịt hoàn toàn. Cũng có thể dùng gương soi thường để thử. Người ta còn dùng khí mũi kế (Rhinometrie) để đo áp lực thở của từng hốc mũi được cụ thể hơn hoặc có thể ghi lại trên giấy để có bằng chứng.

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

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

5. X- quang: Hai tư thế cơ bản là:

Tư thế Blondeau (mũi - cầm phim).

Bình thường:

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

Bệnh lý:

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

Tư thế Hirtz (cầm - đỉnh phim).

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

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

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

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

PHƯƠNG PHÁP KHÁM HỌNG - THANH QUẢN

BSCKII ĐÀO GIA HIỂN

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

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

Các triệu chứng chính cần lưu ý:

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

2. Khám họng, thanh quản.

Dụng cụ:

Đèn Clar, gương trán.

Đè lưỡi

Gương soi vòm, soi thanh quản.

Thuốc tê

2.1. Khám họng:

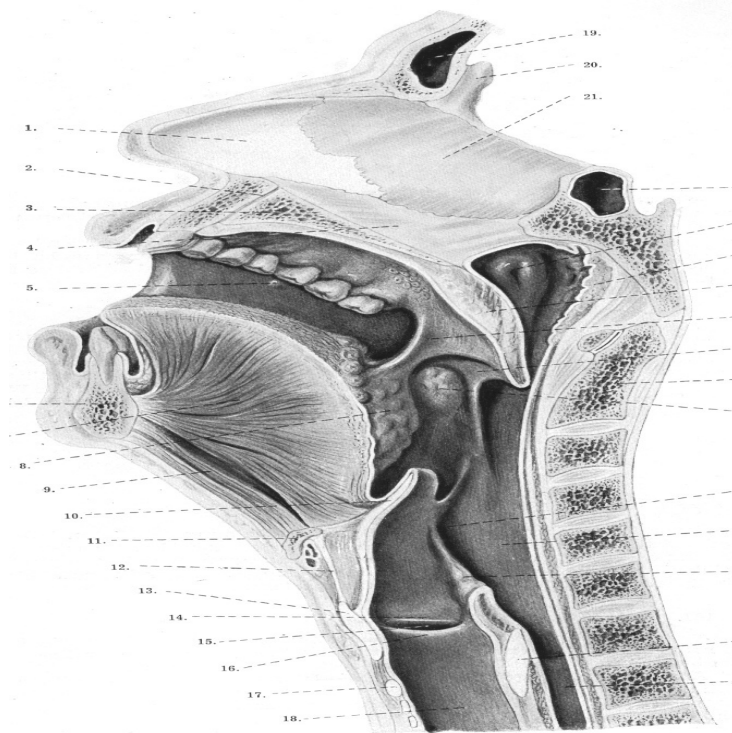
Khám họng gồm 3 bước: khám miệng, khám họng không có dụng cụ, khám họng có dụng cụ.

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

Khám họng bằng đè lưỡi:

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

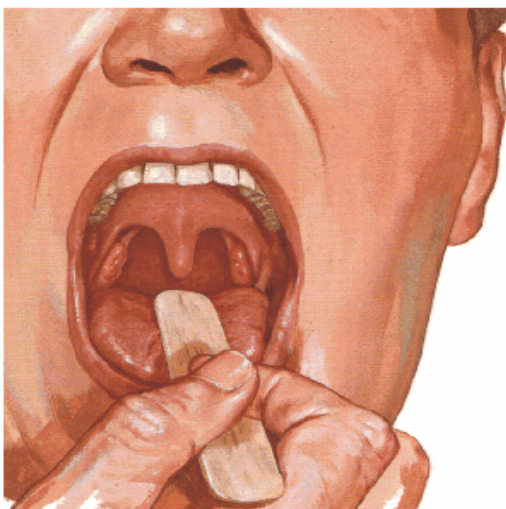
Thầy thuốc đặt nhẹ đè lưỡi lên 2/3 trước lưỡi sau đó ấn lưỡi từ từ xuống, không nên để lâu quá.



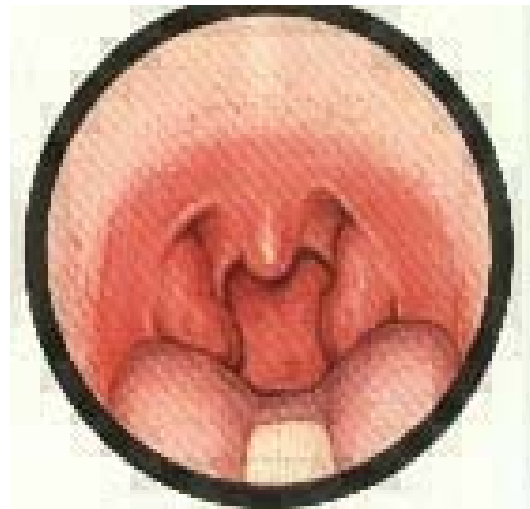
Hình 1. Thiết đồ bổ dọc qua họng - thanh quản

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

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



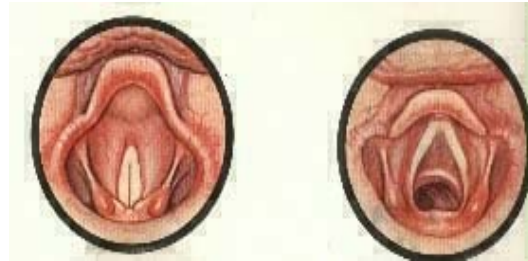
Hình 2. Cách khám họng



Hình 3. Hình ảnh họng miệng



Hình 4. Cách khám thanh quản



Hình 5. Thanh quản bình thường

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

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

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

2.2. Khám thanh quản:

- Bằng gương (gián tiếp):

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

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

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

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

- Các bệnh thường gặp:

Viêm nề thanh quản.

Hạt xơ dây thanh.

Polyp dây thanh.

U (gặp trong ung thư thanh quản).

PHƯƠNG PHÁP KHÁM THÍNH LỰC

1. Bộ máy thính giác:

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Dùng tiếng nói.

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

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

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

- Đo bằng tiếng nói thầm: nói thầm (là nói bằng giọng hơi, không thành tiếng) thường khám khoảng 5 m, nói từng câu, thông thường 3 đến 5 từ, có thể nói 1 địa danh quen thuộc như: thành phố Hồ Chí Minh, Hà

Nội... và yêu cầu bệnh nhân nhắc lại. Nếu bệnh nhân không nghe thấy, thầy thuốc tiếp tục tiến dần sát với bệnh nhân (khoảng 0.5m), và ghi lại khoảng cách đầu tiên mà bệnh nhân nhắc lại được.

- Đo bằng tiếng nói thường: chỉ thực hiện khi khoảng cách nghe được với tiếng nói thầm dưới 1 m vì tai bình thường nghe được tiếng nói thường ở khoảng cách trên 5 m. Cách đo tương tự như trên, thay tiếng nói thầm bằng tiếng nói thường như trong giao tiếp sinh hoạt.

Nhận định:

Bình thường:

Nói thầm: nghe được xa 0,5 m

Nói thường: nghe được xa 5 m

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

BẢNG TÍNH THIẾU HỤT SỨC NGHE SƠ BỘ

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

2.2. Đo bằng dụng cụ đơn giản.

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

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

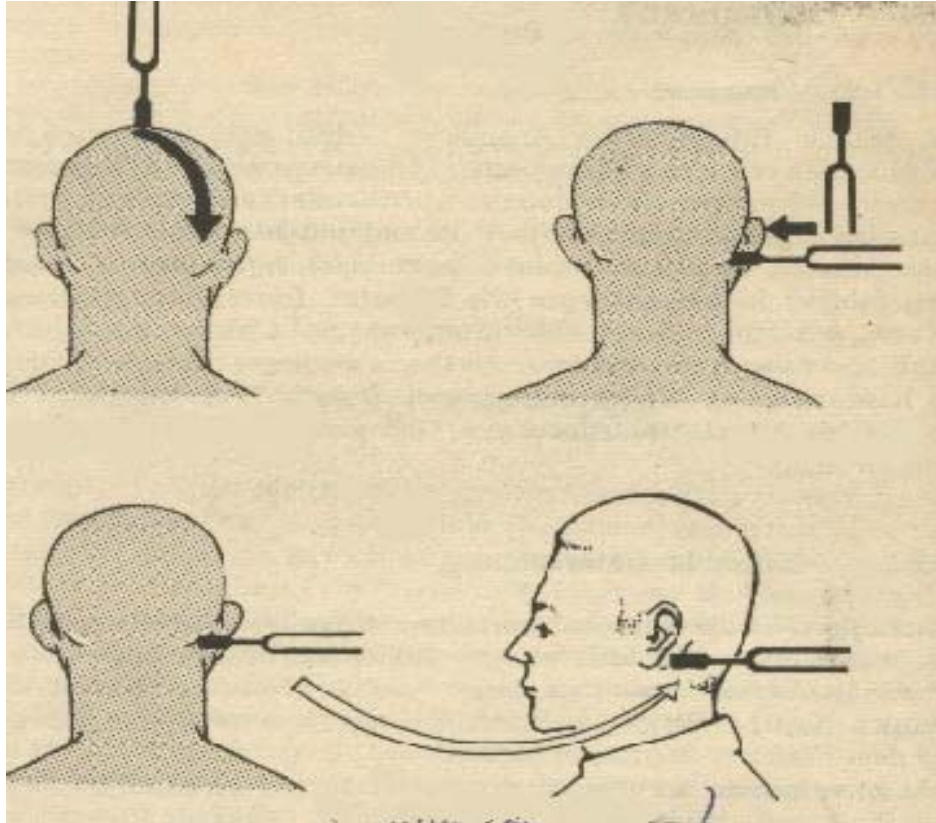
Cách đo:

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

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

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

- Nghiệm pháp Rinne: So sánh thời gian nghe bằng đường khí và thời gian nghe bằng đường xương. Bình thường thời gian nghe bằng đường khí kéo dài hơn thời gian nghe bằng đường xương NP Rinne (+). Nếu thời gian nghe bằng đường khí ngắn hơn thời gian nghe bằng đường xương NP Rinne (-).



Cách đo thính lực bằng âm mẫu

Nhận định:

PHIẾU ĐO SỨC NGHE ĐƠN GIẢN

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

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

Tai trái nghe kém thể dẫn truyền.

Trường hợp điếc hỗn hợp: dùng thêm các âm thoa 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096 Hz sẽ thấy đối với âm thoa này (ví dụ âm trầm) thì có

tính dẫn truyền, đối với các loại khác (ví dụ âm cao) thì lại có tính tiếp nhận.

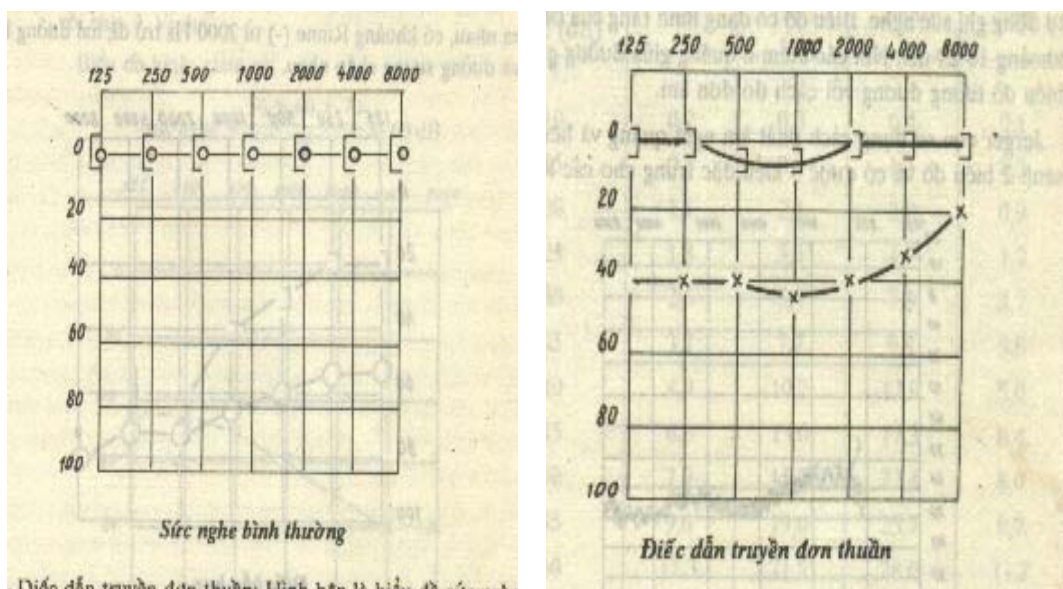
2.4. Dùng máy đo sức nghe (Audiometer-Thính lực kế).

Cách đo:

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

Nhận định:

THÍNH LỰC ĐỒ



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

Ký hiệu	Tai phải	Tai trái
Đường khí	0—0 (màu xanh)	x—x (màu đỏ)
Đường xương	[—[]—]

- Trục đứng là trục cường độ đơn vị là dB. Trục ngang là trục tần số đơn vị là Hz.
- Máy thông thường phát ra các âm có tần số 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000, 8000 Hz và có thể các tần số trung gian 3000, 6000 Hz, ở các mức cường độ 0-100 dB. Máy đo sự giảm sút sức nghe so với người bình thường, 0 dB là cường độ tối thiểu để người bình thường bắt đầu nghe được. Máy đo từng mức 5 dB, trên máy có ghi cường độ - 20 dB,

- 10 dB đo cho những người nghe tốt hơn mức bình thường. Giảm sức nghe càng nhiều, số đo càng lớn.
- Đo đường xương bằng khối rung, kết quả phản ánh dự trữ ốc tai, tiềm năng sức nghe.

Phân loại điếc:

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

Mức độ điếc:

- Điếc nhẹ 20 - 40 dB
- Điếc vừa 40 - 60 dB
- Điếc nặng 60 - 80 dB
- Điếc đặc > 80 dB

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

3.1. Đo trở kháng.

Có hai ứng dụng trên lâm sàng.

- Nhĩ lượng (Tympanometrie): bình thường biểu hiện như một hình nón không cân xứng, đáy lồi, đỉnh trùng với áp suất bằng 0. Khi có dịch tiết hay nhầy trong hòm nhĩ, vòi nhĩ bị tắc một phần hay tắc hoàn toàn... Nhĩ lượng có hình ảnh bệnh lí đặc biệt.
- Phản xạ cơ bàn đạp (Impedanzmetrie): trường hợp bình thường và điếc dẫn truyền đơn thuần, ngưỡng phản xạ cách ngưỡng nghe khoảng 85 dB. Khi có hồi thính, ngưỡng này thu hẹp lại. Đo phản xạ có thể phát hiện nhiều trường hợp điếc giả vờ.

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

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

Cách đo:

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

PHƯƠNG PHÁP ĐỌC X-QUANG TẠI MŨI HỌNG

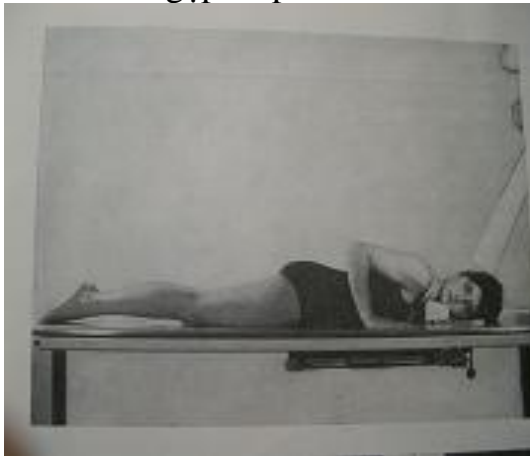
1. X-quang tai, xương chũm.

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

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

Tiêu chuẩn:

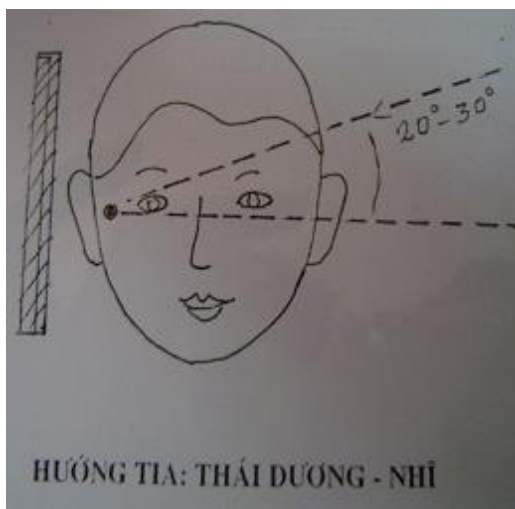
- Ống tai ngoài và ống tai trong trùng khít lên nhau, ngang mức với khớp thái dương hàm.
- Vành tai gập về phía trước.



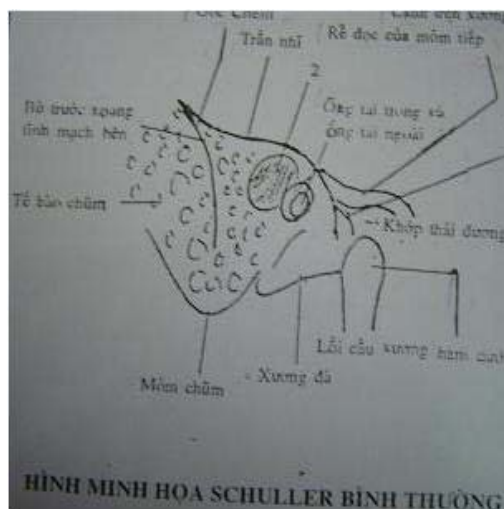
Hình 1: Tư thế chụp nằm



Hình 2: Tư thế chụp ngồi



Hình 3. Hướng tia thái dương - nhĩ



Hình 4. Xương chũm bình thường

Kết quả:

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

Bệnh lý:

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

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

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

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

Kết quả:

Bình thường:

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

Bệnh lý:

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

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

2. X-quang mũi, xoang.

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

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

Tiêu chuẩn:

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

Kết quả:

Bình thường:

- Hốc mũi có khoảng sáng của khe thở rõ.

- Các xoang hàm, trán sáng đều (so với ổ mắt), các thành xương đều rõ.

Bệnh lý:

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

Lưu ý:

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



Hình 5: Tư thế Blondeau



Hình 6: Tư thế Hirtz

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

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

Tiêu chuẩn:

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

Kết quả:

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

Bệnh lý:

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

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

Tư thế:

- Coronal
- Axial

3. X-quang họng, thanh quản.

3.1. Tư thế cổ thẳng, nghiêng.

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

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

THUỐC DÙNG TRONG TAI MŨI HỌNG

1. Tính chất và vai trò niêm mạc vùng tai mũi họng

1.1. Chức năng sinh lý của niêm mạc mũi:

Mũi có chức năng hô hấp, phát âm và ngửi. Không khí được sưởi ấm, làm ẩm và lọc sạch trước khi vào phổi. Màng biểu mô mũi có chức năng lọc và thanh toán các dị vật có đường kính lớn trên 15µm. Ngược lại các hạt từ 1µm và bé hơn chỉ có 5% bị giữ lại ở màng nhầy. Các dị vật này được màng nhầy chuyển ra cửa mũi sau. Nhờ sự hoạt động có hiệu quả, mà các khoang phụ của mũi trở nên vô trùng.

1.2. Miễn dịch tự nhiên của đường hô hấp (những yếu tố đề kháng không đặc hiệu): hàng rào đầu tiên và khó vượt qua nhất đối với vi khuẩn là bề mặt nguyên vẹn của niêm mạc và lớp màng nhầy bao phủ trên bề mặt của nó. Nhiễm khuẩn chỉ xảy ra khi các vi khuẩn có độc tố cao đủ khả năng gây thương tổn vượt qua được hàng rào niêm mạc.

Phần lớn các vi khuẩn có kích thước lớn được giữ lại ở lớp màng nhầy của đường hô hấp trên rồi bị đẩy ra ngoài bởi hoạt động của lớp màng nhầy và lớp nhung mao của niêm mạc mũi. Hệ thống làm sạch này thường khá hiệu quả. Nó cũng bị yếu đi bởi hút thuốc lá, bệnh viêm mũi mạn tính (niêm mạc mũi bị xơ hoá, teo đét, quá phát, hít phải dịch dạ dày trào ngược, những đợt tấn công của siêu vi trùng hoặc chấn thương do đặt nội khí quản). Một cơ thể khoẻ mạnh là một cơ thể có chức năng điều hoà miễn dịch tốt.

Sự đề kháng của biểu mô đường hô hấp do vai trò của Ig trong lớp màng nhầy của mũi. Bao gồm: IgG, IgA, IgM ngoài ra còn có men lysozim, và độ P^H cố định từ: 6,8 -7,2

1.3. Yếu tố cơ học: sự làm sạch được tiến hành bởi lớp màng nhầy

Bệnh học của tai mũi họng và xoang thực chất là bệnh học của niêm mạc. Trong điều trị bệnh lý tai mũi họng chủ yếu dùng các thuốc điều trị tại chỗ, ít khi dùng thuốc điều trị toàn thân.

Niêm mạc vùng tai mũi họng có cấu trúc phức tạp, nơi gặp nhau của 2 đường hô hấp và tiêu hoá nên cấu trúc của của niêm mạc có những điểm giống và khác nhau.

- Giống nhau: đều được cấu tạo bởi nếp gấp của biểu mô và lớp tổ chức đệm.
- Khác nhau: khu vực hô hấp bao gồm mũi, họng, thanh quản, khí quản là biểu mô trụ đơn có lông chuyển. Khu vực ngã tư hô hấp - tiêu hoá, miệng thực quản, thực quản được bao phủ bởi biểu mô lát tầng. Do đó niêm mạc vùng tai mũi họng vừa mang tính chất cảm giác, vừa mang tính chất bảo vệ. Vì vậy khi dùng thuốc phải bảo đảm vừa chữa khỏi bệnh vừa phải bảo vệ được sự toàn vẹn của niêm mạc.

2. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý về tai.

Trong các trường hợp tai có dịch mũ, nhày, chảy máu... hoặc sau phẫu thuật tai.

2.1. Lau tai-rửa tai: nhằm làm sạch hết dịch mũ, dịch nhày, dịch máu ở tai.

Thuốc thường dùng: oxy già (H_2O_2) 6 đến 12 đơn vị thể tích hoặc nước muối sinh lý, nước chè tươi.

Cách sử dụng: rửa hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai, sau đó dùng que tăm bông lau sạch dịch mũ trong tai, làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông khô thấm sạch không để dịch rửa ứ đọng trong tai.

2.2. Thuốc rửa tai.

Thuốc thường dùng:

Cồn boric 2-5% khi chảy dịch nhày.

Glyxêrin bôrat 2-5% khi chảy dịch mũ.

Cloramphênicol 0.4%

Hydrocortison tùy trường hợp chảy tai cụ thể.

Ngày nay thường hay sử dụng các biệt dược như: Polydexa, Otofa, Otipax... trong những trường hợp chảy tai do viêm tai giữa cấp, mạn tính hoặc viêm ống tai ngoài cấp tính.

Cách sử dụng: ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc vào ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu. Nếu lỗ thủng nhỏ dùng ống soi tai Siegle hay bóng cao su có đầu khít vừa ống tai, bóp nhẹ bóng để khí nén đẩy thuốc qua lỗ thủng vào hòm tai. Bệnh nhân sẽ thấy đắng khi thuốc qua vòi tai xuống họng là tốt.

2.3. Thuốc phun vào tai:

Thuốc thường dùng: bột Axit boric, bột phèn phi, bột tô mộc... khi chảy dịch nhày. Bột kháng sinh tốt nhất là bột Cloramphênicol khi chảy mũ.

Cách sử dụng: kéo vành tai lên trên, ra sau để thuốc dễ đi thẳng vào tai. Dùng bình phun thuốc hay để một ít thuốc ở ống tai, dùng bóng cao su bóp nhẹ đẩy thuốc vào sâu, đều khắp thủng tai.

3. Cách dùng thuốc trong điều trị bệnh lý mũi, xoang.

3.1. Thuốc rửa mũi:

Thuốc thường dùng:

- Các thuốc co mạch:

Ephêdrin 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn, có thể dùng Supharin.

Naph tazôlin 0.5% cho trẻ em, 1% cho người lớn (không dùng cho trẻ sơ sinh).

Adrenalin 1% dùng cho trẻ sơ sinh.

- Các thuốc sát khuẩn, chống viêm:

Argyron 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn (thuốc cần đựng trong lọ màu hay bọc giấy đen, tránh để chỗ nắng, sáng).

Cloroxit 4%.

Ngoài ra còn có các loại thuốc dùng trong các ống đựng chất bay hơi thường là Menthol để hít hơi vào mũi tạo thông thoáng và sát khuẩn.

Cách sử dụng: khi rửa mũi bệnh nhân phải nằm ngửa, đầu thấp, mặt hơi ngả về bên được rửa thuốc. Không nên tra thuốc ở tư thế đứng thẳng vì thuốc không tới được các cuốn mũi, như vậy sẽ không có hiệu quả.

Lưu ý: trước khi rửa thuốc, mũi phải được rửa sạch bằng nước muối sinh lý.

3.2. Thuốc khí dung mũi, xoang:

Thuốc thường dùng: kháng sinh, corticoit...

Cách sử dụng: cho thuốc theo một tỷ lệ nhất định vào bầu đựng thuốc của máy khí dung, sau đó lắp vào máy và khí dung theo đường mũi, thời gian một lần khí dung 10 - 20 phút, ngày có thể khí dung 1 - 2 lần.

4. Cách dùng thuốc điều trị bệnh lý họng, thanh quản.

4.1. Thuốc súc họng:

Thuốc thường dùng: nguyên tắc chung là dùng các dung dịch kiềm ấm (khoảng 40 °C).

Đơn giản nhất là dùng muối ăn: natri clorua (NaCl) pha một thìa cà phê muối tinh trong 1 cốc nước ấm.

Hoặc dùng dung dịch: Kali clorua 2%, Bicarbonat natri 5%.

Tốt nhất là dùng bột B.B.M, mỗi gói 5g với thành phần:

Bicarbonat natri	2.5g
Borat natri	2.5g
Menthol	0.1g

Cách súc họng: ngậm 1 ngậm dung dịch súc họng rồi ngửa đầu ra sau, há miệng kêu “gơ gơ” liên tục, nghỉ 1 lúc lại làm tiếp, sau 2 - 3 lần như trên, nhổ dung dịch súc họng ra. Súc tiếp bằng ngậm khác và ngày làm 2 - 3 lần.

4.2. Thuốc khí dung họng, thanh quản: giống phần mũi, xoang chỉ khác đường vào là đường miệng.

4.3. Thuốc bôi họng, thanh quản: là thuốc chấm vào những vùng có bệnh tích ở họng như nề, loét, nốt phỏng...

Thuốc thường dùng: Glycerin borat 5%, Glycerin iôt 2%, xanh Metylen 1%, S.M.C (salicylat menthol cocain).

Cách sử dụng: bệnh nhân ngồi thẳng, há to miệng, thầy thuốc đeo đèn clar, tay phải cầm đèn lưỡi, tay trái cầm 1 que tăm bông thẳng, thấm thuốc vào bông và bôi chấm nhẹ trên bệnh tích. Trường hợp điều trị thanh quản phải sử dụng gương soi thanh quản và que tăm bông hình cong.

4.4. Thuốc bơm thanh quản: cũng thực hiện giống chấm thuốc thanh quản nhưng thay que bông bằng bơm tiêm (1-2 ml), có kim dài. Thuốc thường dùng là dung dịch kháng sinh, kháng nấm, cocticoit.

MỘT SỐ BÀI THUỐC THƯỜNG DÙNG

1. Thuốc làm giảm đau tai.

Clohydrat cocain	10 ctg
Axit phenic	0,20 g
Glycerin	20 g

2. Viêm ống tai ngoài.

Lau sạch ống tai ngoài, lấy hết các chất dị vật, sau đó để 1 bậc gạc có tẩm dung dịch Gentamycin 80 mg trong 24 giờ. Có thể nhỏ thêm vài giọt dung dịch vào bậc để giữ cho bậc luôn luôn ẩm, hàng ngày thay bậc 1 lần.

3. Chảy dịch tai.

Lau sạch tai, bệnh nhân nằm đầu nghiêng trên tai lành nhỏ 6 - 8 giọt dung dịch Gentamycin 80 mg vào ống tai đã được lau sạch. Người ta có thể dùng ống soi tai hơi và tận dụng sự chuyển động ép và giãn dung dịch thuốc trong ống tai sẽ vào được tai giữa và xương chũm.

4. Bột IB làm thuốc tai.

Iodofome	2g
Bột axit boric	2g

5. Điều trị viêm xoang bằng đông y.

Bắc bạch chỉ	1 lạng
Xuyên khung	1 lạng
Phong khương	1 lạng
Tân di hoa	1 lạng
Tế tân	3 đồng cân.

Tất cả các vị thuốc tán bột, mỗi ngày uống 1-2 lần, mỗi lần 3g thì khỏi.

Tất cả các vị thuốc này làm hết nhức đầu, nhức vùng mũi xoang, mất hết triệu chứng ngạt mũi, bệnh nhân dễ thở hết chảy mũi.

Thông thường sau 2 ngày hết ngạt mũi dễ thở, dễ chịu. Sau ngày thứ 5 thì hết chảy mũi và sau 10-15 ngày tất cả các triệu chứng viêm xoang hầu như mất hẳn.

6. Thuốc mỡ Coctison

Cotison	500 mg
Ephedrin	40 ctg
Cocain chlorhydrat	60 ctg
Borat Na	60 ctg
Tinh hoa hồng	2 giọt
Laholin	5g
Vaselin	20g.

7. Dung dịch thuốc làm giảm phù nề thanh quản.

Cocain chlorhydrat	5 ctg
Adrenalin 1%	3g
Glycerin	10g
Nước cất vừa đủ	60 g.

8. Thuốc chống loạn cảm họng.

Loạn cảm họng là 1 cảm giác đau hoặc cảm giác dị vật ở họng và đặc biệt là khi khám không thấy dị vật và thương tổn ở vùng họng. Thường gặp ở phụ nữ có kinh nguyệt không đều, hoặc ở những người vừa mới bị viêm họng cấp tính, những người mệt mỏi về tinh thần.

Điều trị: Siro lạc tiên.

THỦ THUẬT TRONG TAI MŨI HỌNG

1. Khí dung.

1.1. Nguyên tắc: Khí dung đây là một phương pháp để đưa thuốc vào cơ thể dưới hình thức một dung dịch thuốc trong không khí. Thuốc được phân tán thành những hạt vi thể (micelle) từ 1µm đến 8µm, hoà tan trong không khí.

Thuốc đưa vào cơ thể bằng cách khí dung sẽ có tác dụng mạnh gấp 5 lần so với những cách khác như uống hoặc tiêm. Nhờ vậy nên liều thuốc dùng có thể giảm bớt xuống. Khối lượng trung bình là 5 ml dùng trong khoảng 10 phút, ngày làm 2 hoặc 3 lần.

Khí dung có thể so sánh với xông hơi và có những điểm khác sau đây:

- Không làm mờ gương.
- Có thể đi qua vải mà không làm ướt vải.
- Phân tán rất nhanh trong không khí và lơ lửng trong không khí rất lâu.

Lưu ý:

- Không nên nhầm khí dung với xông hơi nước nóng hoặc hơi nước những loại này đều gồm những hạt nước to và làm mờ gương.
- Khí dung dùng trong tai mũi họng khác với khí dung dùng ở nội khoa. Khí dung trong tai mũi họng là những hạt vi thể cỡ trên 5 µm và lưu

lượng lớn. Áp lực trong loại máy này thường là 1kilô/cm² lưu lượng là 10 lít trong một phút, mỗi hạt vi thể kích thước khoảng 8 μm.

1.2. Chỉ định và cách khí dung.

1.2.1. Khí dung đường mũi:

- Cho vòi vào 2 bên mũi và mồm kêu “kê” dài hơi và nhiều lần. Trước khi khí dung mũi phải xì mũi sạch và nhỏ Êphêđrin vào mũi.
- Sử dụng trong trường hợp viêm mũi, xoang: nên dùng một trong những công thức sau đây:

1 lọ Gentamicin 80 mg + 2- 3 giọt Êphêđrin 3% + 0,5 ml Hydrocortison + 2 ml nước muối đẳng trương.

1 lọ Lincomycin 600 mg + 2- 3 giọt Êphêđrin 3% + 0,5 ml Hydrocortison + 2 ml nước muối đẳng trương.

- Viêm mũi, xoang dị ứng: 0,5 ml Hydrocortison + 1 lọ Vitamin C + 2 ml nước muối đẳng trương.

1.2.2. Khí dung đường họng:

- Cho vòi vào họng, trước hết phải súc miệng cho sạch lớp tiết nhầy sau đó há mồm rộng kêu “a” dài và đặt cái vòi phun họng lên 2/3 trước của lưỡi. Cần phải kêu “a” cho màn hầu vén lên thì thuốc mới vào được.
- Sử dụng trong trường hợp viêm họng, thanh quản: nên dùng một trong những công thức sau đây:

1 lọ Gentamicin 80 mg + 0,5 ml Hydrocortison + 0,5 ml Bicarbonat + 2ml nước muối đẳng trương.

1 lọ Lincomycin 600mg + 0,5 ml Hydrocortison + 0,5 ml Bicarbonat + 2 ml nước muối đẳng trương.

Lưu ý:

- Muốn cho khí dung vào xoang hàm, người bệnh ngậm vòi thủy tinh ở mồm và hít khí dung bằng mồm xong rồi thở ra đường mũi mạnh. Động tác này căn cứ vào hiện tượng sau đây: khi chúng ta hít vào thì không khí ở xoang đổ ra ngoài, khi ta thở ra mạnh đường mũi thì không khí chạy vào xoang.
- Muốn cho khí dung vào thanh quản, khí quản, người bệnh úp cái mặt nạ lên mũi và mồm rồi hít sâu và thở ra.
- Muốn cho khí dung vào phế quản bệnh nhân phải để cả mũi và mồm vào mặt nạ và phải thở vừa sâu vừa chậm. Ngoài ra lưu lượng của khí dung phải được tăng lên 30 lít trong một phút và các micelle không to quá 5μm. Đối với những người bệnh bị giãn phế quản, trước khi hít khí dung phải giải phóng các phế quản bằng cách nằm đầu thấp hoặc hút sạch phế quản.

2. Phương pháp di chuyển Proëtz.

2.1. Nguyên tắc.

- Phương pháp Proëtz là đưa thuốc dạng lỏng vào xoang bằng cách hút không khí trong xoang qua đường mũi.

- Nguyên lý bình thông nhau: chúng ta có 2 cái bình A và B thông với nhau qua một cái eo C nhỏ (đường kính độ 1 mm). Nếu chúng ta rót nước vào bình A thì nước chỉ ở trên bình A chứ không chảy xuống bình B được vì không khí trong bình B không có lối thoát (nước đã bịt kín ở eo C). Nếu ta hút không khí ở bình A thì áp lực ở bình A giảm xuống thấp hơn bình B và một phần không khí ở bình B sẽ qua cái eo C, chuyển sang bình A nếu ta thôi hút, một phần nước ở trên bình A chảy xuống bình B. Như vậy không khí đã di chuyển từ bình B sang bình A và nước từ bình A sang bình B.
- Trên cơ thể con người hốc mũi có thể so sánh như bình A, các xoang là bình B còn lỗ thông mũi, xoang là eo C. Nếu chúng ta cho thuốc vào hốc mũi rồi bịt kín lối thông với họng và hút không khí trong mũi ra thì thuốc sẽ vào các xoang.

2.2. Thuốc dùng: Thuốc dùng thường là 0,5 ml Hydrocortizon + 1 lọ Gentamycin hoặc Cloramphenicol 4⁰/₁₀₀ + 1ml nước muối sinh lý.

2.3. Cách làm: Trước tiên để bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp và nhỏ Êphedrin 3% hoặc Cocain 3% vào mũi làm giãn rộng lỗ thông của các xoang. Sau đó để đầu bệnh nhân ra đầu cạnh bàn và ngửa tối đa về phía sau. Thấy thuốc ngòì trên ghế ở phía đầu bệnh nhân. Dùng bơm tiêm bơm 2 ml thuốc vào một lỗ mũi.

- Bảo bệnh nhân nhin thở kêu “kê” liên tục dài hơi (độ 30 giây).
- Bịt kín lỗ mũi phía bên kia.
- Dùng bơm tiêm Lơ mê (Lemée) đầu tù hoặc máy hút, hút không khí trong hốc mũi có thuốc ra. Hút độ 3 giây, bỏ ra 3 giây và hút trở lại nhiều lần (không nên hút mạnh quá 180 mmHg như vậy sẽ gây ra nhức đầu), sau 30 giây thì nói bệnh nhân không kêu “kê” nữa. Nghỉ vài phút cho bệnh nhân thở, rồi bơm 2 ml thuốc và làm trở lại như trên. Mỗi bên mũi nên cho làm 6 ml thuốc tức là phải hút 3 đợt.
- Muốn cho thuốc vào các xoang sau (xoang bướm, xoang sàng sau) thì bệnh nhân phải ngửa đầu ra sau nhiều, làm thế nào cho cằm và ống tai ngoài cùng trên một đường dây dọi thẳng góc với mặt đất.
- Muốn cho thuốc vào xoang hàm và xoang sàng trước nên dùng tư thế Le Mée- Richier: để bệnh nhân nằm ngửa, đầu và cổ ngửa ra đằng sau đến mức tối đa tức là làm thế nào cho xương móng và ống tai ngoài cùng ở trên một đường thẳng góc với mặt đất. Xong rồi quay tối đa về phía thấy thuốc.
- Muốn cho thuốc vào xoang trán để bệnh nhân nằm sấp đầu thừa ra khỏi cạnh bàn hơi cúi xuống một chút, ống tai ngoài và khớp trán mũi cùng trên một đường thẳng góc với mặt đất.

Phương pháp Proëtz hơn hẳn các phương pháp khác, nó cho phép ta đưa thuốc vào các xoang mà không cần thông chọc. Phương pháp này chỉ thực hiện khi niêm mạc xoang chưa bị quá phát, mũi chưa có polyp.

3. Chọc thông xoang hàm.

3.1. Đại cương: Là biện pháp cho phép người thầy thuốc chẩn đoán bệnh lý xoang hàm, ngoài các phương pháp soi bóng mờ và chụp X-quang. Đồng thời giúp điều trị viêm xoang hàm.

3.1.1. Mục đích:

- Để xem trong xoang hàm có mủ hay không? Nếu có mủ cho thử kháng sinh đồ, cấy khuẩn. Nếu không có mủ cho xét nghiệm tế bào.
- Bơm thuốc cản quang vào xoang để chụp phát hiện các khối u trong xoang và thể viêm dày niêm mạc xoang.

3.1.2. Chỉ định:

- Nghi trong xoang hàm có mủ và chắc chắn có mủ. Nghi trong xoang có khối u, khối polype hay nang dịch.
- Bơm thuốc kháng sinh vào xoang trong điều trị viêm xoang hàm.
- Bơm thuốc cản quang vào trong xoang hàm để chụp X - quang chẩn đoán.

3.1.3. Chống chỉ định:

- Viêm xoang hàm cấp tính hay đang có đợt nhiễm khuẩn cấp tính.
- Mắc các bệnh mãn tính chưa ổn định.
- Phụ nữ có thai.
- Trong vụ định sốt xuất huyết.
- Trẻ em dưới 5 tuổi.

3.1.4. Nguyên tắc:

- Chọn chỗ thấp nhất của vách mũi xoang.
- Phải có lỗ dẫn lưu, không chọc khi có thoái hoá cuốn giữa hay có polype che kín khe mũi giữa lấp mất lỗ dẫn lưu.

3.2. Kỹ thuật:

3.2.1. Chuẩn bị dụng cụ - thuốc:

- Đèn clar hoặc gương trán.
- Kim chọc xoang thẳng hoặc cong.
- Bánh mở mũi.
- Vòi cao su nối liền kim chọc xoang với bơm tiêm 50 ml.
- Que tăm bông và kẹp khuỷu.
- Khay quả đậu, ni lông choàng.
- Nước muối (Natri clorua 9%0), thuốc tê: Lidocain hoặc Xylocain...

3.2.2. Tư thế bệnh nhân- thầy thuốc:

- Bệnh nhân ngồi ghế đối diện với thầy thuốc, quàng ni lông.
- Thầy thuốc chọc bên nào của bệnh nhân, thì tay đối diện của phẫu thuật viên cầm mở mũi, còn tay kia cầm kim.

3.2.3. Gây tê: Dùng que tăm bông vê bông tẩm thuốc Naphtasolin + Adrenalin + Lidocain đặt vào khe mũi dưới, dưới nếp gấp của xương xoăn dưới, điểm định chọc kim.

3.2.4. Kỹ thuật:

- Thầy thuốc đeo đèn clar nhìn qua banh soi mũ, xác định khe mũi dưới, đưa kim chọc xoang vào đúng vị trí gây tê, chỗ nếp gấp xương xoăn dưới và thành ngoài hốc mũi, ở một điểm cách đầu xương xoăn dưới 1,5 cm và cách sàn mũi 1cm. Ở điểm này vách xương rất mỏng, đầu nhọn của kim chọc xoang hướng ra phía ngoài tức phía gò má, thầy thuốc làm động tác xoay và dùi ấn nhẹ thì đầu nhọn của kim sẽ chọc qua thành vách xương và đi vào trong lòng xoang. Nếu xoang có nhiều mủ sẽ thấy mủ chảy ra qua ống chọc hoặc có thể dùng bơm tiêm hút ra làm xét nghiệm và kháng sinh đồ.
- Lắp bơm tiêm và bơm nhẹ dung dịch nước muối sinh lý vào xoang, khi bơm cho bệnh nhân bịt mũi bên đối diện, há mồm và xì mũi liên tục.
- Rút kim và đặt vào khe mũi dưới một miếng bông vô khuẩn có tác dụng ép và chống chảy máu.
- Trường hợp lỗ thông mũi xoang bị tắc phải chọc thêm kim thứ 2 để dẫn lưu dịch mủ.
- Nếu bị viêm xoang hàm do răng thì trước khi chọc rửa xoang hàm phải nhổ răng trước và chọc xoang qua lỗ chân răng.

3.3. Tai biến, biến chứng trong chọc thông xoang hàm:

- Phản ứng với thuốc tê (phải thử phản ứng trước khi gây tê): bệnh nhân choáng váng, buồn nôn, mặt tái vã mồ hôi, chân tay lạnh. Nặng hơn: ngừng tim, ngừng thở, co giật. Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp, thở o xy, tiêm trợ tim, trợ lực.
- Kim chọc chạm kim vào xương xoăn dưới hay làm xước niêm mạc gây chảy máu.
- Chọc kim đi lên mặt trước của xoang lên vùng má, chọc lại.
- Kim xuyên qua 2 lớp của thành xoang ra vùng má hoặc dưới hố chân bướm hàm. Bơm nước phồng ra má hoặc góc hàm, rút kim ra ngay, chườm nóng, dùng kháng sinh.
- Kim chọc vào ổ mắt, làm tổn thương mắt.

Chú ý:

- Chọc 1 lần 1ngày, tối đa chọc 7 lần, nếu vẫn còn mủ thì phải chuyển phẫu thuật.
- Nếu dịch chảy ra màu vàng chanh nghĩ đến u nang. Nếu dịch máu nghi ung thư xoang. Nếu nước trong nghĩ đến dị ứng. Nếu dịch mủ nghĩ đến viêm xoang mủ.

4. Chích màng tai.

4.1. Định nghĩa: Là một thủ thuật điều trị viêm tai giữa cấp tính có mủ ở giai đoạn ứ mủ. Có thể chích lại phân thấp khi màng tai đã bị thủng ở phân cao.

4.2. Dụng cụ và chuẩn bị:

- Đại bộ phận chích màng tai ở trẻ em.

- Dụng cụ: kim chích nhĩ, ống soi tai, bông, oxy già.

4.3. Kỹ thuật:

- Sát trùng ống tai, soi tai nhìn cho rõ màng nhĩ, kim chích nhĩ đã được sát khuẩn.
- Vị trí thường chích ở 1/4 sau dưới, không sát khung nhĩ và cũng không xa quá 5 mm.
- Khi chích phải giữ thật chắc chân, tay cháu bé. Khi chích xong phải lau rửa sạch bằng oxy già và đặt tãng tấm glyxerin borate để dẫn lưu. Cứ 3 giờ thay tãng 1 lần để theo dõi lượng mủ chảy ra.

4.4. Tai biến:

- Choáng: do chích quá sâu vào mê nhĩ.
- Chảy máu: do chích sâu và rộng quá.

Sau khi chích theo dõi 3-5 ngày để xem đường chích có bị bịt lại hay không?

5. Thông và bơm hơi vòi nhĩ.

5.1. Chỉ định: Trong tắc và hẹp vòi nhĩ, biểu hiện: ù tai, nghe kém thể dẫn truyền, màng nhĩ bị đẩy vào trong, cán xương búa mấu ngấn nhô ra. Nghiệm pháp Valsava (-). Tắc hẹp này không nghi do khối u.

5.2. Chống chỉ định: trong trường hợp viêm mũi, họng cấp tính.

5.3. Dụng cụ: Sonde Itard, ống nghe, quả bóng bóp có dây cao su nối giữa quả bóng và sonde Itard (ống nghe nối giữa ống tai bệnh nhân và thầy thuốc để theo dõi). Que gây tê và thuốc tê.

5.4. Kỹ thuật:

- Que gây tê đưa từ cửa mũi trước đến cửa mũi sau và vào lao vòi.
- Bệnh nhân ngồi trước mặt thầy thuốc.
- Luồn sonde Itard xuống dưới sàn mũi vào thành sau họng. Sau đó kéo lùi ra khoảng 1cm. Quay đầu sonde 90⁰ về phía loa vòi. Đồng thời bảo bệnh nhân nuốt để loa vòi mở. Tay bệnh nhân giữ sonde. Một tay thầy thuốc giữ ống nghe, 1 tay bóp bóng nhẹ, sau bóp mạnh dần đến khi nào thấy tiếng ục ở tai là được. Nếu thấy nặng bơm, sau 5 phút chưa thấy kết quả thì phải lựa chiều lại sonde Itard.
- Sau đó bơm kháng sinh + hydrocortison vào loa vòi. Khi rút sonde làm ngược chiều với lúc đầu.
- Mỗi đợt thông vòi nhĩ 10-15 lần.

6. Phản xạ liệu pháp.

6.1. Nguyên tắc: Niêm mạc mũi rất nhạy cảm với mọi kích thích vì nó được chi phối bởi 3 loại thần kinh: thần kinh tam thoa (cảm giác), thần kinh giao cảm (co thắt mạch máu), thần kinh phó giao cảm (giãn mạch máu và xuất tiết). Vì vậy khi chúng ta kích niêm mạc mũi, chúng ta có thể gây nên một số phản xạ và phản xạ này dùng để chữa những bệnh rối loạn chức năng mà không có tổn thương thực thể. Phương pháp hay được dùng nhiều nhất là gây tê hạch bướm khẩu cái.

6.2. Chỉ định: Đây là một phương pháp phản xạ để điều trị một số triệu chứng như hắt hơi, ngạt mũi, ho cơn, hen xuyên, nhức đầu, co thắt họng thanh quản, chàm, viêm thần kinh hậu nhãn cầu, buốt mắt...

6.3. Kỹ thuật:

- Gây tê mũi trước bằng cocain 3%.
- Dùng một que bông đầu bẻ cong hình móc 80° có quán bông thấm thuốc Bonain, đưa vào hốc mũi dọc theo bờ dưới của xương xoăn giữa. Khi đầu que vào đến đuôi xương xoăn giữa thì xoay cái móc về phía trên và phía ngoài. Lúc đó có cảm giác que rơi vào cái hố lõm, như vậy là rơi vào đúng hạch bướm khẩu cái.
- Để que bông trong mũi chừng 15 phút rồi rút ra.

6.4. Phản ứng thường gặp là: chảy nước mắt, đỏ nửa bên mặt ở một số bệnh nhân nữ.

CẤP CỨU CHẢY MÁU MŨI

1. Đại cương.

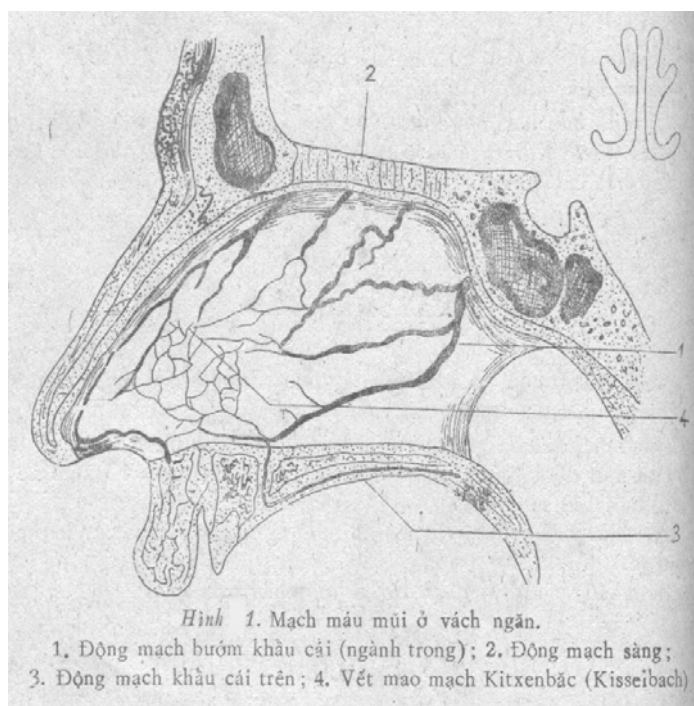
1.1. Giải phẫu.

Đặc điểm niêm mạc mũi:

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

Giải phẫu mạch máu ở mũi.

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



Hình1. Các nguồn mạch máu tới mũi.

1.2. Nguyên nhân.

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

1.3. Phân loại.

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

2. Lâm sàng.

2.1. Chảy máu mũi nhẹ.

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

2.2. Chảy máu mũi nặng.

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

có bệnh mãn tính. Trong chấn thương thường tổn thương động mạch sàng và gây ra chảy máu khó cầm.

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

3. Điều trị.

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

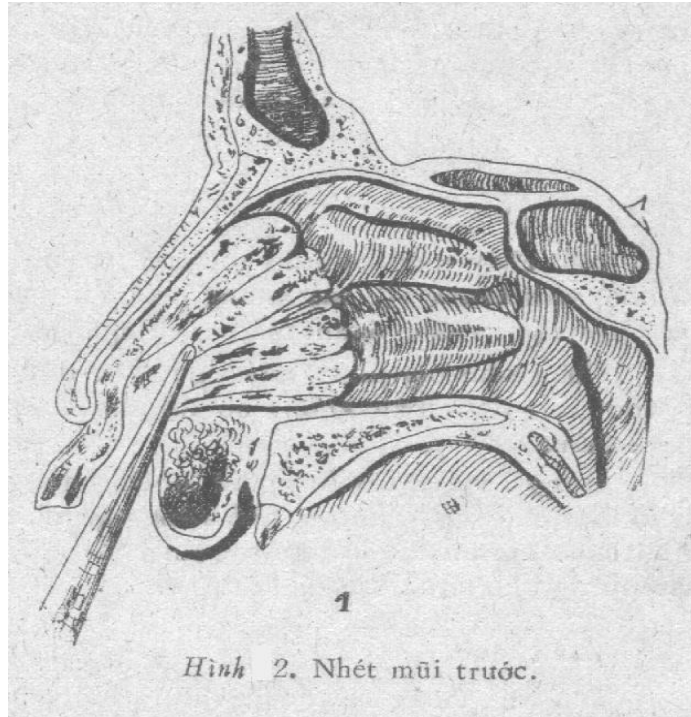
3.1. Chảy máu mũi nhẹ.

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

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

Phương pháp đặt mèche mũi trước:

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



Hình2. Phương pháp đặt mèche mũi trước

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

Phương pháp đặt mèche mũi sau:

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

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

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



Hình3. Phương pháp đặt mèche mũi sau

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

Phương pháp thắt động mạch.

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

Phương pháp nút mạch.

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

Điều trị bằng thuốc.

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

Thuốc cầm máu: Vitamin C, Vitamin K, Transamin, Hemocaprol, CaCl₂...

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

Thuốc kháng sinh mạnh phổ rộng: Cephalosporin thế hệ III

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

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

CẤP CỨU KHÓ THỞ THANH QUẢN

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

1. Đặc điểm của khó thở thanh quản.

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

2. Nguyên nhân của khó thở thanh quản.

2.1. Khó thở thanh quản do viêm nhiễm.

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

Lâm sàng:

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

Điều trị:

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

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

Viêm thanh quản do virus (cúm hoắc sởi).

Đặc điểm: Viêm thanh, khí phế quản.

Lâm sàng:

- Thường xuất hiện sốt 39 - 40⁰ c.
- Khó thở thường xuất hiện nhanh, trong trạng thái nguy ngập: mặt xám, xanh tái, thở nông, cháu mệt mỏi.
- Bệnh này có tỷ lệ tử vong cao.

- Tất cả các dấu hiệu là viêm long đường hô hấp trên. Khi bị nặng sức đề kháng yếu sẽ dẫn tới bội nhiễm sẽ dẫn tới tình trạng khó thở thanh quản cần can thiệp.

Do cúm:

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

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

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

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

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

Đặc điểm:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Mức độ khó thở.

Triệu chứng	Khó thở cấp I	Khó thở cấp II	Khó thở cấp III
Toàn thân	Bình thường Khó thở khi gắng sức	Tình trạng kích thích vật vã, lo âu	Tình trạng ức chế, lơ mơ, khó thở nhanh nông BN nằm yên tím tái dần đi vào hôn mê, chân tay quờ quạng bất chuẩn chuẩn
Cơ năng	Không khàn tiếng	Khó thở thanh quản điển hình (khó thở chậm thì thở vào co lõm các cơ hô hấp có tiếng rít) Ho, khàn tiếng Rối loạn nhịp thở	
Xử trí	Chống viêm Chống phù nề An thần Theo dõi, thở oxy	Mở khí quản cấp cứu. Hồi sức tích cực	Mở khí quản tối cấp. Hô hấp hỗ trợ

4. Thái độ xử trí.

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

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

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

CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG TẠI MŨI HỌNG

1. Đặc điểm chung của chấn thương Tai Mũi Họng.

1.1. Đặc điểm về giải phẫu.

- Thành của cơ quan Tai Mũi Họng dễ vỡ, rạn, thủng hay xẹp, bật từng mảnh như: mảnh xương xoang, mảnh sụn, cơ do vết thương rất phức tạp.
- Niêm mạc: biểu mô trụ đơn có lông chuyển. Rất dễ bị bóc tách, viêm, hoại tử vì vậy khi niêm mạc không sống được nên bóc bỏ đi.

- Da: dễ bị dập nát, bóc từng mảng và da vùng Tai Mũi Họng dễ bị co lại.
- Các hốc Tai Mũi Họng thông với nhau nên khi bị thương dễ nhiễm khuẩn lan từ hốc này sang hốc khác thí dụ như : xoang trán dễ bị viêm khi bị viêm mũi. Mặt khác vết thương xoang trán là vết thương kín và dễ chứa dị vật như đạn, đá, đất...
- Vị trí Tai Mũi Họng gần các cơ quan quan trọng: màng não, não, mê đạo, các dây thần kinh, mạch máu lớn.

1.2. Đặc điểm về sinh lý:

- Dễ choáng vì gần sọ não.
- Phải cấp cứu khẩn trương do ngạt thở, chảy máu.
- Các cơ quan Tai Mũi Họng có chức năng sinh lý tế nhị: nghe, ngửi, nói, vì vậy khi xử trí sơ cứu hoặc phẫu thuật phải hết sức chú ý tới chức năng, cố phục hồi một cách tối đa.
- Vấn đề thẩm mỹ được hết sức chú trọng vì ảnh hưởng không nhỏ tới tâm tư tình cảm của bệnh nhân sau này.

1.3. Hướng xử trí chấn thương Tai Mũi Họng:

Phải giải quyết 3 mặt sau:

- Tính mạng.
- Chức năng.
- Thẩm mỹ.

2. Hướng xử trí chấn thương tai:

Bao gồm:

- Chấn thương do hỏa khí, do vật cứng đập (tai nạn giao thông, tai nạn lao động) do áp lực, do sức nén, do tăng áp hoặc giảm áp đột ngột.
- Chấn thương âm thanh kéo dài (chỉ gây những tổn thương vi thể ở loa đạo).

2.1. Vỡ xương đá.

Đặc điểm.

- Xương đá nằm sâu trong hộp sọ nên thường là chấn thương kín, nhưng có thể thông với bên ngoài qua hòm nhĩ.
- Chấn thương vỡ xương đá nguy hiểm vì các biến chứng của tai và có thể gây ra như: viêm màng não sau nhiều năm vì đường vỡ xương chỉ có tổ chức xơ hàn gắn lại chứ không phải là can xương vì xương đá không có tạo cốt bào.
- Trước một chấn thương vỡ xương đá, trước tiên cần khám thần kinh sọ não để phát hiện ổ máu tụ ngoài màng cứng. Các di chứng vỡ xương đá và chấn thương sọ não đối với tai khá phức tạp, không chỉ chức năng thính giác, thăng bằng mà cả về tâm lý, thần kinh giao cảm.

Nguyên nhân.

- Do bị ngã, tai nạn xe, tai nạn lao động, bị đập đầu vào tường, máy...

- Do bị đánh bằng vật cứng vào vùng chẩm, thái dương, có khi kèm theo vỡ hộp sọ.

Triệu chứng:

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

Chẩn đoán.

- Tìm hiểu cơ chế chấn thương.
Hoàn cảnh bị chấn thương như do ngã, bị đánh...
Nơi bị chấn thương, trên hộp sọ vùng thái dương, chẩm, chũm...
- Các triệu chứng lâm sàng tùy thuộc đường vỡ xương đá.
- Khi nghi ngờ có vỡ ngang hoặc vỡ chéo cần:
Chọc dò dịch não tủy: nước não tủy màu hồng, soi có nhiều hồng cầu là do rách màng não.
Chụp X-Q theo tư thế Stenver hay Chaussé III (ngày nay có C.T.Scan) có thể thấy đường vỡ rạn ở xương đá.

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

Tiến triển và biến chứng.

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

Điều trị.

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

2.2. Chấn thương do sức ép.

Nguyên nhân.

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

Triệu chứng.

- Đau nhói trong tai, thường kéo dài một vài ngày, có thể thành từng cơn đau sâu trong tai.
- Nghe kém: ngay sau khi chấn thương, bệnh nhân nghe kém nhẹ, vừa, nặng tùy theo chấn thương. Thường giảm dần nhưng có thể không hồi phục.
- ù tai: tiếng ù thường xuyên có trong tai mất dần sau một vài ngày.
- Chóng mặt xuất hiện ngay sau chấn thương cùng với nghe kém. Sau đó ù tai có thể kéo dài liên tục.
- Khám tai: màng nhĩ có thể bị rách, chảy máu và hơi nề.

Chẩn đoán.

- Có tiền sử bị chấn thương do sức ép.
- Sau chấn thương xuất hiện các triệu chứng.
- Đo thính lực: Nghe kém thể truyền âm, nếu có lệch khớp xương con có thể mất tới 60db. Nếu có tổn thương tai trong có điếc tiếp âm.

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

Điều trị.

- Khi có rách màng tai: lau sạch ống tai rồi đặt bấc kháng sinh.
- Theo dõi viêm tai giữa và viêm xương chũm.
- Vitamin nhóm A, B và nghỉ ngơi.

2.3. Vết thương tai.

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

2.3.2. Cách xử trí:

- Trong giờ phút đầu tại chỗ: cố gắng lau vùng tai, xung quanh tai thật sạch sẽ, rửa vành tai ống tai bằng nước vô trùng, sau đó rắc bột kháng sinh.
- Nếu bị shock phải chống shock trước.
- Nghiên cứu kỹ đường đi của mảnh đạn, đánh giá vết thương, đánh giá mức phá hủy.

Mục đích mổ:

- Lấy dị vật.
- Giải toả các nguyên nhân gây chèn ép như: máu cục, dị vật, xương dập nát.
- Đề phòng và điều trị nhiễm khuẩn.

Phương pháp mổ.

- Nếu mảnh đạn ở trong ống tai → rạch đường sau tai, đi sau ra trước.
- Vết thương tai giữa: Phẫu thuật vùng tai xương chũm dẫn lưu.
- Vết thương xương đá: Mở rộng lấy hết dị vật đề phòng biến chứng mê đạo.
- Ở xương chũm: Mổ xương chũm.

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

2.3.3. Biến chứng.

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

3. Chấn thương mũi.

3.1. Nguyên nhân.

- Tai nạn: thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao.
- Bị đánh: với vật cứng như gậy, gạch, bị đâm vào mũi.
- Do hoả khí: mảnh bom, mảnh đạn bắn vào.

3.2. Triệu chứng.

Cơ năng: Chảy máu mũi bao giờ cũng gặp nặng hoặc nhẹ tùy theo tính chất của tổn thương (chảy máu ra mũi trước, chảy máu ra mũi sau xuống họng).

Khám:

- Biến dạng mũi: thường gặp ở sống mũi hay gốc mũi, có thể tháp mũi bị sập, bị vẹo sang một bên, gãy kín hoặc gãy hở.
- Lúc mới chấn thương, do phù nề bầm tím có khi không tìm thấy di lệch, vài ngày phải kiểm tra lại.
- Ở trẻ em chấn thương làm vỡ mũi, hay bị coi thường sẽ để lại những di chứng xấu về thẩm mỹ và chức năng.
- Lực chạm thương từ phía bên có thể làm vẹo mũi. Lực chạm thương hướng trước-sau làm vỡ xương chính mũi và vách ngăn, làm tẹt và lệch mũi.
- Sờ nắn vùng chấn thương tìm điểm đau nhói, di lệch bất thường của xương chính của mũi.
- Soi mũi trước quan sát tìm điểm chảy máu hay di lệch của vách ngăn, tổn thương của các xương xoắn.

Chú ý: sau khi bị chấn thương vài giờ, vết thương vùng mặt thường bầm tím phù nề nên khó đánh giá được tổn thương.

X-quang:

Sọ nghiêng và Blondeau: sẽ nhìn thấy tổn thương xương chính mũi.

3.3. Chẩn đoán: Dựa vào thăm khám và X-Q.

3.4. Hướng xử trí:

- Chảy máu mũi: cầm máu bằng đặt bấc mũi trước hoặc đặt bấc mũi sau. Nếu vẫn chảy máu phải thắt động mạch cảnh ngoài.
- Gãy xương chính của mũi: nắn chỉnh về đúng vị trí cũ rồi đặt bấc cố định (phải nắn chỉnh sớm vì xương mũi dễ can hoá).
- Vết thương hở: phải rửa sạch, cắt lọc, khâu đúng lớp giải phẫu, đặt bấc cố định.

4. Chấn thương xoang.

4.1. Đặc điểm:

- Các xoang mặt có liên quan nhiều đến sọ não, răng hàm mặt, mắt, vết thương nham nhở, rộng, máu cục nhiều, mặt sưng to khó chẩn đoán thương tổn giải phẫu.
- Thường gặp là chấn thương xoang hàm và xoang trán vì các xoang này nằm ngay phía trước, dưới da mặt và có thành xương mỏng.

4.2. Nguyên nhân.

- Đạn, vật cứng nhọn chọc thủng hay xuyên qua thành xoang.
- Đụng dập, ngã do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, đánh nhau làm dập vỡ thành xoang hay vỡ khối xương mặt.

4.3. Chấn thương xoang trán (tuỳ theo tổn thương): Xoang trán dễ bị chấn thương, bản ngoài bị vỡ thường là tự liền nhưng có khi do máu đọng trong xoang nhiễm khuẩn sinh ra nhiều biến chứng. Bản trong bị vỡ thì màng não dễ bị rách do đó có thể chảy máu, sinh túi hơi, chảy nước não tuỷ ra mũi và viêm màng não mủ...

Chấn thương xoang trán kín: thành xoang bị rạn, lún, da vùng trán không rách, không bộc lộ xoang.

- Da vùng xoang trán sưng nề, bầm tím, có thể có tụ máu.
- Sờ có thể có tràn khí dưới da.
- Ấn vùng góc trên trong hốc mắt đau rõ.
- Thường có chảy máu mũi.

Chấn thương xoang trán hở.

- Thành xoang bị vỡ, da vùng trán bị rách, thủng tới tận xoang.
- Da bị rách, sưng nề, bầm tím, tụ máu, chảy máu.
- Thường có tràn khí dưới da.
- Qua vết rách có thể thấy thành xoang bị vỡ, có mảnh xương rời, trong xoang hay có máu tụ.
- Mắt: phù nề mi trên, tụ máu, xuất huyết màng tiếp hợp, nhìn đôi.
- Có thể thấy chảy nước não tuỷ lẫn máu.

- X-Q: Sọ nghiêng và Blondeau: xoang bị mờ đục có tụ máu hoặc có mảnh xương trong xoang, thành trong thường bị tổn thương.

Xử trí:

- Chống choáng, cầm máu.
- Chấn động não, theo dõi xem có rách màng não không? (trong nước não tuỷ có máu, chảy dịch não tuỷ ra ngoài).
- Phẫu thuật xoang trán: lấy bỏ mảnh vỡ, niêm mạc tổn thương, dẫn lưu mũi trán.

4.4. Chấn thương xoang hàm, xoang sàng: có thể bị vỡ trong các chấn thương vỡ ngang xương hàm trên (các kiểu Le Fort).

Đây là chấn thương hàm mặt rất nặng nằm trong bối cảnh của một đa chấn thương, nhiều khi phải giải quyết ở trung tâm lớn cần có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa: Ngoại khoa chấn thương, phẫu thuật thần kinh, mắt, TMH, RHM...trong đó các vấn đề tính mạng nổi lên hàng đầu như sốc, ngạt thở, chảy máu...rồi mới đến vấn đề TMH.

Chấn thương hở: chấn thương gây thủng thành xoang, rách da, lộ xoang kèm theo có tràn khí dưới da. Ấn vùng xoang hàm đau, bệnh nhân có thể xì ra máu.

Chấn thương kín: vật cứng đập mạnh vào thành xoang hay ngã... có thể gây dập vỡ thành xoang hàm.

- Nửa mặt bên chấn thương sưng nề, da bầm tím, đau và ấn đau.
- Có lún hay gồ xương, tràn khí dưới da, nề tím môi trên, mí mắt, xuất huyết màng tiếp hợp.
- Chảy máu ở vết thương, từ trong xoang ra qua mũi, khám: có máu đọng ở khe giữa.
- X-quang: Sọ nghiêng và Blondeau: xoang bị mờ đục có vết rạn có thể do tụ máu hoặc có dị vật trong xoang cần chụp thêm tư thế C.T.Scan tư thế coronal để thấy đầy đủ hơn.

Xử trí:

- Nếu thủng nhỏ, chỉ rạn xương: lau rửa vết thương, cầm máu, rửa mũi thông thoáng, cho kháng sinh theo dõi, vết thương có thể tự liền.
- Nếu thủng rộng, vỡ xương cần phẫu thuật: lấy bỏ dị vật, mảnh xương vỡ, làm lỗ dẫn lưu mũi xoang, cố định thành mũi xoang.

4.5. Chấn thương phối hợp.

Đặc điểm: khi có chấn thương vỡ khối xương mặt, đường vỡ được phân theo 3 tầng:

- Tầng trên chủ yếu liên quan tới mắt.
- Tầng giữa.
- Tầng dưới chủ yếu liên quan tới răng hàm mặt.

Triệu chứng:

- Choáng, tụt lưỡi, khó thở, sặc máu...
- Sưng nề, bầm tím có thể rách da...
- Biến dạng vùng mặt.

- Các triệu chứng ở mắt: nhìn đôi, phù nề, bầm tím ở mắt, màng tiếp hợp, chảy máu ở mắt...
- Các triệu chứng ở răng miệng: không cử động được hàm trên, đau khi há mồm gây đau, thường có kèm theo có chấn thương sọ não.

Xử trí: Chống choáng, kéo cố định lưỡi, cầm máu mũi, mở khí quản khi có nguy cơ khó thở. Xử trí chấn thương sọ não, xử trí vết thương xoang.

5. Chấn thương vùng họng, thanh quản.

5.1. Triệu chứng.

- Rối loạn về phát âm: khàn, phều phào không nói được hoặc nói khó khăn.
- Rối loạn về hô hấp: ho và khó thở có khi thở phì phò hoặc ngạt thở, thở ra có bọt máu.
- Vết thương thực quản: nuốt khó và đau dễ bị sặc, có khi nước bọt hoặc sữa chảy ra ở vết thương khi uống sữa.
- Trần khí dưới da vùng cổ ngực có thể lan rộng suốt mạng sườn, vào trung thất.

5.2. Xử trí:

Cấp cứu:

- Khó thở nhất là khó thở vào, đe dọa suy hô hấp, phải mở khí quản trước khi các phẫu thuật khác, chú ý mở thấp xa vết thương, hút dịch, cho thở oxy.
- Điều trị tốt choáng và chảy máu không để máu chảy vào phổi.

Sau cấp cứu:

- Cho kháng sinh và SAT.
- Phẫu thuật: không khâu kín vết thương, dẫn lưu bằng lam cao su, sau 48 giờ thì rút.
- Nếu vết thương thực quản: đặt ống sonde thực quản (cho ăn qua sonde 10 - 12 ngày), dẫn lưu vết thương ra cạnh cổ để tránh nhiễm khuẩn như: áp xe vùng thành thực quản, vùng cổ...
- Cho thuốc giảm đau, an thần.
- Hút đờm dãi.

PHÂN BỆNH HỌC

BỆNH VIÊM HỌNG

1. Giải phẫu và sinh lý họng.

1.1. Giải phẫu họng.

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

Họng chia làm 3 phần:

- Họng mũi (ty hầu) phần họng trên.
- Họng miệng (khẩu hầu) phần họng giữa.
- Họng thanh quản (thanh hầu) phần họng dưới.

Vòng Waldeyer.

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

- Bao gồm: Amidan khẩu cái, Amidan lưỡi, Amidan vòm (luschka), Amidan vòi (gerlach).
- Mô học của Amidan: Giống như cấu trúc của hạch bạch huyết.
- Chức năng là sinh ra các kháng thể để bảo vệ cơ thể.

Khoang quanh họng.

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

- Khoang bên họng (Sévilleau).
- Khoang sau họng (Henké).

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

Thần kinh.

- Thần kinh cảm giác thuộc dây IX, X. Dây IX chi phối nền lưỡi và 1/3 dưới Amidan. Dây X chi phối thành sau họng và màn hầu.
- Thần kinh vận động chủ yếu do nhánh trong của dây IX và dây XI.

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

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

- Chức năng nuốt.
- Chức năng thở.
- Chức năng phát âm.
- Chức năng nghe.
- Chức năng vị giác (nếm).

- Chức năng bảo vệ cơ thể.

2. Viêm họng cấp tính.

Viêm họng cấp tính là loại bệnh khá phổ biến, có thể xuất hiện riêng biệt, nhưng thường gặp xuất hiện với các bệnh: viêm V.A, viêm Amidan, bệnh phát ban, cúm, sởi, bạch hầu, ho gà, vincent, hoặc một số bệnh máu.

2.1. Định nghĩa: Viêm họng cấp tính là viêm cấp tính của niêm mạc họng (được cấu tạo bởi lớp liên bào, tuyến nhầy và nang lympho).

2.2. Phân loại: Theo phân loại của Escat chia viêm họng cấp tính làm 3 nhóm:

- Viêm họng không đặc hiệu có thể khu trú hoặc tỏa lan như: viêm họng đỏ, viêm họng trắng, viêm tấy xung quang Amidan.
- Viêm họng đặc hiệu như: viêm họng do bạch hầu, viêm họng vincent.
- Viêm họng trong các bệnh máu.

Trên lâm sàng thường thấy có hai loại là: viêm họng đỏ và viêm họng trắng (trên thực tế nhìn thấy).

2.3. Viêm họng đỏ.

Thực chất là viêm cấp tính niêm mạc họng hoặc Amidan hay gặp vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi.

2.3.1. Nguyên nhân.

- Virus: cúm, sởi.
- Vi khuẩn: phế cầu, liên cầu hoặc các vi khuẩn khác sẵn có ở họng.

2.3.2. Triệu chứng (do virus).

Triệu chứng toàn thân.

- Bắt đầu đột ngột, ớn lạnh, sốt cao 39⁰C- 40⁰C, nhức đầu, đau mình, ăn ngủ kém.
- Hạch cổ sưng, đau.

Triệu chứng cơ năng.

- Lúc đầu có cảm giác khô nóng trong họng, khát nước, dần dần cảm giác đau rát tăng lên khi nuốt và khi nói, đau lan lên tai và đau nhói khi nuốt.
- Ngạt tắc mũi và chảy nước mũi nhầy.
- Tiếng nói mất trong và khàn nhẹ.
- Ho khan.

Triệu chứng thực thể.

- Toàn bộ niêm mạc họng đỏ rực. Màng hầu, trụ trước, trụ sau và thành sau họng phù nề, đỏ.
- Hai Amidan viêm to, trên bề mặt Amidan có chất nhầy trong. Đôi khi có bọt trắng như nước cháo phủ trên bề mặt hoặc miệng các hốc Amidan.

Xét nghiệm: Bạch cầu trong máu không tăng.

2.3.3. Tiến triển.

- Bệnh diễn biến trong 3-4 ngày, nếu sức đề kháng tốt bệnh sẽ lui dần các triệu chứng trên sẽ mất đi rất nhanh.
- Nếu có bội nhiễm do liên cầu, tụ cầu, phế cầu các biến chứng sẽ xảy ra như: viêm tai, viêm mũi, phế quản phế viêm.

2.3.4. Thể lâm sàng.

- Viêm họng đỏ do cúm: thành từng vụ dịch với các triệu chứng khá nặng, nhức đầu, đau rát họng, xuất huyết ở thành sau họng.
- Viêm họng đỏ do vi rút APC (Adeno - Pharyngo- Conjonctivite) ở trẻ em: xuất tiết mũi, niêm mạc họng đỏ, viêm màng tiếp hợp và sưng hạch cổ, bệnh tiến triển 3-5 ngày.
- Viêm họng đỏ do vi khuẩn: viêm V.A và viêm Amidan. Có thể gây các biến chứng thấp tim, viêm cầu thận cấp... Hạch thường sưng to, bạch cầu tăng cao trong máu.
- Viêm họng đỏ do thuốc: gặp ở những người dị ứng với một số loại thuốc, sau khi dùng thuốc sẽ đau rát họng và xuất tiết mũi.

2.3.5. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào các triệu chứng: sốt cao đột ngột, đau rát họng, nuốt đau.
- Khám: niêm mạc họng đỏ rực, màn hầu, trụ trước, trụ sau và thành sau họng phù nề, đỏ. Hai Amidan sưng huyết đỏ, trên bề mặt có chất nhầy trong hoặc bọt trắng.
- Xét nghiệm: Bạch cầu trong máu không tăng (nguyên nhân do virus).

Chẩn đoán phân biệt:

- Giang mai giai đoạn II: niêm mạc họng đỏ, nhưng không sốt cao. Xét nghiệm BW (+).
- Phản ứng do ngộ độc: họng đau rát, nề đỏ. Nhưng không sốt, có ban đỏ ngoài da.

2.3.6. Điều trị: Giải quyết triệu chứng là chính.

- Nghỉ ngơi, giữ ấm.
- Hạ sốt: Aspirin, A.P.C, Analgin, Paracetamol, Efferalgan...
- Chống đau họng: hàng ngày súc họng bằng các dung dịch kiềm ấm như: nước muối, dung dịch clorat kali 1% hoặc BBM, trẻ em bôi họng bằng glyxerin bôrat 5%.
- Chống xuất tiết mũi: nhỏ mũi Argyron 1% (tối đa 3 ngày).
- Khí dung họng: kháng sinh + corticoid.
- Dùng kháng sinh toàn thân khi có bội nhiễm hoặc nguyên nhân do vi khuẩn.

2.3.7. Dự phòng.

- Không dùng chung khăn mặt, bát đĩa cốc chén với bệnh nhân.
- Nhỏ nước muối sinh lý hoặc nước tỏi pha loãng khi xung quanh có nhiều người viêm họng cấp tính.
- Cắt Amidan khi bị viêm tái phát nhiều lần.

2.4. Viêm họng bọt trắng thông thường.

Là một bệnh viêm họng cấp tính nặng và thường có các biến chứng thấp tim, viêm cầu thận cấp ... cần được phát hiện và điều trị kịp thời.

2.4.1. Nguyên nhân.

Do vi khuẩn thường là do liên cầu, đặc biệt là liên cầu khuẩn tan huyết β nhóm A. lây truyền bằng đường nước bọt.

2.4.2. Triệu chứng.

Triệu chứng toàn thân: khởi phát thường rầm rộ, bệnh nhân sốt cao 38°C - 39°C có rét run hoặc ớn lạnh, thể trạng mệt mỏi rõ rệt, nhức đầu nhiều.

Triệu chứng cơ năng.

- Đau họng: rát họng, nuốt đau nhói lên tai.
- Khàn tiếng nhẹ.

Triệu chứng thực thể.

- Hai Amidan to đỏ thẫm, các khe giãn. Một lớp bọt trắng bao phủ miệng khe. Lớp bọt này đầu tiên màu trắng kem sau trở lên vàng xám và chỉ khu trú ở Amidan và có thể dùng bông chùi đi mà không gây ra chảy máu.
- Trụ trước, trụ sau, lưỡi gà và màn hầu xung huyết đỏ nhưng không nề.
- Ở thành sau họng có vài đảo lympho bị viêm có bọt trắng.
- Các hạch ở vùng sau góc hàm bị sưng đau.

Xét nghiệm.

- Quyệt họng để soi cấy tìm vi khuẩn: liên cầu khuẩn tan huyết β nhóm A.
- Số lượng BC tăng từ 10.000 tới 12.000.
- Tốc độ máu lắng tăng cao, có thể có Albumin trong nước tiểu.

2.4.3. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào sự khởi phát của bệnh.
- Triệu chứng thực thể khi khám họng (lớp bọt trắng phủ lên bề mặt Amidan).
- Xét nghiệm: Cấy khuẩn tìm thấy liên cầu khuẩn tan huyết β nhóm A. Xét nghiệm máu BC tăng cao.

Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh bạch hầu: thường xảy ra thành dịch. Khám họng thường thấy có giả mạc, giả mạc gắn chặt vào niêm mạc, khi bóc ra thì chảy máu, giả mạc mọc rất nhanh, lan ra các trụ và màn hầu, giả mạc không tan trong nước. Bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc rõ. Hạch ở cổ, dưới cằm nổi nhiều và nhanh. Trước một bệnh nhân như vậy bao giờ cũng quyệt họng để cấy khuẩn.
- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân: Hạch cổ to, suy nhược, viêm họng trắng, loét họng. Trong máu tế bào đơn nhân tăng cao.

2.4.4. Điều trị.

- Điều trị kháng sinh bệnh diễn biến tốt, thuyên giảm trong vòng 24 giờ (Cephalothin, Amikacin, Gentamicin ...).

- Hạ sốt.
- Điều trị tại chỗ: súc họng, khí dung.
- Cắt Amidan khi bệnh ổn định. Đặc biệt là bệnh nhân có Albumin trong nước tiểu.

2.4.5. Biến chứng: Bệnh thường kéo dài 10 ngày mới khỏi hẳn, nếu kéo dài hơn dễ gây nên các biến chứng vào tuần thứ hai, thứ ba.

- Gây thấp tim, viêm cầu thận cấp.
- Viêm tấy quanh Amidan, viêm tai, viêm xoang, viêm thanh quản, viêm phế quản.
- Viêm hạch mủ.
- Nhiễm trùng huyết.

3. Viêm họng mạn tính.

Viêm họng mạn tính là viêm mạn tính niêm mạc họng (được cấu tạo bởi lớp liên bào, tuyến nhầy và nang lymphô), rất hay gặp. Nó thường phối hợp với các bệnh viêm mũi, xoang mạn tính, viêm thanh, khí phế quản mạn tính.

Viêm họng mạn tính thể hiện dưới 3 hình thức: xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể toả lan hoặc khu trú.

3.1. Nguyên nhân.

- Ngạt tắc mũi do nhiều nguyên nhân trong đó có: dị hình vách ngăn, polype mũi... phải thở bằng miệng kéo dài, nhất là về mùa lạnh.
- Viêm mũi, xoang nhất là viêm xoang sau: nhầy mủ luôn chảy xuống thành sau họng.
- Các chất kích thích như: khói thuốc lá, rượu bia, bụi, sợi bông, hoá chất...
- Yếu tố cơ địa: thể địa dị ứng, suy gan, đái đường...

3.2. Triệu chứng.

3.2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Cảm thấy khô họng, nóng rát trong họng hoặc có cảm giác ngứa họng, vướng họng nhất là khi ngủ dậy, phải cố khạc đờm, đằng hắng để làm long đờm, đờm dẻo và đặc thường tăng lên khi nuốt.
- Bệnh nhân thường phải khạc nhổ luôn, có ít nhầy quánh.
- Ho nhiều vào ban đêm, khi lạnh.
- Nuốt hơi nghẹn.
- Tiếng nói bị khàn trong giây lát rồi trở lại bình thường.

Khi uống rượu, hút thuốc lá nhiều, nói nhiều, triệu chứng trên càng trở nên rõ rệt.

3.2.2. Triệu chứng thực thể: tùy theo tổn thương, có thể thấy các thể:

Viêm họng mạn tính xuất tiết.

- Niêm mạc họng đỏ, ướt, có chất xuất tiết nhầy, trong dính vào thành sau họng.
- Khạc hay rửa hút đi thấy thành sau họng không nhẵn, có nổi vài tia máu và nang lympho nổi lên thành những hạt nề, đỏ.

Viêm họng mạn tính quá phát.

- Niêm mạc họng dày và đỏ, cạnh trụ sau của Amidan niêm mạc nề dày lên làm thành trụ giả (vì vậy bệnh nhân rất nhạy cảm ở họng và rất dễ buồn nôn).
- Thành sau họng có các nang lympho phát triển mạnh, quá sản dày thành những đám nề, màu hồng hay đỏ lồi cao hơn thường gọi đó là viêm họng hạt
- Màng hầu và lưỡi gà cũng trở nên dày, eo họng bị hẹp.
- Niêm mạc loa vòi Eustache cũng quá sản (bệnh nhân thấy ù tai).
- Mép sau của thanh quản bị dày (nên bệnh nhân ho, khàn tiếng, xuất tiết nhiều).

Viêm họng mạn tính teo: Quá phát lâu ngày chuyển sang teo.

- Tuyến nhầy và nang lympho xơ hoá.
- Niêm mạc trở nên nhẵn mỏng, trắng bệch có mạch máu nhỏ.
- Eo họng rộng ra.
- Tiết nhầy khô lại biến thành vảy dính vào niêm mạc (bệnh nhân phải dùng hăng hoặc ho luôn).

3.3. Tiến triển và biến chứng.

- Viêm họng mạn tính khi loại trừ được các yếu tố nguyên nhân cũng có thể khỏi được. Thường các viêm họng mạn tính sẽ lần lượt qua các giai đoạn xuất tiết, quá phát và teo nếu để kéo dài không điều trị. Đặc biệt các trường hợp trĩ mũi (ozen). Suy yếu niêm mạc đường thở do các bụi hoá chất cũng trở thành viêm họng teo.
- Viêm họng mạn tính cũng thường đưa đến viêm thanh quản mạn tính, viêm thanh-khí phế quản mạn tính... hoặc các đợt viêm cấp như viêm Amidan cấp tính, áp-xe Amidan...
- Gây lên suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh do phải luôn khạc nhổ, nhất là ban đêm.

3.4. Điều trị.

3.4.1. Điều trị nguyên nhân.

- Giải quyết các ổ viêm tiềm tàng ở mũi, xoang (viêm xoang sau), viêm Amidan.
- Giải quyết sự lưu thông của mũi: dị hình vách ngăn, polype mũi, thoái hoá cuốn mũi dưới...
- Loại bỏ các kích thích như: bụi, hoá chất, thuốc lá, rượu...
- Điều trị dị ứng (nếu do thể địa).

3.4.2. Điều trị tại chỗ.

Giai đoạn xuất tiết:

- Súc họng bằng dung dịch kiềm như: BBM, nước muối nhạt...
- Bôi và chấm họng bằng glycerin borat 3%, S.M.C (Salicylat Na, menthol).
- Khí dung họng: Hydrocortison + kháng sinh.
- Nếu có nhiều nhầy dính ở thành sau họng thì rửa bằng dung dịch borat Natri 1% cho hết vảy, bôi họng và khí dung.

Giai đoạn quá phát: đốt điện nóng, cao tần hoặc đốt bằng nitơ lỏng hay laser.

Giai đoạn teo: bôi glyxêrin iôt 0,5% hoặc mỡ thủy ngân 1%.

3.5. Phòng bệnh.

- Đeo khẩu trang bảo hộ khi tiếp xúc với bụi và hoá chất.
- Súc họng hàng ngày bằng dung dịch kiềm ấm hoặc nước muối.
- Nâng cao thể trạng: cho uống các vitamin A, D₂, uống nước suối, nước khoáng.

BỆNH VIÊM AMIĐAN

Ngã tư đường ăn, đường thở có một hệ thống tổ chức Lympho làm nhiệm vụ bảo vệ bao gồm vòng Waldeyer và hệ thống hạch cổ.

Vòng Waldeyer gồm có:

- Amiđan ở vùng vòm mũi họng (Amiđan Lushka).
- Amiđan vòm còn gọi là Amiđan Gerlach ở quanh vòm nhĩ.
- Amiđan khẩu cái thường gọi tắt là Amiđan có hình hạt hạnh nhân ở 2 bên thành họng, giữa trụ trước và trụ sau.
- Amiđan lưỡi nằm ở đáy lưỡi sau V lưỡi.

Amiđan lúc sinh ra đã có và là tổ chức bình thường của con người. Nó phát triển ở tuổi thiếu nhi và teo dần ở tuổi dậy thì.

1. Viêm Amiđan cấp tính.

Là viêm xung huyết và xuất tiết của Amiđan khẩu cái, thường gặp ở trẻ từ 3-4 tuổi trở lên, do vi khuẩn hoặc virus gây nên, thường thấy ở thời kỳ xâm lấn của nhiều bệnh viêm nhiễm vì vậy có người coi Amiđan là "cửa vào" của một số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não...

1.1. Nguyên nhân.

Vi khuẩn: tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí.

Virus: cúm, sởi, ho gà...

1.2. Triệu chứng.

1.2.1. Triệu chứng toàn thân: Bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 38⁰-39⁰c. Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và thẫm màu. Đại tiện thường táo.

1.2.2. Triệu chứng cơ năng: Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí Amiđan, mấy giờ sau biến thành đau họng, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt, khi ho.

Thường kèm theo viêm V.A, viêm mũi hoặc ở trẻ em có Amiđan to thở khò khè, đêm ngáy to, nói giọng mũi.

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

1.2.3. Triệu chứng thực thể: Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ, Amiđan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa, một số tổ

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

Có khi thấy hai Amidan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt Amidan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào Amidan, dễ chùi sạch không chảy máu để lộ niêm mạc Amidan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm Amidan mủ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn).

1.2.4. Xét nghiệm: Thể viêm do vi khuẩn có Bạch cầu tăng cao, nhiều bạch cầu đa nhân (10 đến 12 nghìn bạch cầu).

1.3. Chẩn đoán phân biệt viêm Amidan cấp tính với bệnh bạch hầu.

T T	Viêm Amidan cấp tính	Bệnh bạch hầu
1	Sốt cao, bắt đầu đột ngột	Sốt , bắt đầu từ từ
2	Mạch nhanh mạnh	Mạch chậm yếu
3	Mệt mỗi vừa, mặt đỏ	Mệt mỗi rõ rệt, mặt xanh tái
4	Chấm mủ ở miệng Amidan hoặc màng mủ, không vượt khỏi Amidan	Giả mạc không giới hạn ở miệng hốc và có thể vượt ra ngoài Amidan
5	Màng mủ mềm dễ nát và không dính chắc vào tổ chức Amidan	Giả mạc chắc,dính, khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu
6	Hạch cổ thường không sưng trừ trường hợp nặng	Hạch cổ sưng to, ngay cả trường hợp thông thường
7	Nước tiểu rất ít khi có Albumin	Nước tiểu thường có Albumin
8	Không tìm thấy trực khuẩn Klebs-Loeffet	Có trực khuẩn Klebs-Loeffet

2. Viêm Amidan mạn tính.

Viêm Amidan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần. Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, Amidan có thể (quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc Amidan có thể nhỏ lại (xơ chìm). Tỷ lệ viêm Amidan ở nước ta người lớn: 8-10%, trẻ em: 21%.

2.1. Yếu tố thuận lợi.

- Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...)
- Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.
- Sức đề kháng kém, thể dị ứng.
- Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A., viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của Amidan có

nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

2.2. Triệu chứng.

2.2.1. Triệu chứng toàn thân.

- Triệu chứng nghèo nàn.
- Có khi không có triệu chứng gì ngoài những đợt tái phát hoặc hội viêm có triệu chứng giống như viêm Amidan cấp tính.
- Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngậy ngấy sốt về chiều.

2.2.2. Triệu chứng cơ năng.

- Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai.
- Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên.
- Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

2.2.3. Triệu chứng thực thể: Trên bề mặt Amidan có nhiều khe và hốc. Các khe và hốc này chứa đầy chất bã đậu và thường có mũ màu trắng.

Thể quá phát: Amidan to như hai hạt hạnh nhân ở 2 bên thành họng lấn vào làm hẹp khoang họng, trụ trước đỏ, thường gặp ở trẻ em.

Xếp loại Amidan quá phát:

+ Viêm Amidan quá phát A1 (A+): Amidan to, tròn, cuống gọn.

Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa chân 2 trụ trước Amidan.

+ Viêm Amidan quá phát A2 (A++): Amidan to, tròn, cuống gọn. Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/3 khoảng cách giữa chân 2 trụ trước Amidan.

+ Viêm Amidan quá phát A3 (A+++): Amidan to, tròn, cuống gọn. Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/2 khoảng cách giữa chân 2 trụ trước Amidan.

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

Hạch góc hàm hay sưng to.

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

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

3. Biến chứng của viêm Amidan.

- Viêm tấy quanh Amidan.
- Viêm tai, mũi, xoang, thanh khí phế quản cấp tính.
- Viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng.
- Viêm nội tâm mạc.
- Thấp khớp cấp.
- Viêm cầu thận cấp.
- Nhiễm khuẩn huyết.

4. Điều trị viêm Amidan.

4.1. Điều trị viêm Amidan cấp tính.

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.
- Giảm đau, hạ sốt: Paracétamol...
- Kháng sinh: chỉ nên dùng cho những trường hợp nặng hoặc có biến chứng hoặc có tiền sử viêm khớp, viêm thận, viêm màng trong tim.
- Nhỏ mũi thuốc sát trùng nhẹ.
- Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: Bicarbonat Natri, Borate Natri... (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).
- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, canxi...

4.2. Điều trị viêm Amidan mạn tính: Phẫu thuật Amidan hiện nay là rất phổ biến. Tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ. Chỉ cắt khi nào Amidan thực sự trở thành một lò viêm (focal infectin) gây hại cho cơ thể.

Chỉ định:

- Amidan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5-6 lần trong một năm).
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan.
- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng...

- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.
- Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở, khó nuốt.

Chống chỉ định:

Chống chỉ định tuyệt đối:

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

Chống chỉ định tương đối:

- Khi đang có viêm họng cấp tính hay đang có biến chứng áp xe Amidan.
- Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm mũi, viêm xoang, mụn nhọt.
- Khi đang có viêm, nhiễm virút cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, bại liệt, sốt xuất huyết...
- Khi đang có biến chứng do viêm amidan như: viêm thận cấp, thấp khớp cấp... thì phải điều trị ổn định, hết đợt cấp mới được cắt.
- Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: Đái đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai, AIDS...
- Phụ nữ đang thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ mang thai hoặc đang nuôi con bú.
- Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.
- Các cháu bé dưới 5 tuổi hoặc người lớn trên 30 tuổi.
- Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng.

Phương pháp phẫu thuật:

- Trước đây thường phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ bằng các phương pháp: Sluder và Anse.
- Ngày nay chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng các phương pháp Anse hoặc trực tiếp bằng dao điện.

BỆNH VIÊM V.A

Trong họng có nhiều tổ chức lympho rải rác khắp niêm mạc hoặc tập trung thành từng khối ở mặt trước của họng gọi là vòng Waldeyer trong đó có: Amidan vòm (amygdale de gerlach) và Amidan vòm họng (amygdale de luscka).

Khi tổ chức này viêm và quá phát thành khối gọi là sùi vòm họng V.A (Végétations Adenoides), gây cản trở đến việc hít thở không khí.

Bình thường khối V.A phát triển đến 6-7 tuổi thì teo hết, cá biệt có thể thấy ở người trưởng thành.

Tỷ lệ viêm V.A ở nước ta khoảng 30% trẻ em, lứa tuổi nhiều nhất là 2-5 tuổi.

1. Viêm V.A cấp tính.

Là viêm nhiễm cấp tính, xuất tiết hoặc có mủ ở Amidan de Lushka ngay từ nhỏ, cũng có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn (nhưng rất hiếm).

1.1. Nguyên nhân.

- Virus: Adenovirus, Myxovirus, Rhinovirus...
- Vi khuẩn: Tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A, Haemophilus Influenzae...

1.2. Triệu chứng.

1.2.1. Triệu chứng toàn thân: Ở hải nhi, bắt đầu đột ngột, sốt cao 40⁰-41⁰C, thường kèm theo những hiện tượng phản ứng dữ dội như: co thắt thanh môn, co giật. Ở trẻ lớn hơn cũng có thể bắt đầu đột ngột sốt cao, kèm theo thanh quản co thắt, đau tai và có khi có phản ứng màng não nhưng diễn biến nhẹ hơn ở hải nhi.

1.2.2. Triệu chứng cơ năng: Trẻ tắc mũi, hải nhi có thể tắc mũi hoàn toàn phải thở bằng miệng, thở nhanh, nhịp không đều, bỏ ăn, bỏ bú. Trẻ lớn hơn không bị tắc mũi hoàn toàn nhưng thở ngáy, nhất là về đêm, tiếng nói có giọng mũi kín. Ở người lớn nếu có còn bị viêm họng sau lưỡi gà, ù tai, nghe kém.

1.2.3. Triệu chứng thực thể: Hốc mũi đầy mủ nhầy, không thể hoặc khó khám vòm họng qua mũi trước. Ở trẻ lớn, sau khi hút sạch mũi nhầy trong hốc mũi đặt thuốc làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy tổ chức V.A ở nóc vòm phủ bởi lớp mũi nhầy. Khám họng thấy niêm mạc đỏ, một lớp nhầy trắng, vàng phủ trên niêm mạc thành sau họng từ trên vòm chảy xuống.

Khám tai: màng nhĩ mất bóng, trở nên xám đục, hơi lõm vào do tắc vòi nhĩ, triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán V.A.

Có thể sờ thấy hạch nhỏ ở góc hàm, rãnh cảnh, có khi cả ở sau cơ ức đòn chũm, hơi đau, không có hiện tượng viêm quanh hạch.

Soi cửa mũi sau gián tiếp bằng gương nhỏ ở trẻ lớn và người lớn sẽ thấy được tổ chức V.A ở vòm mũi họng sưng đỏ, to có mủ nhầy phủ lên trên.

Sờ vòm bằng ngón tay không nên thực hiện ở giai đoạn viêm cấp tính.

2. Viêm V.A mạn tính.

Nói có V.A có nghĩa là V.A to hoặc viêm. Viêm V.A mạn tính là tình trạng V.A quá phát hoặc xơ hoá sau viêm nhiễm cấp tính nhiều lần.

2.1. Triệu chứng: Xuất hiện từ 18 tháng đến 6 - 7 tuổi.

1.2.1. Triệu chứng toàn thân: Thường hay sốt vặt, em bé phát triển chậm so với lứa tuổi, kém nhanh nhẹn, ăn uống kém, người gầy, da xanh. Trẻ đãng trí kém tập trung tư tưởng thường do tai hơi nghễnh ngãng và não thiếu oxy do thiếu thở mạn tính, thường học kém.

1.2.2. Triệu chứng cơ năng.

- Ngạt tắc mũi: lúc đầu ngạt ít sau ngạt nhiều tăng dần. Trẻ thường xuyên há mồm để thở, nói giọng mũi kín.
- Mũi thường bị viêm, tiết nhầy và chảy mũi thò lò ra cửa mũi trước.
- Ho khan.
- Ngủ không yên giấc, ngáy to, giật mình.
- Tai nghe kém hay bị viêm.

1.2.3. Triệu chứng thực thể.

- Soi mũi trước: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới phù nề. Hút hết dịch mủ nhầy, làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy khối sùi bóng, đỏ mấp mé ở cửa mũi sau.
- Soi mũi sau thực hiện ở trẻ lớn và người lớn thấy nóc vòm có khối sùi chiếm vòm mũi họng, che lấp gần hết cửa mũi sau.
- Sờ vòm họng: bằng đầu ngón tay trở, chúng ta đánh giá được khối lượng, mật độ của khối sùi.
- Khám họng: thành sau họng có nhiều khối lympho to bằng hạt đậu xanh và mũi nhầy chảy từ vòm xuống họng.
- Khám tai: thấy màng nhĩ seọ hoặc lõm vào, màu hồng do xung huyết toàn bộ ở màng tai hoặc góc sau trên.
- Em bé có bộ mặt V.A (sùi vòm): da xanh, miệng há, răng vẩu, răng mọc lệch, môi trên bị kéo xếch lên, môi dưới dài thõng, hai mắt mở to, người ngây ngô.

2.2. Chẩn đoán.

- Căn cứ vào triệu chứng ngạt tắc mũi, thò lò mũi, ho và sốt vặt, ngáy to, ngủ há mồm, nghe kém.
- Khám lâm sàng: Soi mũi trước và mũi sau thấy có dịch mủ nhầy và có thể phát hiện được khối sùi, nhất là khi tổ chức lympho này quá to và đã gây viêm nhiễm thường xuyên ở tai, đường hô hấp, đường tiêu hoá.

3. Biến chứng của viêm V.A

- Viêm thanh khí phế quản: V.A có thể gây nên những cơn khó thở đột ngột, dữ dội về đêm và kèm theo cơn hen xuất hiện mau hơn và nặng hơn.
- Viêm tai giữa: Vi khuẩn theo vòi Eustache vào hòm nhĩ.
- Viêm đường tiêu hoá: Đau bụng đi ngoài ra nhầy, nước.
- Viêm hạch gây áp xe như hạch Gillete: Đó là áp xe thành sau họng ở hầu nhĩ.
- Thấp khớp cấp.
- Viêm cầu thận cấp.
- Viêm ổ mắt: Viêm màng tiếp hợp, viêm mi mắt, chảy nước mắt.
- Ảnh hưởng đến sự phát triển của cơ thể: Cơ thể bị biến dạng, lồng ngực bị dẹp và hẹp bề ngang, lưng cong hoặc gù, bụng ồng đít teo. Luôn mệt mỏi lười biếng, buồn ngủ, kém thông minh, nguyên nhân do nghe kém và thở kém nên cơ thể không bình thường.

4. Điều trị viêm V.A

4.1. Điều trị viêm V.A cấp tính.

- Điều trị như viêm mũi cấp tính thông thường bằng hút mũi, nhỏ mũi để bệnh nhân dễ thở và thuốc sát trùng nhẹ (Éphdrin 1%, Argyron 1%) dùng cho trẻ nhỏ.
- Khí dung mũi: Corticoit + Kháng sinh.
- Kháng sinh toàn thân: dùng cho những trường hợp nặng và có biến chứng.
- Nâng đỡ cơ thể.
- Những trường hợp viêm cấp tính kéo dài, thầy thuốc phải sờ vòm để giải phóng mủ tụ lại trong tổ chức V.A hoặc หนอง V.A "nóng" với điều kiện cho kháng sinh liều cao trước và sau khi điều trị, nhưng rất hãn hữu.

4.2. Điều trị viêm V.A mạn tính: หนอง V.A hiện nay rất phổ biến, nhưng khi nào หนอง và không หนอง V.A cần phải thực hiện theo đúng chỉ định và chống chỉ định.

Chỉ định:

- V.A bị nhiều đợt viêm cấp tính, tái đi tái lại (5-6 lần /1 năm).
- V.A gây các biến chứng gần: viêm tai, viêm đường hô hấp, viêm hạch.
- V.A gây biến chứng xa: viêm khớp cấp tính, viêm cầu thận cấp tính...
- V.A quá phát, ảnh hưởng đến đường thở.
- Thường tiến hành หนอง V.A cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên, trừ trường hợp đặc biệt có thể หนอง sớm hơn.

Chống chỉ định:

- Bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.
- Khi đang có viêm V.A cấp tính.
- Khi đang có nhiễm virus cấp như: cúm, sởi, ho gà, sốt xuất huyết ...
- Bệnh nhân cơ địa dị ứng, hen phế quản, hở hàm ếch.
- Bệnh mạn tính: lao, giang mai, AIDS...
- Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.

Phương pháp หนอง V.A

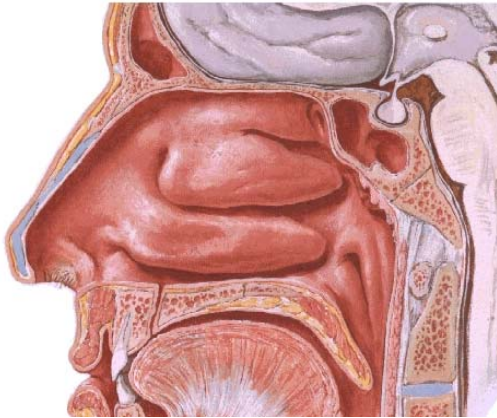
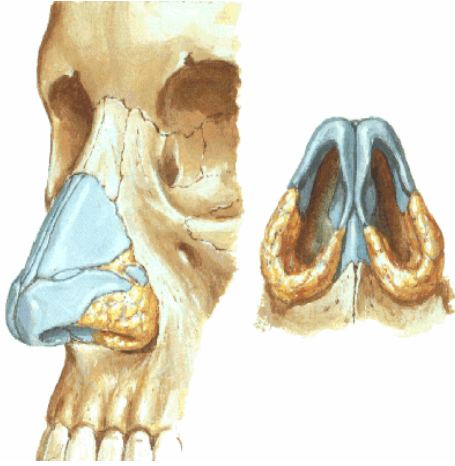
- หนอง V.A là thủ thuật tương đối đơn giản, nhanh, có hiệu quả, được coi là biện pháp vừa điều trị (หนอง bỏ hết tổ chức V.A), vừa phòng bệnh (tránh các biến chứng do V.A gây ra).
- Có thể หนอง bằng bàn หนอง La Force hoặc bằng thìa หนอง La Moure.

BỆNH VIÊM MŨI

1. Giải phẫu và sinh lý mũi.

1.1. Giải phẫu mũi: Gồm có tháp mũi và hốc mũi.

Tháp mũi: như một mái che kín hốc mũi, có khung là xương chính mũi, ngành lên xương hàm trên, sụn cánh mũi và sụn uốn quanh lỗ mũi.



Hốc mũi: vách ngăn chia hốc mũi thành hốc mũi phải và hốc mũi trái, là hai khoảng thông từ trước ra sau. Phía trước có hai lỗ mũi, phía sau có hai cửa mũi sau.

Mỗi hốc mũi có 4 thành:

- Thành trên: là trần của hốc mũi, ngăn cách hốc mũi với sọ não.
- Thành dưới: là sàn mũi, ngăn cách mũi với miệng.
- Thành trong: hay là vách ngăn mũi là một vách thẳng đi từ trần mũi xuống sàn mũi và chạy dọc từ trước ra sau ngăn mũi thành hai hốc mũi phải và trái. Các mạch máu của vách ngăn mũi đều chạy tới tập trung ở vùng trước dưới của niêm mạc vách ngăn mũi, tạo thành một vùng có nhiều mạch máu gọi là điểm mạch, nơi thường xảy ra chảy máu mũi.
- Thành ngoài: là thành quan trọng hơn cả. Thành ngoài có 3 xương uốn cong còn gọi xương xoăn theo thứ tự

trên, giữa, dưới. Ba xương xoăn được mang tên: xương xoăn trên, xương xoăn giữa và xương xoăn dưới.

Mỗi một xương xoăn hợp với thành ngoài của hốc mũi tạo thành một khe mũi hay là ngách mũi. Tên của ngách mũi được gọi theo tên của xương xoăn tương ứng là: ngách mũi trên, ngách mũi giữa và ngách mũi dưới.

Ngách mũi dưới ở đâu có lỗ thông của ống lệ ty, ống này từ túi lệ xuống.

Ngách mũi giữa là nơi thông ra hốc mũi của các xoang hàm, sàng trước và xoang trán.

Ngách mũi trên là nơi thông ra hốc mũi của các xoang sàng sau, còn xoang bướm có lỗ thông trực tiếp ra phần trên và sau của hốc mũi.

Loa vòi ở cách đuôi xương xoăn giữa hơn 1cm vào phía sau và hơi chệch xuống dưới. Sau đuôi xương xoăn trên có lỗ bướm khẩu cái, ở đó thoát ra động mạch bướm khẩu cái và dây thần kinh bướm khẩu cái (nhánh mũi).

Từ lưng xương xoăn giữa trở lên niêm mạc mũi chứa những tế bào khứu giác.

1.2. Sinh lý mũi.

Mũi có chức năng: hô hấp, phát âm và ngửi. Không khí được sưởi ấm, làm ẩm và lọc sạch trước khi vào phổi.

Hô hấp: là chức năng chính, thành bên của hốc mũi giữ vai trò cơ bản trong trong sinh lý thở vào. Mũi làm ấm, ẩm và làm sạch không khí thực hiện được là nhờ niêm mạc mũi, có hệ thống niêm mạc biểu mô trụ đơn có lông chuyển với các tế bào tiết, với cấu trúc rất giàu mạch máu. Lớp nhầy này bắt giữ các vật lạ để lớp tế bào lông chuyển ra phía sau mũi với nhịp độ từ 400 đến 800 nhịp/1 phút. Hệ thống màng nhầy này hoạt động rất hiệu quả, nó bảo vệ lớp biểu mô của mũi tuy nhiên cũng dễ bị ảnh hưởng do viêm nhiễm, độ ẩm, hoá học, bụi, vi sinh, vi khuẩn, nấm mốc...

Hệ thống tế bào ở hạ niêm mạc, sản sinh ra các thực bào và dịch thể miễn dịch như các loại IgG, IgA, IgM...

Ngửi: được thực hiện bởi niêm mạc ngửi nằm ở phần cao của hốc mũi, với các tế bào thần kinh cảm giác và đầu tận của thần kinh khứu giác, trên diện tích 2-3cm còn gọi là điểm vàng. Để ngửi được không khí phải đến được vùng ngửi. Các chất có mùi phải được hoà tan trong lớp màng nhầy trên tế bào cảm giác thì mới tạo được kích thích tới dây thần kinh khứu giác.

Phát âm: mũi cấu thành một số âm gọi là âm mũi.

2. Viêm mũi cấp tính.

Viêm mũi cấp tính là một trong những bệnh thường xuyên của đường hô hấp trên. Nó thường xảy ra độc lập hoặc phối hợp với một số bệnh nhiễm trùng cấp tính khác.

2.1. Bệnh nguyên và bệnh sinh.

- Cơ chế thần kinh, phản xạ là cơ sở của viêm nhiễm cấp tính ở niêm mạc mũi. Viêm mũi cấp tính thường là biểu hiện phản ứng của cơ thể khi gặp lạnh nói chung hoặc lạnh tại chỗ ở mũi. Tính thụ cảm với lạnh phụ thuộc vào sự rèn luyện của cơ thể với nhiệt độ thấp và thay đổi, đồng thời phụ thuộc sức đề kháng của cơ thể do mắc các bệnh có vi khuẩn gây bệnh thường khu trú trong miệng, mũi, họng.
- Ngoài ra các yếu tố gây nhiễm trùng có thể từ ngoài vào hốc mũi hoặc bằng đường máu nhất là viêm mũi trong các bệnh nhiễm trùng cấp tính như: cúm, sởi, bạch hầu...
- Viêm mũi cấp tính còn gặp sau tổn thương niêm mạc mũi như: dị vật, đốt cuốn nhất là đốt còte điện.
- Nguyên nhân viêm mũi cấp tính còn có thể là yếu tố trong sản xuất, tác động của bụi, khói, than bụi kim loại trong không khí, các loại hơi axit và một số hoá chất khác.

2.2. Triệu chứng.

Viêm mũi cấp tính thường gây thương tổn đồng thời cả 2 bên mũi. Các triệu chứng cơ bản là: chảy mũi nhiều và ngạt mũi, những triệu chứng này có thể biểu hiện ở các mức độ khác nhau tùy thuộc giai đoạn của bệnh cũng như tình trạng niêm mạc mũi trước đó. Người ta chia tiến triển của viêm mũi cấp tính thành 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: bệnh khởi đầu không có rối loạn gì đáng kể về tình trạng toàn thân. Hắt hơi, cảm giác nóng rát và nhức trong họng nhất là ở họng mũi, đôi khi khàn tiếng, thường sốt nhẹ. Trong giai đoạn đầu này, cảm giác chủ yếu là khô họng và họng mũi, niêm mạc nề đỏ và khô.

Giai đoạn 2: sau một vài giờ thậm chí một vài ngày hình ảnh lâm sàng sẽ thay đổi, giảm phù nề niêm mạc, niêm mạc trở nên ẩm và bắt đầu xuất tiết nhiều niêm dịch, bệnh nhân thấy dễ chịu hơn.

Giai đoạn 3 (giai đoạn làm mủ): dịch xuất tiết trở thành niêm dịch mủ do pha trộn với các thành phần biểu mô và bạch cầu thoái hoá. Sau đó số lượng dịch tiết giảm dần, viêm niêm mạc nhanh chóng được thanh toán và qua 7 - 10 ngày thì hoàn toàn hồi phục lại.

Đối với những người có tình trạng teo niêm mạc mũi, có thể không ngạt mũi hoàn toàn, thời gian của giai đoạn cấp tính ngắn hơn, mặc dù sau đó có thể tăng cảm giác khô và kích thích niêm mạc mũi trong một thời gian dài. Ngược lại với người có tình trạng quá phát niêm mạc mũi thì biểu hiện nhất là phù nề và xuất tiết ở niêm mạc sẽ mạnh hơn nhiều.

Ở giai đoạn đầu của viêm mũi cấp tính, bệnh nhân có cảm giác nặng đầu do đó khó tập trung tư tưởng làm việc trí óc. Do phù nề niêm mạc nên thay đổi giọng nói, ngữ kém do ngạt mũi gây ra hoặc do quá trình viêm lan vào vùng khứu giác. Về sau thường xuất hiện đau vùng trán và ổ mắt, cho hay đã có biểu hiện đồng thời của viêm xoang, xuất tiết mũi làm da vùng cửa mũi trở nên đỏ và dễ phù nề, thường xuất hiện những vết nứt nhỏ, cùng hay gặp viêm kết mạc do viêm nhiễm lan qua đường dẫn lệ và viêm tai giữa cấp tính (do viêm lan qua vòi tai).

Viêm mũi cấp tính ở trẻ em còn bú có thể nghiêm trọng. Những tháng đầu do đặc điểm về cấu trúc và chức năng của hệ thần kinh trung ương, sự thích nghi với những thay đổi của môi trường bên ngoài ở trẻ kém hơn so với người lớn. Hốc mũi trẻ trong những năm đầu thường rất nhỏ, thậm chí chỉ hơi phù nề một chút cũng dẫn tới ngạt mũi. Do vậy không những rối loạn thở mà còn làm cho trẻ bú khó khăn. Trẻ gầy, hay quấy khóc, ngủ ít, hay bị sốt, viêm nhiễm có thể lan tới hàm ếch, thanh khí, phế quản và phổi. Những biến chứng này gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn.

2.3. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định: Chẩn đoán viêm mũi không khó, ngay cả khi không soi mũi, dựa trên các triệu chứng chủ quan và khách quan.

Chẩn đoán phân biệt:

- Ở trẻ nhỏ, nếu viêm kéo dài và điều trị thông thường không được thì cần nghĩ tới viêm mũi do lậu hoặc giang mai, đồng thời cũng nên nghĩ tới bạch hầu mũi thường tiến triển không có triệu chứng. Cũng đừng quên chẩn đoán phân biệt với triệu chứng sổ mũi trong các bệnh nhiễm trùng cấp tính như: sởi, ho gà, tinh hồng nhiệt. Trong trường hợp này phải thu thập tỉ mỉ tiền sử dịch tễ và khám toàn thân sẽ có thể xác định chẩn đoán.

- Các bệnh hô hấp cấp tính thường bắt đầu bằng viêm mũi cấp tính trong đó những biểu hiện tại chỗ của bệnh lan rộng hơn, xâm lấn cả niêm mạc họng, thanh quản, khí quản... về bản chất viêm mũi cấp tính là một dạng khu trú của các bệnh hô hấp cấp tính. Trong chẩn đoán phân biệt cần nghĩ tới cúm.

2.4. Điều trị.

- Khi có sốt và viêm mũi tiến triển nặng thì cho nằm điều trị, nhà ở cần thoáng khí, tránh không khí quá lạnh và khô.
- Điều trị càng sớm càng tốt, dùng thuốc lợi mô hôi, hạ sốt. Nếu có đau đầu cho dùng thuốc giảm đau.
- Điều trị tại chỗ:
Loại trừ ngạt mũi: có thể dùng thuốc co mạch ở dạng nhỏ mũi hoặc bôi mũi như: Ephedrin 2%, Napthasolin 0,1%
Điều trị khí dung: kháng sinh + kháng Histamin + co mạch.
Trong viêm mũi cấp tính ở trẻ em còn bú, trước khi cho ăn từ 5 - 10 phút cần cho nhỏ mũi thuốc co mạch (Adrenalin 1‰).

2.5. Tiên lượng: Viêm mũi cấp tính ở người lớn tiên lượng tốt, một vài trường hợp có thể sinh biến chứng (viêm xoang, viêm vòm nhĩ, viêm tai giữa...) thì tiên lượng kém hơn, trẻ bú có tiên lượng kém hơn.

2.6. Phòng bệnh.

- Phòng ngừa các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp trên, trước hết là phải hướng tới rèn luyện cơ thể, nhất là những người có cơ địa viêm mũi. Các biện pháp tắm nước, tắm nắng, tắm khí và các dạng thể thao nhằm tăng cường hệ tim mạch và bộ máy hô hấp, giúp cơ thể tạo ra những phản ứng bình thường...
- Cũng vì các dị hình trong hốc mũi cản trở hô hấp và tạo điều kiện phát triển bệnh viêm mũi tái diễn, nên phải phục hồi sự lưu thông mũi bình thường để phòng bệnh. Những cản trở thực thể như: quá phát cuốn mũi, vẹo vách ngăn mũi, các khối u trong hốc mũi...
- Cần hướng dẫn bệnh nhân cách xì mũi từng bên khi viêm mũi cấp tính không được xì quá mạnh để tránh đưa những nhiễm trùng xâm nhập vào tai hoặc xương chũm.

3. Viêm mũi mạn tính.

Bao gồm:

- Viêm mũi mạn tính xuất tiết.
- Viêm mũi quá phát.

3.1. Viêm mũi mạn tính xuất tiết.

3.1.1. Triệu chứng: Viêm mũi mạn tính xuất tiết đặc trưng bởi xung huyết lan toả và phù nề nhiều ở niêm mạc mũi (đôi khi nề tím). Triệu chứng gần giống như trong viêm mũi cấp tính.

Triệu chứng toàn thân: không có gì đặc biệt.

Triệu chứng tại chỗ:

- Ngạt mũi không thường xuyên, ngạt tăng lên theo tư thế bệnh nhân nằm ngửa hay nghiêng. Thông thường trong những trường hợp này có

ứ máu ở những phần dưới thấp của mũi. Các mạch máu của tổ chức hang do mất trương lực, ở trạng thái giãn nên ứ máu, gây cản trở thở bằng đường mũi. Khi quay nghiêng sang bên kia, ngạt mũi cũng chuyển sang lỗ mũi nằm ở thấp.

- Chảy mũi hầu như thường xuyên.
- Những biến chứng trong viêm mũi mạn tính có thể ở dạng giảm ngửi hoặc đôi khi mất ngửi, thường tổn thương cơ quan thính giác do dịch viêm chảy từ mũi qua vòi tai vào hòm tai.

3.1.2. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định thường khó.

Chẩn đoán phân biệt.

- Với viêm mũi quá phát: gây co niêm mạc mũi bằng dung dịch Cocain 1% - 3% có pha Adrenalin 1%₀ hoặc dung dịch Ephedrin 2%-3%. Nếu hầu như hết hoàn toàn sự phù nề niêm mạc mũi, sau khi nhỏ thuốc co mạch, chứng tỏ viêm mũi mạn tính thường. Còn nếu không co chứng tỏ viêm mũi quá phát. Thăm dò niêm mạc mũi bằng que thăm đầu tù có thể cho ta hình dung được mức độ phù nề của nó.
- Trong viêm mũi xuất tiết nhất là có xuất tiết nhiều, cần loại trừ bệnh xoang là nguồn gốc có thể gây ra sự xuất tiết này.

3.1.3. Điều trị.

- Để giảm phù nề và chống viêm, dùng các thuốc se hoặc các thuốc đốt cuốn mũi.
- Bôi dung dịch Nitrat bạc 1%, 2%, 3% hoặc dung dịch Clorua kẽm.
- Nếu tái diễn dùng Napthasolin 0,5% hoặc Ephêdrin 1% có kết quả.
- Về lý liệu, có thể khí dung, chiếu tia sóng ngắn vào vùng mũi, điện di dung dịch Novocain 5%. Nếu không có kết quả có thể chỉ định đốt cuốn mũi dưới bằng còtê điện.

3.2. Viêm mũi quá phát.

Là dạng viêm đặc trưng bởi sự tăng sinh của tổ chức liên kết. Sự tăng sinh các thành phần tổ chức này không phải diễn ra mạnh trên toàn bộ niêm mạc mũi mà chủ yếu ở các vị trí có tổ chức hang. Đó là đầu và đuôi cuốn mũi giữa và dưới. Đôi khi chúng nở to chiếm toàn bộ vùng phía dưới cuốn dưới, bề mặt phần quá phát có thể phẳng, song thường là gồ ghề, nhất là vùng các đầu cuốn có dạng múi, thùy lồi ra. Đuôi cuốn quá phát có thể có dạng khối u lồi vào ty hầu. Màu sắc bề mặt phần quá phát tùy thuộc vào lượng tổ chức liên kết phát triển và cấp máu: có thể nâu đỏ hoặc đỏ thẫm hoặc tím xẫm.

3.2.1. Triệu chứng.

Triệu chứng của viêm mũi quá phát cũng có ngạt tắc mũi và chảy mũi. tuy vậy ngạt mũi ở đây là do nguyên nhân bền vững (quá phát niêm mạc) nên nó thường xuyên hơn và ít thấy giảm đi sau khi bôi thuốc co mạch. Thông thường trong viêm mũi quá phát mạn tính, đuôi cuốn dưới có thể chắn trực tiếp vào lỗ hầu của vòi tai hoặc tạo điều kiện cho viêm nhiễm vào vòi tai và hòm tai. Đôi khi còn tổn thương cả hệ thống tuyến lệ

do đầu cuốn dưới quá phát bịt mất lỗ dưới của ống lệ ty, gây chảy nước mắt, viêm túi lệ và viêm kết mạc.

Viêm mũi mạn tính cũng là nguyên nhân gây nhức đầu, khó thở, nhất là về đêm, các cơn hen và những rối loạn thần kinh khác.

3.2.2. Điều trị.

Đề phòng bệnh trước hết phải loại hết tất cả các nguyên nhân gây viêm mũi mạn tính. Như vậy trước hết phải chú ý tới thể trạng chung của cơ thể (các bệnh tim, thận nhiễm mỡ...), các điều kiện vệ sinh và nghề nghiệp trong lao động của bệnh nhân. Sau khi đã sáng tỏ và loại trừ nguyên nhân này sẽ tiến hành điều trị tại chỗ.

Điều trị thuốc: Bôi thuốc với mục đích làm giảm phù nề niêm mạc mũi thường dùng dung dịch Glycerin iốt 0,5 - 1,5%. Đối với dạng viêm mũi quá phát đòi hỏi điều trị kiên quyết hơn. Nếu niêm mạc chưa quá phát mạnh thì dùng hoá chất đốt cháy: axit cromic, axit treloaxetic, nitrat bạc...

Điều trị bằng đốt điện (côte): Trước khi đốt hãy bôi tê niêm mạc mũi bằng dung dịch Cocain với Adrenalin 3-5% từ 1-2 lần. Khi đốt bằng que điện cần tuân thủ theo các nguyên tắc sau:

- Không cần nung que điện đến sáng trắng vì tác dụng cầm máu chỉ cần tới mức nung đỏ.
- Trong khi đốt cần quan sát để không bị đốt đồng thời cả 2 bên đối diện của hốc mũi tránh bị dính về sau do đốt.
- Không được rút đầu côte điện ra khỏi tổ chức bị đốt khi ở trạng thái nguội vì sẽ kéo theo ra một mảng tổ chức gây chảy máu. Đưa côte điện ra ngoài mũi, vẫn ở tình trạng nung đỏ.
- Thường làm 1 - 2 vết đốt từ sau kéo ra trước theo bờ cuốn để sau đó se tạo thành sau khi rụng đi sẽ co nhỏ niêm mạc phù nề lại.
- Với côte điện đôi khi chỉ cần một lần là được, nhưng có khi phải đốt lại lần 2, sau khi bong vẩy lần đầu.
- Cần phòng cho bệnh nhân viêm và ngạt mũi ngay mấy ngày sau khi đốt.

Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định: Khi có biểu hiện quá phát xương hoặc tăng sinh tổ chức liên kết, không còn đáp ứng với thuốc co mạch, phải dùng đến biện pháp phẫu thuật.
- Các chống chỉ định phẫu thuật là: Có biểu hiện sốt và bệnh cấp tính. Giảm đông máu và các bệnh chảy máu kéo dài.
- Kỹ thuật: Khi lấy bỏ những phần quá phát khu trú ở đầu, đuôi cuốn và toàn bộ bờ dưới cuốn dưới, hay ở đầu, bụng cuốn giữa, cũng cần gây tê tại chỗ như nói trên và tốt nhất là lấy bằng thông lọng. quan sát đưa thông lọng vào mũi và lựa ngoặc vào sát nền và rồi cắt lấy ra. Nếu sự phát triển chiếm toàn bộ bờ dưới cuốn dưới thì cắt bằng kéo cắt cuốn. Sau phẫu thuật nhét bắc mũi vô trùng có tẩm dầu + kháng sinh. Bắc tẩm dầu có nhiều tác dụng: làm giảm bớt tính kích thích niêm mạc và lấy ra không cần nhỏ oxy già như một số tác giả đề nghị. Rút bắc ra sau 24 - 48 giờ. Sau rút bắc phải theo dõi bệnh nhân từ 30 phút đến 1

giờ. Để tránh chảy máu phải giữ bệnh nhân ở trong nhà, không dùng thức ăn nóng, không uống rượu, tránh lao động chân tay.

- Biến chứng sau phẫu thuật hoặc đốt thường là chảy máu và dính. Dính xảy ra thường do tổn thương ở 2 phía niêm mạc đối diện nhau (cuốn và vách ngăn). Có thể có viêm họng sau phẫu thuật này nhất là ở người bị viêm Amidan mạn tính.

BỆNH VIÊM THANH QUẢN

1. Giải phẫu và sinh lý thanh quản.

1.1. Giải phẫu thanh quản.

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

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

Kích thước thanh quản:

	Nam	Nữ
Chiều dài	44 mm	36 mm
Đường kính ngang	43 mm	41 mm
Đường kính trước sau	36 mm	26 mm

Cấu tạo giải phẫu: thanh quản được cấu tạo bởi các tổ chức sụn, sợi và cơ.

Các cơ thanh quản:

- Nhóm cơ làm hẹp thanh môn: cơ nhẫn phễu bên, cơ giáp phễu, cơ phễu chéo và ngang, cơ phễu nắp thanh hầu.
- Nhóm cơ làm rộng thanh môn: cơ nhẫn phễu sau, cơ giáp nắp thanh hầu.
- Nhóm cơ làm căng và chùng dây thanh âm: cơ nhẫn giáp, cơ thanh âm.

Ổ thanh quản: được niêm mạc phủ, chia làm 3 tầng: tiền đình thanh quản, thanh môn, tầng dưới thanh môn.

Mạch máu và thần kinh.

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

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

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

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

1.2. Sinh lý thanh quản.

1.2.1. Phát âm.

- Lời nói phát ra do luồng không khí thổi ra từ phổi tác động lên các nếp thanh âm.
- Sự căng và vị trí của nếp thanh âm ảnh hưởng đến tần số âm thanh.
- Âm thanh thay đổi là do sự cộng hưởng của các xoang mũi, hốc mũi, miệng, hầu và sự trợ giúp của môi, lưỡi, cơ màn hầu.

1.2.2. Ho là phản xạ hô hấp trong đó thanh môn đang đóng bất thành linh mở ra, dẫn tới sự bật tung không khí bị dồn qua miệng và mũi.

1.2.3. Nấc là một phản xạ hít vào, trong đó 1 đoạn ngắn âm kiểu hít vào được phát sinh do sự co thắt đột ngột của cơ hoành, thanh môn bị khép lại 1 phần hay toàn bộ.

2. Viêm thanh quản cấp tính.

Bệnh tích chủ yếu của viêm thanh quản là viêm niêm mạc. Quá trình viêm có thể khu trú ở niêm mạc hoặc lan xuống lớp dưới. Diễn biến từ xung huyết, phù nề, loét niêm mạc đến viêm cơ, hoại tử sụn. Viêm thanh quản cấp tính trên lâm sàng thể hiện dưới nhiều hình thức khác nhau có thể xếp thành:

- Viêm thanh quản cấp tính ở người lớn.
- Viêm thanh quản cấp tính ở trẻ em.
- Viêm thanh quản hậu phát.
- Phù nề thanh quản.

2.1. Viêm thanh quản cấp tính ở người lớn: Trong viêm thanh quản cấp tính ở người lớn hay gặp:

- Viêm thanh quản xuất tiết.
- Viêm thanh quản do cúm.
- Viêm thanh thiệt.

2.1.1. Viêm thanh quản cấp tính xuất tiết.

Nguyên nhân:

- Hay gặp mùa lạnh viêm thường nặng, bệnh tích có thể từ mũi xuống thanh quản, nam giới bị nhiều hơn nữ giới vì có điều kiện phát sinh như: hút thuốc, uống rượu, làm việc nơi nhiều bụi, gió lạnh.
- Ngoài ra có nguyên nhân là virút.

Triệu chứng:

Triệu chứng toàn thân: ớn lạnh, đau mình, chân tay mỏi.

Triệu chứng cơ năng: bắt đầu đột ngột bằng cảm giác khô họng, nuốt đau, tiếng nói khàn hoặc mất kèm theo ho, khạc đờm.

Triệu chứng thực thể.

- Niêm mạc xung huyết, dây thanh nề đỏ, lớp dưới niêm mạc phù nề, xuất tiết nhầy đặc đọng ở mép sau và dây thanh.
- Bán liệt các cơ căng (cơ giáp phễu) và cơ khép (cơ bên phễu).

Diễn biến: bệnh tiến triển trong 3 - 4 ngày triệu chứng sẽ giảm đi, xung huyết nhạt dần, tiếng nói thường phục hồi chậm.

Điều trị:

- Hạn chế nói.
- Khí dung: KS + Corticoid.
- Giảm ho.
- Giảm đau.
- Phun Adrenalin 1/1000.
- Đông y ăn quả chanh non đã nướng.

2.1.2. Viêm thanh quản do cúm.

Nguyên nhân: Viêm thanh quản do virus cúm hoặc virus phối hợp với vi khuẩn thông thường. Bệnh tích thường lan xuống khí quản.

Triệu chứng: Hình thái lâm sàng của viêm thanh quản do cúm rất phong phú nó thay đổi tùy theo loại vi khuẩn phối hợp.

- Thể xuất tiết: triệu chứng giống viêm thanh quản xuất tiết thông thường nhưng chúng ta nghĩ đến nguyên nhân cúm là vì có dịch cúm, đôi khi chúng ta thấy những điểm chảy máu dưới niêm mạc (đây là dấu hiệu của viêm thanh quản do cúm).
- Thể phù nề: thể này thường kế tiếp thể xuất tiết, thể phù nề ở thanh thiệt và mặt sau sụn phễu, niêm mạc bị căng bóng, đỏ, bệnh nhân nuốt đau và đôi khi khó thở.
- Thể loét: triệu chứng thực thể có những vết loét nông bờ đỏ ở sụn phễu, nẹp phễu thanh thiệt.
- Thể viêm tấy.
Sốt cao, mạch nhanh.
Nuốt khó, đau họng, tiếng nói khàn, khó thở kiểu thanh quản.
Vùng trước thanh quản bị sưng đau.

Tiên lượng: Tùy theo bệnh tích và thể bệnh.

- Thể xuất tiết tiên lượng tốt.
- Thể phù nề, loét, hoại tử tiên lượng dè dặt.

Điều trị:

- Khí dung KS + Corticoid.
- Nếu có áp xe phải chích tháo mủ.

2.1.3. Viêm thanh thiệt phù nề: Thanh thiệt là cánh cửa của thanh quản mặt trước rất dễ bị viêm hay phù nề.

Triệu chứng: Bệnh nhân có cảm giác bị vướng đờm, khi nuốt đau nhói lên tai. Soi thanh quản gián tiếp thấy thanh thiệt sưng mọng như môi cá mè.

Điều trị:

- Chống viêm, giảm phù nề.
- Phun thuốc Cocain + Adrenalin.

3. Viêm thanh quản mạn tính.

Viêm thanh quản mạn tính không có triệu chứng chức năng gì khác ngoài trừ khàn tiếng kéo dài không có xu hướng tự khỏi và phụ thuộc vào quá trình viêm thông thường không đặc hiệu, có nghĩa là không kể đến bệnh nhân lao thanh quản, giang mai, nấm thanh quản.

3.1. Nguyên nhân.

- Do phát âm: ca sĩ, giáo viên dễ bị viêm do thanh quản làm việc quá sức, phát âm không hợp với âm vực của mình.
- Do đường hô hấp: hít phải hơi hoá chất, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, uống rượu, hút thuốc.
- Do thể địa: người bị bệnh gút, đái đường... có nhiều loại viêm thanh quản mạn tính nhưng có chung một triệu chứng là khàn tiếng.

3.2. Viêm thanh quản mạn tính xuất tiết: Thông thường là hậu quả của viêm thanh quản cấp tính tái diễn nhiều lần và sau mỗi một đợt viêm cấp tính lại khàn tiếng tăng.

3.2.1. Triệu chứng cơ năng: tiếng nói không vang, bệnh nhân phải cố gắng mới nói to được và chóng mệt về sau tiếng nói rè và khàn, bệnh nhân luôn phải đờng hắng buổi sáng do tiết nhầy ở thanh quản nhiều, ngoài ra bệnh nhân hay có cảm giác ngứa, cay, khô rát trong thanh quản.

3.2.2. Triệu chứng thực thể.

- Tiết nhầy hay đọng ở điểm cố định ở 1/3 trước và 2/3 sau lúc bệnh nhân ho thì dịch nhầy đó sẽ rụng đi và tiếng nói được phục hồi trong trở lại.
- Dây thanh cũng bị xung huyết ở mức độ nặng, hai dây thanh bị quá sần tròn như sợi dây thừng, niêm mạc mất bóng.
- Các cơ căng hoặc cơ khép bị bán liệt.

3.2.3. Tiến triển: bệnh kéo dài rất lâu, lúc tăng, lúc giảm nhưng không nguy hiểm.

3.2.4. Điều trị.

- Giải quyết ổ viêm nhiễm ở mũi, xoang, tránh những hơi hoá chất.
- Tại chỗ: phun dung dịch kiềm, bôi Nitrat bạc vào dây thanh.

3.3. Viêm thanh quản quá phát.

Viêm thanh quản quá phát mà người ta gọi là dày da voi có sự quá phát của biểu mô và lớp đệm dưới niêm mạc, tế bào trụ có lông chuyển biến thành tế bào lát.

3.3.1. Triệu chứng cơ năng: giống như viêm thanh quản mạn tính xuất tiết thông thường: khàn tiếng, đờng hắng, rát họng khi nói nhiều.

3.3.2. Triệu chứng thực thể khi soi thanh quản thấy bệnh tích.

- Viêm thanh dai dày toả lan: thể này hay gặp loại thanh dai bị quá phát toàn bộ biến dạng tròn giống như sợi dây thừng màu đỏ.
- Viêm thanh quản dày từng khoảng: trên dây thanh có những nốt sần đỏ, bờ dây thanh biến thành đường ngoằn ngoèo.

3.4. Viêm thanh quản nghề nghiệp.

Những người sống bằng nghề phải nói nhiều: ca sĩ, dạy học... thường bị viêm thanh quản nghề nghiệp do làm việc quá độ hoặc nói gào suốt ngày, trong giai đoạn đầu bệnh nhân nói không to được, bệnh nhân ráng sức thì sẽ lạc giọng chứ không to hơn được. Soi thấy thanh quản xung huyết, về sau bệnh diễn biến theo một trong hai thể sau:

- Viêm thanh quản mạn tính quá phát.
- Viêm thanh quản hạt: u xơ nhỏ mọc ở bờ tự do của dây thanh (hạt xơ dây thanh).

3.5. Bạch sản thanh quản hay papillome.

Triệu chứng:

- Bệnh tích chủ yếu là sự quá sản của các gai nhú được lớp niêm mạc sừng hoá che phủ.
- Soi thanh quản thấy dây thanh một bên hoặc cả 2 bên có phủ lớp trắng như vôi hoặc lớp gai lổn nhổn trắng. Bệnh này có khả năng ung thư hoá cao.

Điều trị: nên coi là một bệnh tiền ung thư và xử trí bằng phẫu thuật mở thanh quản và cắt dây thanh.

3.6. Viêm thanh quản teo.

Viêm thanh quản teo thường xuất hiện sau một số bệnh ở mũi và xoang nhưng nguyên nhân chủ yếu là do trĩ mũi (ozen).

Triệu chứng:

- Bệnh nhân có cảm giác khô rát họng, tiếng nói khàn tăng vào buổi sáng thỉnh thoảng có ho cơn khạc ra vẩy vàng, xanh, hơi thở có mùi hôi, niêm mạc thanh quản đỏ, khô có nếp nhăn, tiết nhầy và vẩy khô đọng ở mép liên phễu, dây thanh thường di động kém.
- Bệnh diễn biến từng đợt ở phụ nữ sẽ giảm nhẹ trong thời kỳ thai nghén.

Điều trị: phun dung dịch Beraternatri 10%. Chữa ozen mũi nếu có.

BỆNH VIÊM XOANG

1. Giải phẫu và sinh lý mũi, xoang.

1.1. Giải phẫu.

Cấu tạo giải phẫu:

Xoang là những hốc nằm trong xương sọ và được mang tên cùng với tên của xương đó ví dụ như: xoang trán nằm trong xương trán, xoang hàm nằm trong xương hàm trên. Trong lòng xoang được lót bởi niêm mạc hô hấp, các chất xuất tiết của xoang đều đổ vào hốc mũi qua các lỗ nhỏ (các lỗ thông mũi-xoang). Các xoang đều có lỗ thông nối với nhau nên khi bị viêm 1 xoang kéo dài dễ đưa đến các xoang khác gọi là viêm đa xoang.

Các xoang mặt được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm xoang trước: xoang hàm, xoang sàng trước, xoang trán vây quanh hốc mắt. Nhóm xoang này đều đổ ra ngách mũi giữa, nên các xuất tiết đều đổ ra mũi trước, là vùng hô hấp của hốc mũi. Vùng này mở thông ra ngoài, dễ bị nhiễm khuẩn và dễ gây ra biến chứng mắt. Khi mới đẻ xoang sàng đã thông bào, xoang hàm còn nhỏ, xoang trán thì khoảng 4-7 tuổi mới bắt đầu phát triển. Xoang trước có lỗ thông với hốc mũi rộng, lại liên quan nhiều đến các răng hàm trên nên các xoang trước thường bị viêm cấp tính thể nhiễm khuẩn, mủ và các triệu chứng biểu hiện ở phía trước (như đau ở mặt, chảy mủ ra ở cửa mũi trước, xì mũi ra mủ...).
- Nhóm xoang sau: xoang sàng sau và xoang bướm ở sâu dưới nền sọ, liên quan tới phần sau ổ mắt, dây thần kinh thị giác, xoang tĩnh mạch hang, tuyến yên. Xoang sàng sau đổ ra ngách mũi trên, xoang bướm đổ ra vùng khứu giác của hố mũi. Vùng này kín hơn, ít bị xâm nhập bởi nhưng nguyên nhân bệnh lý bên ngoài. Do xoang sau có lỗ thông với mũi ở phía sau khe mũi trên nên xuất tiết thường chảy xuống họng và ít bị viêm cấp tính mà thường bị viêm mạn tính.

Các xoang sau hay bị cương tụ và phù nề niêm mạc hơn là viêm mủ, các triệu chứng viêm xoang sau phần nhiều biểu hiện ra phía sau (như đau đầu vùng chẩm, nước mũi hoặc chất nhầy chảy ra cửa mũi sau, bệnh nhân khịt mũi chứ không xì mũi v...).

Các xoang nói chung thường hay viêm là do nguyên nhân viêm mũi, viêm họng.

Mạch máu: những động mạch của hốc mũi xuất phát từ 2 nguồn mạch máu chính sau đây:

- Động mạch cảnh ngoài: động mạch bướm khẩu cái là nhánh của động mạch hàm trong. Động mạch khẩu cái lên là nhánh của động mạch mặt.
- Động mạch cảnh trong: động mạch sàng trước và động mạch sàng sau là nhánh của động mạch mắt.

Các nhánh của các mạch này tập trung ở vùng trước của vách ngăn mũi tạo thành điểm mạch (gọi là điểm mạch Kisselbach), nơi thường xảy ra chảy máu mũi.

Thần kinh:

- Thần kinh khứu giác.
- Thần kinh cảm giác do dây V chi phối.
- Thần kinh thực vật do hạch bướm khẩu cái chi phối.

1.2. Sinh lý: Sinh lý của xoang dựa vào 2 điểm chính:

- Lưu thông không khí.
- Dẫn lưu dịch.

Vai trò của lông chuyển niêm mạc xoang và các lỗ tự nhiên của các xoang đổ vào các ngách giữa, ngách trên bảo đảm 2 chức năng này. Nếu các lỗ bị tắc, lông chuyển bị huỷ hoại, tình trạng bệnh lý sẽ phát sinh ở các xoang.

2. Viêm nhóm xoang trước cấp tính.

Viêm xoang cấp tính là viêm niêm mạc xoang cấp tính. Thông thường một xoang bị viêm, có khi cả hai bên, hoặc lan ra cả xoang sàng, xoang trán, xoang bướm tạo thành viêm đa xoang.

2.1. Nguyên nhân.

- Nhiễm khuẩn do viêm mũi hay viêm họng cấp tính, hoặc sau các bệnh nhiễm khuẩn lây qua đường hô hấp, nhiễm khuẩn do răng.
- Các kích thích lý, hoá các hơi khí hoá chất độc, độ ẩm cao cũng là nguyên nhân gây viêm xoang cấp tính.
- Chấn thương do hoả khí, cơ học hay áp lực gây xuất huyết, phù nề, thương tổn niêm mạc và thành xoang.
- Các yếu tố tại chỗ như: dị hình vách ngăn hay nhét mèche mũi lâu ngày làm ứ tắc dịch tiết trong xoang.
- Các yếu tố toàn thân như suy nhược, đái đường...

2.2. Triệu chứng.

Toàn thân: thường chỉ thấy mệt mỏi, sốt nhẹ nhưng cũng có trường hợp thường ở trẻ em có sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rõ.

2.2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Đau: Đau vùng mặt là dấu hiệu chính, thường đau về sáng do đêm bị ứ đọng xuất tiết, đau thành từng cơn gây nhức đầu. Đau nhức nhất là vùng quanh mắt, đau thành cơn, đau theo nhịp đập. Ấn đau ở phía dưới ổ mắt, cơn đau có chu kỳ, đúng khoảng thời gian nhất định trong ngày thường đau vào lúc từ 8 đến 11 h.
- Ngạt tắc mũi: tùy theo tình trạng viêm, ngạt tắc mũi 1 hay cả 2 bên, mức độ vừa nhẹ, từng lúc hay tắc mũi liên tục gây mất ngủ, ngạt nhiều bên đau, ngạt tăng về ban đêm.
- Chảy mũi: chảy mũi vàng đục làm hoen bẩn khăn tay, có mũi hôi. Đôi khi xì mạnh thường gây đau và lẫn tia máu.

2.2.2. Triệu chứng thực thể.

- Soi mũi: Khám mũi thấy niêm mạc mũi nề đỏ, cuốn dưới cương to, đặt bông thấm Ephedrine 1% còn cơ hồi lại tốt. Cuốn giữa nề, cần lưu ý quan sát khe giữa thấy có mũ đọng bám.
Trường hợp viêm xoang do răng số 5, 6,7 hàm trên, thấy bị áp xe quanh răng đau, răng đau nhức theo nhịp đập, lợi quanh đó bị viêm, mũ chảy từ xoang ra rất thối.
- Khi ấn ngón tay ở mặt trước xoang gây đau: cụ thể ấn vùng hố nanh tương ứng với xoang hàm. Điểm Grund-wald ấn góc trên trong hốc mắt với xoang sàng và điểm Ewing ấn đầu trên trong lông mày với xoang trán.

2.3. Chẩn đoán: Dựa vào các triệu chứng.

- Cơ năng.
- Thực thể.
- Soi bóng mờ (xem cách thăm khám) có thể thấy xoang bị mờ đục hay có ngăn mũ ứ đọng.

- X-quang: trên phim Blondeau thấy xoang bị mờ đều, mờ đặc hay có vùng đặc phía dưới.

2.4. Tiến triển.

- Viêm nhóm xoang trước cấp tính có thể tự khỏi nếu loại trừ nguyên nhân và dẫn lưu tốt tránh ứ đọng trong xoang.
- Thường dễ chuyển thành viêm xoang mạn tính.
- Có thể ảnh hưởng đến mắt gây viêm màng tiếp hợp, tới đường hô hấp gây viêm khí phế quản.

2.5. Điều trị.

- Nghỉ ngơi, tránh các yếu tố kích thích.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, rửa mũi để đảm bảo thông thoáng, xì mũi hoặc hút để tránh ứ đọng.
- Tại chỗ: xông hơi nóng với các tinh dầu thơm, khí dung với kháng sinh và corticoid.
- Toàn thân: dùng kháng sinh nếu có sốt cao, nhiễm khuẩn rõ. Uống hoặc tiêm trong 5 - 7 ngày và cho thêm vitamin C.
- Chỉ chọc rửa xoang hàm khi đã giảm viêm nhiễm (hết sốt, bạch cầu trong máu trở lại bình thường).
- Trường hợp do răng, cần nhổ và chữa răng.

3. Viêm xoang sàng cấp tính ở trẻ em.

3.1. Diễn biến.

- Trẻ từ 2- 4 tuổi bị viêm mũi rồi sưng nề hai mi mắt không mở được mắt (khám mắt nhận thấy vận động nhãn cầu bình thường, giác mạc không biến đổi, trẻ vẫn nhìn thấy).
- Vài ngày sau có thể xuất ngoại, thành túi mủ ở góc trong mắt. Có trường hợp gây mù loà, biến chứng nội sọ.

3.2. Điều trị.

- Kháng sinh liều cao.
- Thuốc chống viêm.
- Có khi phải chích rạch tháo mủ.

4. Viêm xương - tuỷ hàm trên (giả dạng viêm xoang hàm cấp tính).

4.1. Diễn biến:

- Trẻ còn nhỏ, xoang hàm chưa phát triển. Thực chất là viêm xương - tuỷ hàm trên.
- Hội chứng nhiễm khuẩn: sưng đỏ mi mắt dưới và vùng má, chảy mũi mủ, lợi răng sưng đỏ có lỗ rò.

4.2. Điều trị: Kháng sinh, khi cần nạo bỏ mảnh xương chết

5. Viêm xoang mạn tính.

Là do sự biến đổi không hồi phục của niêm mạc xoang, gây nên loạn sản, dạng polyp, tiết dịch, tiết nhầy hoặc viêm mủ.

5.1. Nguyên nhân.

- Vẹo vách ngăn cao, phì đại xương xoăn giữa, dị ứng, gây nên tình trạng dẫn lưu kém, kéo dài không thoát mủ ra khỏi xoang được (vì lỗ thông tự nhiên bị tắc) hoặc sau một viêm xoang cấp tính có hoại tử

xương trong 1 bệnh nhiễm trùng cúm, sởi... hoặc sau một viêm xoang mũi do răng.

- Vai trò thể địa cũng rất quan trọng, nhất là thể địa dị ứng. Dị ứng dẫn tới nhiễm trùng phát triển và khi bị nhiễm trùng lại làm dị ứng nặng lên. Do đó điều trị bệnh thường làm bệnh thuyên giảm nhưng ít khi khỏi hẳn.

5.2. Triệu chứng.

5.2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Đau: Viêm mạn tính thường không đau, trừ những đợt hồi viêm. Thường chỉ là cảm giác nặng đầu, vị trí tùy theo loại xoang viêm. Viêm xoang trước thường nhức quanh mắt, ở hàm trên. Viêm xoang sau thường nhức sâu hoặc ở vùng đỉnh chẩm.
- Ngạt tắc mũi thường xuyên.
- Chảy mũi kéo dài ra mũi xanh hoặc mũi vàng, nếu là viêm xoang trước mạn tính. Viêm xoang sau: triệu chứng âm ỉ dễ nhầm lẫn. Mủ hoặc chất nhầy chảy xuống họng, bệnh nhân phải khịt, khạc, nhổ thường xuyên. Hay có biến chứng mắt như viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu, viêm móng mắt thể mi...

5.2.2. Triệu chứng thực thể.

Triệu chứng viêm nhóm xoang trước mạn tính:

- Ngách giữa nê và ướm hoặc mủ chảy từ ngách giữa xương xoăn dưới, hoặc có ít mủ đọng khô ở bờ dưới xương xoăn giữa.
- Xương xoăn dưới nê to.
- Niêm mạc ngách giữa phù nề, có khi thoái hoá thành pólíp. Xuất hiện gờ Kauffman (do phì đại niêm mạc ở ngách giữa thành một đường gờ dài, trông như một xương xoăn thứ hai nằm ngoài xương xoăn giữa).
- Soi mũi sau: mủ đọng ở sàn mũi hoặc ở đuôi xương xoăn dưới.

Triệu chứng viêm nhóm xoang sau mạn tính:

- Soi mũi trước nhiều khi không thấy gì.
- Soi mũi sau: thấy chất nhầy mủ xuất phát từ ngách trên chảy ra cửa mũi sau, tỏa xuống vòm mũi họng.
- Khám họng: thành sau họng viêm mạn tính với nhiều tổ chức lymphô đỏ và chất nhầy đặc bám.

5.2.3. X-Quang.

Blondeau và Hirtz có giá trị trong chẩn đoán xác định: hình xoang mờ đều hoặc hình vòng cung, hình polyp...

5.3. Chẩn đoán.

Dựa vào các yếu tố sau:

- Triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng thực thể.
- Soi bóng mờ.
- Chọc thông xoang hàm.
- X-quang: tư thế Blondeau, Hirtz và C.T.Scan

5.4. Điều trị.

5.4.1. Phương pháp điều trị bảo tồn viêm đa xoang mạn tính:

- Kháng sinh, chống viêm, giảm đau... (nếu có hồi viêm).
- Khí dung, Proetz...
- Chọc dò xoang hàm để ống dẫn lưu, rửa và bơm thuốc.
- Nhổ, chữa răng nếu do răng.
- Vacxin chống nhiễm khuẩn.
- Vitamin A và B.
- Giảm mẫn cảm nếu có dị ứng.

5.4.2. Phương pháp điều trị phẫu thuật viêm đa xoang mạn tính:

- Mở lỗ thông xoang hàm thường xuyên ở ngách mũi dưới.
- Phẫu thuật nội soi chức năng mũi, xoang (FESS).
- Mở xoang (Caldwell Luc, Delima).
- Mở vách ngăn (nếu nguyên nhân do dị hình vách ngăn).

Chỉ định phẫu thuật xoang:

- Viêm xoang gây ra các biến chứng: não, mắt, xuất ngoại...
- Viêm xoang nguyên nhân do các dị vật trong xoang.
- Viêm xoang đã có thoái hoá dạng políp.
- Các khối u trong xoang (khối u lành tính hoặc ác tính).
- Viêm xoang mãn tính, chọc dò xoang hàm để ống dẫn lưu và rửa nhiều lần nếu qua 10 lần không đỡ nên chuyển sang phẫu thuật.

5.5. **Biến chứng của viêm xoang.**

5.5.1. **Biến chứng mắt:**

- Viêm mô tế bào ở mắt cấp tính: Phù nề mi mắt và kết mạc, có khi khó đánh giá về vận nhãn, lồi mắt. Khó khăn cơ bản là phân biệt viêm mô tế bào đơn thuần, chỉ cần điều trị nội khoa với mũ trong hốc mắt. Cần phải dẫn lưu kịp thời tránh khỏi mù. Cần chỉ định phẫu thuật khi có một trong ba dấu hiệu:
Nhãn cầu cố định.
Giãn đồng tử.
Mất nhạy cảm giác mạc.
- Lồi mắt, liệt vận nhãn, viêm thần kinh thị giác có thể do viêm hoặc u nhầy các xoang sau. Chẩn đoán xác định bằng chụp X-quang.

5.5.2. **Biến chứng não.**

- Viêm màng não mũ.
- Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não, viêm tắc xoang tĩnh mạch dọc trên, xoang hang... thường do viêm xoang trán cấp tính.
Cần chú ý khi có những tình huống sau đây xuất hiện:
 - Viêm xoang trán cấp tính điều trị tích cực nhưng triệu chứng không giảm.
 - Có các triệu chứng của nhiễm khuẩn nội sọ, khi tìm nguyên nhân cần nghĩ tới viêm xoang.

BỆNH VIÊM TAI GIỮA

1. Giải phẫu và sinh lý tai.

1.1. Giải phẫu tai.

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

Tai ngoài: vành tai và ống tai ngoài

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

Cấu tạo của hòm nhĩ.

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

Hòm nhĩ có sáu thành:

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

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

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

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

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

Thành dưới: Vành tĩnh mạch cảnh.

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

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

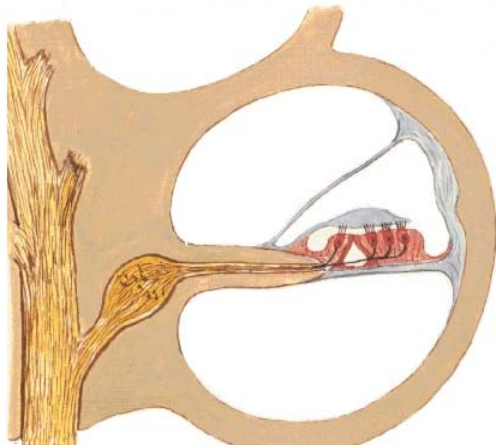


Mê nhĩ xương: gồm tiền đình và loa đạo (ốc tai).

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

- Loa đạo giống nh hình con ốc có hai vòng xoắn rời, được chia thành hai vịnh: là vịnh tiền đình thông với tiền đình và vịnh nhĩ thông với hòm tai bởi cửa sổ tròn, nó

được bịt kín bởi màng nhĩ phụ Scarpa.



Mê nhĩ màng: Gồm hai túi là cầu nang và soan nang, ống nội dịch và 3 ống bán khuyên màng.

Trong cầu nang và soan nang có các bãi thạch nhĩ là vùng cảm giác thăng bằng. Trong ống bán khuyên có mào bán khuyên là vùng chuyển nhận các kích thích chuyển động.

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

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

Thần kinh.

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

1.2. Sinh lý tai.

Tai có hai chức năng nghe và thăng bằng.

1.2.1. Chức năng nghe.

Sinh lý truyền âm

- Tai ngoài: Vành tai thu và định hướng sóng âm, ống tai truyền sóng âm tới màng tai.
- Tai giữa: Dẫn truyền và khuếch đại cường độ âm thanh (vòi nhĩ, màng nhĩ, chuỗi xương con).

Sinh lý tiếp âm

- Điện thế liên tục: Do có sự khác biệt về thành phần của Na^+ và K^+ trong nội và ngoại dịch.
- Điện thế hoạt động: do sự di chuyển của nội dịch, sự rung động của các tế bào lông.
- Luồng thần kinh: Luồng thần kinh tập hợp các điện thế chuyển theo dây VIII lên vỏ não.

2.2.2. Chức năng thăng bằng.

Thăng bằng vận động.

Do các ống bán khuyên, khi thay đổi tư thế đầu làm nội dịch nằm trong ống bán khuyên di chuyển gây kích thích tế bào thần kinh ở mào bán khuyên tạo nên luồng thần kinh.

Thăng bằng tĩnh tại.

Tuỳ theo tư thế bất động (khi nằm hoặc ngồi...), các hạt thạch nhĩ đè lên tế bào thần kinh ở bãi thạch nhĩ tạo nên luồng thần kinh. Các luồng

thần kinh được thần kinh tiền đình đưa đến các trung tâm ở não tạo nên các phản xạ điều chỉnh thăng bằng của cơ thể.

2. Viêm tai giữa cấp tính.

Viêm tai giữa cấp tính là bệnh thường gặp, nhiều nhất ở trẻ em trong nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, nhất là khi bị sởi, cúm, bạch hầu, ho gà... diễn biến trong thời gian dưới 3 tuần.

Nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp thì bệnh thường dẫn tới biến chứng nguy hiểm như:

- Viêm tai giữa mạn tính.
- Viêm tai xương chũm.
- Các biến chứng nội sọ như: viêm màng não, áp xe não.
- Các biến chứng mạch máu: viêm tắc tĩnh mạch bên.
- Liệt dây VII ngoại vi.

2.1. Phân loại.

- Viêm tai giữa cấp tính dịch thắm.
- Viêm tai giữa cấp tính xung huyết.
- Viêm tai giữa cấp tính có mủ.

2.2. Nguyên nhân.

2.2.1. Viêm nhiễm cấp tính ở mũi họng.

- Xuất hiện sau các bệnh như: cúm, sởi hoặc sau các bệnh như viêm mũi, viêm xoang, viêm VA, viêm Amidan, u vòm mũi họng.
- Nhét mèche mũi sau quá lâu.
- Căn nguyên vi khuẩn: thường do *S. pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*, *S. aureus*.

2.2.2. Sau chấn thương: gây rách, thủng màng tai như ngoáy tai bằng vật cứng, chấn thương do tiếng nổ, sức ép bom đạn...

2.2.3. Sự thay đổi áp lực: của không khí trong tai giữa và áp lực của vòm họng, áp lực tai giữa và áp lực tai ngoài.

2.3. Lâm sàng.

Triệu chứng của viêm tai giữa cấp tính thay đổi nhiều tùy theo nguyên nhân gây bệnh, tình trạng cơ thể. Ở đây chúng tôi trình bày thể điển hình: viêm tai giữa cấp tính mủ ở trẻ nhỏ.

Bệnh diễn biến qua hai giai đoạn:

2.3.1. Giai đoạn khởi phát: chưa có mủ trong hòm nhĩ

- Toàn thân: Bệnh nhân trước đó mấy ngày đang bị viêm mũi họng: chảy mũi và ngạt mũi. Đột nhiên bị sốt cao 39⁰- 40⁰ C
- Cơ năng: Đau tai, lúc đầu ngứa, tức ở tai, sau đau tai dữ dội, nghe kém.
- Thực thể: Khám màng nhĩ bị xung huyết đỏ ở góc sau trên hoặc ở dọc cán xương búa hoặc ở vùng màng trùg (Shrapnell).

2.3.2. Giai đoạn toàn phát:

Thường qua hai thời kỳ: thời kỳ ứ mủ và thời kỳ vỡ mủ.

Thời kỳ ứ mủ (màng nhĩ chưa vỡ):

Triệu chứng cơ năng:

- Nhiệt độ toàn thân tăng cao, sốt cao 39- 40⁰ C kéo dài, thể trạng mệt mỏi, khó ngủ, sút cân... có thể co giật, mệt lả.
- Rối loạn tiêu hoá là triệu chứng thường gặp, nhất là ở hài nhi: ỉa chảy, sống phân hoặc nôn trớ, đầy bụng, kèm theo có rối loạn tiêu hoá: với tỷ lệ 70-80% trẻ nhỏ đi ngoài sống phân và đi nhiều lần thuốc chống rối loạn tiêu hoá ít có kết quả chỉ khỏi khi giải quyết nguyên nhân viêm tai.
- Đau tai: đau tai dữ dội ngày càng tăng, đau sâu trong tai, đau theo nhịp đập, đau lan ra vùng thái dương và sau tai làm cho bệnh nhân không ngủ được. em bé quấy khóc, bỏ ăn, bỏ bú, trẻ nhỏ vật vã, co giật quấy khóc, tay ngoáy vào tai đau, hoặc lắc đầu ù tai tiếng trầm.

Triệu chứng thực thể:

- Khám màng nhĩ: toàn bộ màng nhĩ nề đỏ, không nhìn thấy cán xương búa, máu ngấn xương búa và nón sáng. ở mức độ nặng hơn màng nhĩ phồng lên như mặt kính đồng hồ. Điểm phồng nhất thường khu trú ở phía sau.
- Khám mũi họng: bệnh nhân đang có viêm mũi họng cấp tính.

Thời kỳ vỡ mủ (màng nhĩ bị vỡ): Thường xuất hiện vào ngày thứ 4.

Triệu chứng cơ năng: giảm dần, hết đau tai, nhiệt độ toàn thân giảm, em bé chơi, hết quấy khóc.

Triệu chứng thực thể: ống tai đầy mủ, lau sạch thấy lỗ thủng màng nhĩ, lỗ thủng sẽ khác nhau tùy theo tai có được trích rạch hay không?

- Nếu trích: lỗ thủng sẽ rộng và ở góc sau dưới màng nhĩ sẽ hết phồng.
- Nếu không trích để màng nhĩ tự vỡ thì lỗ thủng có thể ở bất cứ chỗ nào, bờ dày nham nhở.

2.4. Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng lâm sàng hai giai đoạn của bệnh.

2.5. Biến chứng.

Có nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm tai xương chũm, viêm tai trong, viêm màng não, viêm não và liệt dây VII ngoại vi...

2.6. Điều trị.

Tùy từng giai đoạn mà có thái độ điều trị phù hợp:

2.6.1. Giai đoạn khởi phát:

Chủ yếu điều trị mũi họng.

Chống nghẹt tắc mũi: tái lập lại sự thông thoáng của mũi và các lỗ thông xoang để đảm bảo dẫn lưu cho các xoang viêm, giảm sự chênh lệch về áp lực giữa trong xoang và hốc mũi.

- Làm bớt chảy mũi
- Điều trị viêm nhiễm
- Đề phòng tái phát viêm xoang

Cụ thể:

- Nhỏ mũi: bằng các thuốc co mạch làm cho mũi thông thoáng. Trước khi nhỏ mũi cần xì mũi để tống các chất xuất tiết ứ đọng trong mũi (Êphêdrin, Naphasolin, dầu Gômênon) ngày nhỏ từ 5-10 lần.

- Xông thuốc: bằng cách hít hơi nước nóng có mang thuốc, hơi nóng có tác dụng giảm xung huyết niêm mạc mũi, tạo điều kiện cho thuốc có thể thấm vào các khe kẽ của mũi và có thể thấm vào xoang qua các lỗ thông mũi xoang. Các thuốc dùng để xông là dầu khuynh diệp, dầu gômênon, dầu gió thời gian xông từ 5-10 phút.
- Khí dung mũi: phải có máy khí dung. Máy tác động phân tán dung dịch thuốc thành những hạt nhỏ (từ 1-10 μ m) hoà tan trong không khí. Thuốc đưa vào cơ thể theo đường khí dung có tác dụng gấp 5 lần so với đường uống hoặc đường tiêm, do đó dùng liều lượng có thể giảm xuống, khối lượng dùng là 5ml.
- Lý liệu pháp: bằng tia hồng ngoại và sóng ngắn

Toàn thân.

- Kháng sinh thường được sử dụng là loại gram (+): Amoxilin, co-trimazole hoặc Erytromycin.
- Chống viêm, giảm đau.
- Nâng đỡ cơ thể bằng các loại sinh tố

Tại chỗ tai: rỏ Glyxerin borate 3%, Otipax...

2.6.2. Giai đoạn toàn phát.

- Luôn theo dõi và trích màng nhĩ đúng lúc: Nếu bệnh nhân đến đã vỡ mủ thì phải làm thuốc tai hàng ngày: lau sạch mủ và rỏ thuốc kháng sinh kết hợp với điều trị mũi họng.
- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm.
- Nâng đỡ cơ thể.

3. Viêm tai giữa mạn tính.

3.1. Đại cương.

- Gặp ở mọi lứa tuổi.
- Thời gian chảy mủ tai trên 1 tháng.
- Ảnh hưởng nhiều đến sức nghe (điếc dẫn truyền).
- Biến chứng nguy hiểm.

3.2. Phân loại.

Hiện nay chia làm 2 loại:

- Viêm tai giữa mủ nhầy.
- Viêm tai giữa mủ (viêm tai giữa có tổn thương xương).

3.3. Viêm tai giữa mãn tính mủ nhầy.

3.3.1. Nguyên nhân:

- Viêm tai giữa cấp tính chuyển thành: viêm mũi, họng là nguyên nhân làm cho quá trình viêm tai giữa cấp tính \rightarrow viêm tai giữa mạn tính.
- Trẻ em: viêm V.A

Người lớn: viêm xoang, khối u đè ép vòi nhĩ.

3.3.2. Giải phẫu bệnh lý:

- Tổn thương niêm mạc: vòi nhĩ, hòm nhĩ, màng nhĩ. Niêm mạc trở nên dày (gấp 5-10 lần bình thường), đặc biệt vùng thượng nhĩ, cả niêm mạc

vùng hang chũm → ngừng trệ lưu thông tế bào xương chũm về hang chũm.

- Các tuyến nhầy quá phát và tăng tiết. Tạo nên sản phẩm là các chất mù nhầy không thối.

3.3.3. Triệu chứng.

Triệu chứng cơ năng: Duy nhất có chảy mủ ở tai và chảy tăng lên mỗi đợt viêm mũi, họng. Mủ đặc trong hoặc vàng kéo dài thành sợi, không tan trong nước, không thối.

Triệu chứng thực thể:

- Lau sạch mủ quan sát thấy một lỗ thủng tồn tại 2 dạng hình quả đậu hoặc hình tròn ở màng căng, bờ nhẵn, không sát khung xương. Dùng que đầu tù móc vào không bị mắc vào xương.
- Quan sát hòm nhĩ qua lỗ thủng: nhìn thấy màu hồng, đôi khi thấy polype chui qua lỗ thủng. Dùng que thăm dò qua lỗ thủng không chạm xương (không bao giờ có cholesteatome).

Xét nghiệm.

Thính lực đồ: Điếc dẫn truyền.

X-quang: Chụp tư thế Schuller: hình ảnh kém thông bào, không có hình ảnh viêm xương.

3.3.4. Diễn biến: diễn biến từng đợt kéo dài nhiều năm. Khi nào còn viêm mũi, họng thì còn bị viêm tai giữa, dễ dàng trở thành viêm tai giữa mủ, tiến triển đến xơ nhĩ, viêm ống tai ngoài, viêm vành tai.

3.3.5. Các thể lâm sàng.

- Viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín.
- Xơ nhĩ: không thủng màng nhĩ, không chảy nước tai ra ngoài, viêm mũi họng mạn tính kéo dài, tái diễn, nghiệm pháp Valsava (-). Màng nhĩ lõm, cán xương búa nằm ngang, mấu ngấn xương búa nhô ra, tam giác sáng thu hẹp lại.

3.3.6. Điều trị:

Tại chỗ:

- Lau, rửa sạch mủ.
- Rỏ thuốc làm se niêm mạc.
- Rỏ vào tai hỗn dịch: Cloramphenicol + Hydrocortison.
- Hòm nhĩ đóng kín: Tiêm vào 0,5 ml Hydrocortison hoặc Alpha-Chymotrypsin.
- Có thể nhỏ bằng chất đắng: Becberin, bạch hoa xà...

Điều trị mũi họng:

- Nạo V.A
- Cắt Amidan
- Giải quyết u xơ vòm mũi họng.
- Phẫu thuật mở thượng nhĩ dẫn lưu.

3.4. Viêm tai giữa mủ mạn tính.

3.4.1. Đặc điểm:

- Hay gặp biến chứng vì có tổn thương xương.

- Hay có cholesteatome.

3.4.2. Giải phẫu bệnh lý: Tổn thương niêm mạc ở hang chũm và thượng nhĩ là chủ yếu:

- Niêm mạc sùi sùi nhiều nụ hạt thoái hoá thành polype.
- Lớp biểu mô ngoài bị mất.
- Dưới lớp niêm mạc sùi là xương viêm, xương viêm ở hòm nhĩ có thể lên trần thượng nhĩ, mê nhĩ.
- Cholesteatome: là khối màu trắng giống như bã đậu, gồm nhiều tế bào biểu mô, lẫn các chất mỡ và cholesterin. Lớp màng bao phủ lên bề ngoài là tổ chức biểu mô lát dính sát vào tổ chức liên kết mỏng có chứa men cholesterinase. Nó có khả năng tiêu xương rất mạnh. Khối cholesteatome phát triển đến đâu phá huỷ xương đến đó. Có 2 loại khô và ướt (loại ướt thối).

3.4.3. Triệu chứng:

Triệu chứng cơ năng:

- Duy nhất là chảy mủ tai, mủ đặc hoặc loãng vón cục màu vàng hoặc xanh đôi khi lẫn máu. Mùi thối khẳm, cấy có nhiều vi khuẩn (yếm khí) vi khuẩn từ ngoài vào qua lỗ thủng màng nhĩ.
- Nghe kém: điếc dẫn truyền tiến triển nặng → điếc hỗn hợp.
- Ù tai: như tít xay lúa, tiếng trầm.
- Đau tai, choáng đầu, đau tángau mỗi đợt hồi viêm

Triệu chứng thực thể:

- Mủ: thối, tan trong nước, nổi váng khi có cholesteatome, màu vàng xanh.
- Quan sát lỗ thủng: thường ở góc sau trên, nhỏ, thường ăn sát khung xương. Có trường hợp thủng toàn bộ màng nhĩ, cũng sát khung xương. Bờ lỗ thủng xù xì, nhám nhở, đáy lỗ thủng gồ ghề, quá phát.

X-quang: Phim tư thế Schuller: hình ảnh kém thông bào, xương chũm không bị tổn thương, hình ảnh cholesteatome (nếu có).

3.4.4. Diễn biến:

- Tự khỏi: nhưng rất hiếm.
- Bệnh kéo dài, dai dẳng → hết cuộc đời không gây biến chứng.
- Bệnh gây nên biến chứng sau các đợt hồi viêm.
- Xơ nhĩ, cứng các khớp tiểu cốt.
- Để lại lỗ thủng màng nhĩ không liền.

3.4.5. Các thể lâm sàng.

- Thủng màng chũm (Sharpnel): lỗ thủng nhỏ ngay trên mỏm ngắn xương búa thì thính lực giảm nhẹ.
- Thủng ở trước trên: viêm khoang trước của thượng nhĩ gây viêm đầu xương búa.

- Thủng ở sau trên: giảm thính lực nhiều vì tổn thương hệ thống xương con.

3.4.6. Điều trị.

- Điều trị triệt để viêm mũi họng.
- Điều trị phẫu thuật: dẫn lưu, lấy bệnh tích, phục hồi chức năng.

Các phương pháp:

- Mở hang chũm - thượng nhĩ.
- Dẫn lưu thượng nhĩ.
- Tiết cân xương chũm.

Nguyên tắc mổ phục hồi thính lực:

- Vá màng nhĩ đơn thuần.
- Phẫu thuật hang chũm- thượng nhĩ + vá nhĩ

BỆNH VIÊM XƯƠNG CHŨM

1. Viêm xương chũm cấp tính (Acute Mastoiditis).

Bao gồm:

- Viêm xương chũm cấp tính không xuất ngoại: viêm tai giữa cấp tính đã 1 vài tuần, triệu chứng toàn thân và cơ năng vẫn còn: sốt kéo dài, vẫn chảy tai, đau vùng chũm, ấn vào rất đau. Trên phim X quang Schuller: mờ tế bào xương chũm.
- Viêm xương chũm cấp tính xuất ngoại: sưng sau tai, vùng xương chũm làm vênh tai ra phía trước và xuống dưới. Sưng trên tai lan ra vùng thái dương, có thể làm khít hàm hoặc phù nề mí mắt. Sưng ở vùng mỏm chũm lan ra phần trên cổ...
- Viêm xương chũm tiềm ẩn: viêm tai giữa cấp tính tái phát nhiều lần, mặc dù đã nạo V.A trẻ vẫn ồm ật, không lên cân... không có lý do nào khác, khám tai: màng nhĩ dày đục, không trở lại bình thường. Ở trẻ em có trường hợp biểu hiện bằng trạng thái nhiễm độc thần kinh.

1.1. Viêm xương chũm cấp tính không xuất ngoại.

1.1.1. Nguyên nhân.

- Do viêm tai giữa không được điều trị tốt.
- Biến chứng của viêm tai giữa cấp tính (các trường hợp viêm tai giữa hoại tử và ở hải nhi sức đề kháng yếu).
- Biến chứng của viêm tai giữa mạn tính.
- Viêm tai giữa sau các bệnh: cúm, sởi, bạch hầu và ho gà.

Điều kiện thuận lợi:

- Những cơ thể có sức đề kháng yếu.
- Độc tố vi khuẩn.
- Xương chũm là loại thông bào.

1.1.2. Giải phẫu bệnh lý.

- Phù nề niêm mạc và màng xương, các nhóm tế bào khí của xương chũm bị phá huỷ, toàn bộ các vách ngăn tế bào khí bị phá huỷ và thông với nhau tạo thành một túi mủ lớn trong chứa đầy tổ chức hạt viêm và xương hoại tử. Sự phá huỷ này có thể vượt qua giới hạn xương chũm phá vào thành trong xương của tĩnh mạch bên.
- Gây viêm tắc tĩnh mạch bên, nhiễm trùng huyết.
- Vào phần tiểu não gây áp xe tiểu não.
- Qua trần hang chũm vào đại não gây nên áp xe não và viêm màng não.
- Có thể phá huỷ thành ống tai xương gây xuất ngoại vào ống tai.
- Vào mê nhĩ gây viêm mê nhĩ và viêm xương đá.

1.1.3. Triệu chứng.

Triệu chứng toàn thân:

- Sốt cao kéo dài, thể trạng suy nhược, mệt mỏi, nhiễm trùng, nhiễm độc sốt cao 39⁰C- 40⁰c (viêm tai giữa chảy mủ qua 2 tuần không thấy khỏi các triệu chứng thậm chí còn có diễn biến nghiêm trọng hơn như sốt cao hơn, đau tai hơn, mủ chảy đặc hơn và có mùi thối).
- Ổ hải nhi có thể thấy co giật, thóp phồng giống như viêm màng não.

Triệu chứng cơ năng:

- Đau tai: là triệu chứng chính, đau tăng dữ dội, đau sâu trong tai lan ra vùng chũm và vùng thái dương.
- Nghe kém kiểu dẫn truyền.
- Ù tai.
- Chóng mặt nhẹ.

Triệu chứng thực thể:

- Mặt chũm thường nề đỏ, ấn vào đau.
- Mủ tai: đặc có mùi thối khẳn, có màu xanh hoặc vàng đôi khi có tia máu.
- Màng nhĩ: (quan sát được sau khi lau sạch mủ tai) nề đỏ, lỗ thủng thường sát thành ống tai xương, bờ nhám nhở, đáy lỗ thủng phù nề xung huyết, góc sau trên đôi khi bị xoá.

X-quang: Tư thế Schuller: các vách thông bào của các nhóm thông bào dây, bị mờ do sự phá huỷ các nhóm tế bào xương chũm, có những đám bị mất vách biến thành các hốc rộng.

1.1.4. Tiến triển và biến chứng: Viêm xương chũm cấp tính khó có thể tự khỏi, nếu không được điều trị sẽ đưa tới viêm xương chũm mạn tính, viêm xương chũm xuất ngoại và có thể đưa tới các biến chứng hiểm nghèo.

Các biến chứng thường gặp là:

- Viêm xương hay cốt tuỷ viêm xương thái dương, xương đá hay xương chũm với hội chứng nhiễm khuẩn nặng.
- Liệt mặt ngoại biên do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Viêm mê nhĩ.

- Các biến chứng nội sọ như: viêm màng não, áp xe não hay viêm tĩnh mạch bên.

1.1.5. Điều trị.

- Mổ cấp cứu là phương pháp duy nhất.
- Kháng sinh liều cao toàn thân bằng đường tiêm truyền chỉ làm giảm triệu chứng.

1.1.6. Phòng bệnh.

- Điều trị tích cực các nguyên nhân gây viêm tai giữa: điều trị viêm mũi họng, nạo V.A.
- Điều trị tích cực viêm tai giữa mạn tính.
- Theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng.

2. Viêm xương chũm mạn tính.

Chảy tai lâu ngày, nghe kém là hai triệu chứng chủ yếu. Màng nhĩ bị thủng, hệ xương con bị hư hỏng, tế bào chũm bị viêm. Nếu có cholesteatome thì dễ dàng gây biến chứng và tái phát. Chụp phim X-quang xương chũm có thể thấy các hình ảnh bệnh lý.

Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm là đợt viêm cấp tính với các biểu hiện giống như viêm xương chũm cấp tính, dễ gây ra các biến chứng nguy hiểm.

Điều trị: phẫu thuật tiết căn hoặc bảo tồn có hoặc không tái tạo hệ truyền âm kiểu tạo hình tai giữa

Bao gồm:

- Viêm xương chũm mạn tính.
- Viêm xương chũm mạn tính hồi viêm.
- Viêm xương chũm mạn tính hồi viêm xuất ngoại.

2.1. Viêm xương chũm mạn tính: Là bệnh tương đối phổ biến gặp ở mọi lứa tuổi. Bệnh làm giảm sức nghe, sức lao động và có thể đưa đến các biến chứng hiểm nghèo.

2.1.1. Nguyên nhân.

- Viêm tai giữa mũ mạn tính kéo dài.
- Do viêm xương chũm cấp tính không được phẫu thuật.

Điều kiện thuận lợi:

- Những cơ thể có sức đề kháng yếu.
- Viêm tai giữa sau chấn thương.
- Xương chũm là loại ít thông bào.

2.1.2. Triệu chứng.

Triệu chứng cơ năng: giống như viêm tai giữa mũ mạn tính nhưng ở mức độ nặng hơn.

- Đau tai, đau âm ỉ đau lan ra 1/2 đầu bên bệnh.
- Nghe kém tăng lên rõ rệt: nghe kém kiểu dẫn truyền.
- Ù tai.
- Chóng mặt.

Triệu chứng thực thể:

- Chảy mủ tai thường xuyên là triệu chứng chính, mủ đặc, mùi thối khẳn.
- Soi tai: lỗ thủng thường rộng, bờ nham nhở, sát khung xương, có thể thấy polype ở trong hòm nhĩ hoặc thấy cholesteatome. Có nhiều mủ thối, có thể có các mảnh trắng của cholesteatome.

X-quang tư thế Schuller: xương chũm bị mất các thông bào, hình ảnh đặc xương hoặc tiêu xương (hình tròn đa vòng: trong viêm xương chũm mạn tính có cholesteatome).

2.1.3. Tiến triển và biến chứng: viêm xương chũm mạn tính khó tự khỏi, thường đưa tới các đợt hồi viêm, xuất ngoại. Ngày nay do sự lạm dụng kháng sinh, các biến chứng như liệt mặt ngoại biên do tổn thương dây thần kinh số VII, viêm mê nhĩ, các biến chứng nội sọ như viêm màng não, áp xe não hay viêm tĩnh mạch bên...

2.1.4. Điều trị: khuynh hướng hiện nay là làm phẫu thuật sớm để bảo tồn sức nghe và tránh các biến chứng.

2.2. Viêm xương chũm mạn tính hồi viêm: Một đợt viêm cấp tính trên một bệnh nhân có viêm tai xương chũm mạn tính và đe dọa có biến chứng.

2.2.1. Triệu chứng.

Triệu chứng toàn thân:

- Sốt cao, kéo dài.
- Thể trạng mệt mỏi, nhiễm khuẩn.

Triệu chứng cơ năng:

- Đau tai ngày càng tăng dữ dội, đau lan ra 1/2 đầu đau thành cơn dùng thuốc giảm đau không tác dụng.
- Nghe kém tăng hơn trước.
- ù tai.
- Chóng mặt.

Triệu chứng thực thể:

- Chảy mủ tai tăng nhiều hơn trước, mủ đặc, mùi thối khẳn.
- Vùng xương chũm sau tai nề tấy đỏ, ấn đau.
- Soi màng tai, lỗ thủng rộng, bờ sát xương, đáy hòm nhĩ đỏ xung huyết, có thể nhìn thấy thành sau ống tai bị sập.

X-quang: tư thế Schuller thấy hình ảnh:

- Mờ đặc mất hết các thông bào.
- Hoặc có nhũn vùng sáng do bị mất xương.
- Có thể thấy hình ảnh cholesteatome vùng sáng tròn không đều, bờ rõ chung quanh mờ đặc.

2.2.2. Chẩn đoán.

Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào tiền sử chảy mủ tai (chảy thường xuyên đặc và thối).
- Đau tai nhức đầu lan ra vùng thái dương.
- Nghe kém tăng nhanh rõ.
- Cần khám tai chính xác đầy đủ và tỉ mỉ.

- Chụp điện quang các tư thế chính: Schuller, Chaussé III.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tai giữa có phản ứng hang chũm (ấn vào vùng xương chũm đau nhưng mũi không thối). Hình ảnh X- quang bình thường.
- Nhọt hay viêm tấy ống tai ngoài.
- Viêm tai xương chũm cấp tính.
- Viêm tấy hạch, tổ chức bạch mạch sau tai.

2.2.3. Biến chứng.

- Liệt mặt.
- Áp xe ngoài màng cứng.
- Áp xe đại não và tiểu não.
- Viêm màng não.
- Biến chứng viêm tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết.
- Biến chứng viêm mê nhĩ.
- Biến chứng xuất ngoại.

Xuất ngoại sau tai thường gặp nhất có các dấu hiệu:

- Sưng tấy vùng chũm sau tai.
- Vành tai bị đẩy vênh ra phía trước.
- Mất nếp rãnh sau tai, gọi là dấu hiệu Jacques.
- ấn vùng chũm thấy mềm, lũng nhùng và có phản ứng đau rõ.
- Xuất ngoại mòm chũm (thể Bezold) thường gặp ở người lớn, sưng phồng vùng cơ bên dưới chũm, cơ ức đòn chũm. Quay cổ đau, gây ngoẹo cổ, ấn vào vùng mòm chũm đau rõ.

Xuất ngoại vùng thái dương, thái dương gò má thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 12 tháng:

- Sưng tấy vùng thái dương phía trên hoặc trên trước tai.
- Vành tai như bị đẩy xuống dưới và ra ngoài.
- Thành trên sau ống tai hay bị sụp.

Xuất ngoại vào ống tai (thể Gellé): Có lỗ dò ở thành sau phần xương của ống tai ngoài sát phần màng tai dùng móc thăm dò mới thấy:

- Mủ chảy ra theo lỗ dò xương.
- Dễ gây liệt mặt.

Xuất ngoại nền chũm (thể Moret): Hiếm gặp vì xuất ngoại trong sâu nên các dấu hiệu không rõ xuất hiện chậm.

- Mủ thường lan xa tới vùng góc hàm, gáy, trong họng.
- Dễ gây biến chứng viêm tắc tĩnh mạch.

2.2.4. Điều trị.

- Phẫu thuật tiết căn xương chũm, giải quyết biến chứng.
- Kháng sinh liều cao.
- Nâng đỡ cơ thể.

BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI

1. Đại cương.

Viêm tai giữa là một bệnh có thể gây biến chứng trầm trọng có thể gây tử vong. Trước khi có kháng sinh tỷ lệ tử vong do biến chứng nội sọ do tai rất cao. Ngày nay với sự phát triển của kháng sinh, của các phương tiện chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong nay đã giảm xuống rất nhiều so với trước kia. Tuy nhiên biến chứng nội sọ do tai vẫn là biến chứng nguy hiểm có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh.

Các biến chứng nội sọ do tai: viêm màng não, áp xe ngoài màng cứng, áp xe não, viêm tắc xoang tĩnh mạch bên, viêm mê nhĩ và liệt mặt.

2. Viêm màng não.

2.1. Cơ chế bệnh sinh: Viêm màng não toàn thể thường xuất hiện sau viêm màng não khu trú vài giờ, vài ngày hoặc lâu hơn. Vi khuẩn sau khi vượt qua được hàng rào ngăn cản trong viêm màng não khu trú sẽ nhân lên nhanh chóng trong dịch não tủy, chúng sử dụng glucose và gây nhiễm trùng, viêm màng nhện và màng nuôi bao quanh não và tủy sống.

Viêm màng não có thể do viêm tai xương chũm cấp tính (rất hiếm) chủ yếu do viêm mạn tính.

2.1.1. Trong viêm tai xương chũm cấp tính: thường có phản ứng màng não và đôi khi có cả viêm màng não thật sự. Vi khuẩn xâm nhập màng não bằng đường máu, bệnh tích xương rất ít.

2.1.2. Trong viêm tai xương chũm mạn tính: viêm màng não thường xuất hiện sau đợt hồi viêm, vi khuẩn có thể xâm nhập màng não bằng nhiều cách:

- Qua ổ viêm xương ở trần thượng nhĩ, ở nhóm tế bào sau mê nhĩ.
- Qua ổ viêm mê nhĩ, gây áp xe não.
- Qua ổ viêm ở tĩnh mạch bên: viêm ngoài tĩnh mạch hoặc viêm tắc tĩnh mạch.
- Qua ổ viêm ở não: áp xe não.
- Do chấn thương phẫu thuật: rách màng não, vỡ mê nhĩ.

Vi khuẩn gây bệnh thường cùng loại với vi khuẩn gây viêm tai. Nhưng trong viêm tai xương chũm mạn tính nhiều khi có vi khuẩn bội nhiễm thêm vào. Vi khuẩn thường gặp là: Pneumococcus, Streptococcus, Staphylococcus... ở trẻ nhỏ dưới 4 tuổi thường gặp Haemophilus influenzae.

2.2. Giải phẫu bệnh lý.

Trong viêm màng não hữu trùng, các lớp màng não đều bị tổn thương, nhất là vùng đối diện với bệnh tích xương.

Màng cứng có thể bị sung huyết hoặc quá sản dày hoặc sùi.

Các màng mềm bị sung huyết, hoặc thâm nhiễm mủ, nhất là ở dưới màng nuôi và ở các rãnh não.

Trong viêm màng não tiết dịch bệnh tích thường kín đáo hơn. Chúng ta không thấy sùi, không thấy mủ mà chỉ thấy sung huyết nhẹ ở các màng mềm.

Trong trường hợp viêm màng não nặng và tử vong nhanh các bệnh tích ở màng não thường rất ít, không ăn khớp với bệnh cảnh lâm sàng. Các trung tâm hô hấp, tuần hoàn... bị ức chế bởi độc tố vi khuẩn trước khi màng mũ được hình thành ở màng não.

Bệnh tích viêm có thể khu trú ở nhiều lớp khác nhau của màng não và gây ra:

- a. Áp xe ngoài màng cứng: túi mũ nằm ở giữa màng cứng và xương sọ. Màng cứng thường bị sản sùi.
- b. Áp xe trong màng cứng: túi mũ nằm trong khoảng tách đôi của màng cứng, thí dụ như ở túi nội dịch, ở hốc hạch Gasser.
- c. Áp xe dưới màng cứng: còn gọi là áp xe dưới màng nhện, mũ khu trú thành những túi ở khoảng cách dưới màng nhện nhưng không ăn thông với nước não tủy. Trong một số trường hợp, túi mũ có thể ở giữa màng cứng và lá ngoài của màng nhện hoặc giữa lá trong và lá ngoài của màng nhện. Những trường hợp sau thường chỉ chẩn đoán được trên bàn mổ.
- d. Viêm màng não lan tỏa: toàn bộ khoảng cách dưới màng nhện bị viêm nhiễm xâm nhập. Khi chọc tủy sống thấy có những thay đổi bệnh lý của nước não tủy. Đây là loại viêm màng não điển hình, có nhiều triệu chứng phong phú.

2.3. Triệu chứng lâm sàng.

Về mặt lâm sàng, người ta chia viêm màng não do tai ra làm 3 loại tùy theo đặc điểm của nước não tủy: viêm màng não hữu trùng, viêm màng não vô trùng và thủy thủng màng não.

Viêm màng não hữu trùng: Đây là thể điển hình và thường hay gặp. Bệnh thường xuất hiện sau viêm mê nhĩ.

- a. Giai đoạn đầu: Bệnh nhân đang bị viêm tai xương chũm cấp tính hoặc viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm và có những triệu chứng bất thường sau đây làm cho chúng ta nghĩ đến việc viêm màng não.
 - Đau đầu: đau đầu liên tục, đau sau hố mắt lan ra gáy, đau ngày càng tăng. Uống thuốc giảm đau không bớt. Ánh sáng và tiếng động làm cho đau đầu tăng lên. Đôi khi có cả đau xương sống ở ngang thắt lưng.
 - Nôn: nôn một cách dễ dàng, lúc đói cũng như lúc no, không đau bụng.
 - Sốt 38⁰C - 39⁰C.

Các triệu chứng thực thể nghèo nàn: bệnh nhân hơi gượng cổ, không cúi đầu thấp được. Khi ấn vào vùng sau quai hàm bệnh nhân kêu đau (triệu chứng Knick) và khi bóp cơ gáy chúng ta cũng gây đau cho bệnh nhân (triệu chứng Kulenkampf). Đôi khi có liệt các dây thần kinh số VI (lác mắt). Trước các triệu chứng đó chúng ta phải nghĩ đến viêm màng não, nhất là khi có kèm theo thay đổi tính tình như sơ sệt, cáu gắt. Nên chọc tủy sống.

- b. Giai đoạn toàn phát: sau một thời gian ngắn, bệnh chuyển sang giai đoạn toàn phát với những triệu chứng điển hình của viêm màng não.

Tam chứng kinh điển:

- Đau đầu dữ dội, khắp đầu làm bệnh nhân rên la. Khi gõ nhẹ vào đầu hoặc ấn vào tĩnh mạch cảnh đầu tăng lên. Sau khi chọc dò tủy sống, nhức đầu có giảm trong một thời gian.
- Nôn: nôn vọt một cách đột ngột nhất là khi bệnh nhân cựa mình thay đổi tư thế. Khi bệnh tiến triển thêm lên, triệu chứng này có thể giảm hoặc mất.
- Táo bón: là một trong 3 triệu chứng kinh điển, nhưng trong một số trường hợp chúng ta thấy có tiêu chảy

Những rối loạn thần kinh:

- Co thắt các cơ: bệnh nhân có những triệu chứng cứng gáy, nghiến răng, mồm nhai tóp tép. Thể hiện sự cứng gáy bằng các triệu chứng Kernig, triệu chứng Brudzinski. Lúc đầu bệnh nhân nằm cong người như cò súng, quay mặt vào bóng tối về sau họ nằm thẳng người, do sự co cứng của các cơ cột sống. Ở trẻ em hiện tượng co gập là tương đối phổ biến.
- Bại liệt: hiện tượng bại liệt xuất hiện sau hiện tượng co thắt: liệt các chi, liệt nhãn cầu, đồng tử không đều, sụp mí mắt, liệt cơ họng (khó nuốt...)
- Rối loạn cảm giác: bệnh nhân kêu đau khắp người khi sờ mó đến thân thể họ.
- Rối loạn phản xạ: các phản xạ xương bánh chè, phản xạ gân gót, phản xạ da bụng... đều tăng. Đôi khi có các triệu chứng Babinski.
- Rối loạn vận mạch: da mặt có những lúc đỏ bừng, da bụng để lại vết đỏ khi chúng ta vạch máng tay vào (vạch màng não).
- Rối loạn giác quan: co hẹp đồng tử, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, chóng mặt, ảo giác...
- Rối loạn tinh thần: tinh thần trầm uất, đờ đẫn, ý thức u ám hoặc ngược lại bệnh nhân mê sảng, la hét, giãy dụa

Triệu chứng toàn thân:

- Sốt cao 40⁰C và kéo dài. Thỉnh thoảng có kèm rét run.
- Mạch thường là nhanh và yếu. Nếu mạch chậm nên nghĩ đến chèn ép nội sọ hoặc thương tổn hành não.
- Huyết áp cao. Nhịp thở đều.
- Nước tiểu ít, vàng và có albumin.

Dịch não tủy: Ngay giai đoạn đầu hoặc muộn lắm là trong giai đoạn toàn phát. Phải chọc dò tủy sống. Trong trường hợp nghi ngờ có áp xe não nên thận trọng: dùng kim nhỏ, có nòng và chỉ nên lấy độ 3 ml nước não tủy.

Gọi là viêm màng não khi nước não tủy có trên 5 bạch cầu/1ml đối với người lớn và 10 bạch cầu/1ml đối với trẻ em.

Trong viêm màng não mủ hữu trùng, dịch não tủy có thể trong hoặc đục. áp suất thường cao (35 cm nước). Khi soi kính hiển vi thấy có bạch cầu đa nhân thoái hoá có vi trùng. Albumin tăng nhiều: 2 g/lit, đường giảm < 0,2g/lit. NaCl giảm xuống < 0,73mg/100ml (126mEq/lit).

Phải chọc dò tủy sống nhiều lần (3 hoặc 4 ngày/lần) để theo dõi sự biến diễn của tế bào, của albumin và đường. Khi thấy albumin xuống và đường lên trở lại bình thường lại kèm theo sự cải thiện của bệnh cảnh lâm sàng, có thể khẳng định rằng tiên lượng tốt.

c. Giai đoạn cuối cùng: Sau độ 1 tuần lễ, bệnh nhân đi vào giai đoạn cuối cùng. Nhìn bề ngoài bệnh có thể thuyên giảm: bệnh nhân nằm im, ít kêu đau đầu, bớt nôn, bớt co cơ, bớt sốt...

Những dấu hiệu đó chỉ là giả hiệu vì mạch ngày càng yếu và không đều, các hiện tượng bị bại liệt xuất hiện (liệt họng, liệt cơ vòng hậu môn và bàng quang) nhịp thở kiểu Cheyne - Stokes, tay bắt chuồn chuồn. Cuối cùng bệnh nhân lâm vào tình trạng hôn mê và chết.

2.4. Điều trị.

2.4.1. Viêm màng não có triệu chứng viêm nhiễm: điều trị bằng phẫu thuật và nội khoa.

a. Phẫu thuật: tùy theo bệnh tích ở tai, xương chũm mà có các phương pháp phẫu thuật khác nhau.

- Khoét xương chũm nếu là viêm xương chũm cấp tính.
- Khoét rộng đá chũm nếu là viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm. Ngoài ra nếu có tổn thương mê nhĩ hay tĩnh mạch bên, phải nạo mê nhĩ hoặc bộc lộ tĩnh mạch bên.

b. Nội khoa: khi chưa xác định được vi khuẩn gây bệnh, dùng kháng sinh phổ rộng có thể dùng một trong các phác đồ sau:

- Ampicilline tiêm tĩnh mạch 200-400mg/kg/ngày chia 4 lần kèm Chloramphenicol tiêm tĩnh mạch 75 mg/kg/ngày chia 4 lần
- Dùng Cefalosporin thế hệ thứ III như: Ceftriaxone tiêm tĩnh mạch 2g mỗi 12h hay 24h, điều trị 7 ngày đối với Haemophilus influenzae và 10 ngày cho phế cầu hoặc các tác nhân gây bệnh khác.

Trong quá trình điều trị, nên chọc dịch não tủy sau khi dùng kháng sinh 24h-48h để đánh giá đáp ứng với kháng sinh. Nếu dịch não tủy không cải thiện và không thấy đáp ứng của bệnh nhân trên lâm sàng, cần đổi thuốc theo kết quả cấy khuẩn và kháng sinh đồ.

- Điều trị nâng đỡ:

Đảm bảo hô hấp, điều chỉnh điện giải, thăng bằng kiềm toan.

Co giật: dùng Diazepam 5mg (ống) tiêm bắp.

2.4.2. Viêm màng não sung nước và viêm màng não thanh dịch.

a. Phẫu thuật xương chũm: khoét rộng đá chũm hoặc khoét xương chũm để giải quyết ổ viêm.

b. Chọc dò tủy sống trong trường hợp sung nước toả lan: để bệnh nhân nằm nghiêng và rút thử khoảng 5 ml nếu nước bắn ra thành tia và bệnh nhân thấy dễ chịu thì tiếp tục lấy thêm độ 25ml. Nếu sau khi lấy 5 ml mà không đỡ thì phải nghĩ đến sung nước não thất và nên chọc dò não thất.

c. Chọc dò não thất: khoan vẩy (tra)i xương thái dương, cách bờ trên ống tai ngoài 3 cm, dùng kim to chọc sâu độ 4 cm hút nước não thất. Nếu hút 1 bên không đỡ phải hút cả 2 bên.

2. Áp xe ngoài màng cứng.

Là danh từ để chỉ khối áp xe nằm tựa lên màng cứng ở hố sọ giữa hoặc hố sọ sau (đối với áp xe quanh xoang tĩnh mạch bên). Như vậy áp xe ngoài màng cứng bao gồm cả áp xe quanh xoang tĩnh mạch bên.

2.1. Bệnh sinh:

Áp xe ngoài màng cứng do viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm hay viêm tai xương chũm cấp tính gây nên theo một trong 3 đường sau:

- Do sự ăn mòn xương: thường gặp nhất.
- Do lan theo đường mô sợi được tạo lập trước.
- Do các tĩnh mạch nhỏ bị huyết khối vỡ ra mà xương ở bên trên nó còn nguyên vẹn: hiếm gặp.

2.2. Giải phẫu bệnh lý:

Luôn có sự hình thành mô hạt viêm bảo vệ giữa khối mũ và màng cứng. Tuy nhiên ở một số trường hợp khối cholesteatoma tiến triển lớn lên làm ăn mòn xương, bộc lộ màng cứng và lớp màng matrice của nó lột trực tiếp lên màng cứng. Ở vị trí này có rất ít hay không có mô hạt viêm. Trong trường hợp này mặc dù không có mũ tựa lên màng cứng, một số tác giả vẫn xếp nó vào áp xe ngoài màng cứng do màng cứng tiếp xúc trực tiếp với vùng bị viêm nhiễm.

2.3. Triệu chứng: Phần lớn trường hợp áp xe ngoài màng cứng tiến triển âm thầm, không có triệu chứng đặc hiệu và thường được phát hiện lúc mổ. Sau đây là các dạng khiến thầy thuốc nghi ngờ có áp xe ngoài màng cứng:

- a. Có hiện tượng đập của mũ tai, rõ lên khi ta đè vào tĩnh mạch cảnh trong.
- b. Đau đầu kéo dài ở bên tai bệnh.
- c. Sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân theo sau 1 viêm tai giữa cấp tính.
- d. Viêm màng não không do meningococcus tái phát nhiều lần.

Trong một số trường hợp, có phản ứng màng cứng: đau đầu, cứng gáy, dịch não tủy đục và vô trùng, bạch cầu và albumin tăng.

Một số hiếm trường hợp khi khối áp xe ngoài màng cứng rất lớn gây chèn ép não gây triệu chứng tăng áp lực nội sọ: nôn vọt, phù gai thị, mạch chậm nhưng không có triệu chứng thần kinh khu trú như áp xe não.

C.T.Scan giúp chẩn đoán áp xe ngoài màng cứng rất tốt.

2.4. Điều trị:

- Nếu được mổ kịp thời áp xe ngoài màng cứng sẽ khỏi nhanh chóng. Nếu không điều trị: túi mũ sẽ tự vỡ, thường vỡ vào khoang dưới nhện gây viêm màng não lan toả rất nặng. Túi mũ cũng có thể gây áp xe não.
- Điều trị gồm phẫu thuật khoét xương chũm hay khoét rộng đá chũm. Màng cứng có thể tự bộc lộ do bệnh tích hoặc thầy thuốc phải chủ động bộc lộ khi có các dấu hiệu nghi ngờ kể trên. Khi tìm được ổ áp

xe, phải bọc lộ màng cứng và xung quanh nó cho đến chỗ lành để bảo đảm là không còn vùng nào còn mũ che lấp.

- Kháng sinh được dùng đồng thời và sau mổ để ngăn ngừa sự nhiễm trùng lan rộng qua lớp mô hạt bảo vệ mà chắc chắn sẽ bị tổn hại phần nào do phẫu thuật.

3. Áp xe não.

3.1. Nguyên nhân.

Ở các nước công nghiệp phát triển áp xe não do tai hầu như không gặp. Ở nước ta hiện nay áp xe não là một biến chứng hay gặp, tỉ lệ áp xe tiểu não bằng áp xe đại não (trái lại, ở các nước áp xe đại não nhiều hơn áp xe tiểu não). Theo thống kê Viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 1969-1975 có 206 áp xe não trong đó áp xe đại não là 104 ca, áp xe tiểu não là 102 ca. Áp xe đại não có nhiều nguyên nhân, nhưng do tai chiếm 50%, còn áp xe tiểu não thì hầu hết là do tai. Ở nước ta thường gặp biến chứng này do viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, viêm tai xương chũm cấp tính gặp ít hơn.

3.2. Bệnh sinh: Nhiễm trùng từ tai lên não:

- Từ niêm mạc tai xương chũm đến màng não cứng qua con đường viêm xương, cholesteatoma, huỷ hoại xương, qua đường mạch máu, các khe hở tự nhiên.
- Từ màng não cứng vào chất não có thể biểu hiện bằng:
 - Áp xe ngoài màng cứng.
 - Thủng màng não rồi vào chất não, đi theo con đường mạch máu vào não.
 - Áp xe tiểu não có thể bắt nguồn từ hai nguồn là viêm mê nhĩ và viêm tĩnh mạch bên.

3.3. Giải phẫu bệnh lí.

- Hướng tiến triển của ổ áp xe có thể đi từ nông vào sâu hoặc ngược lại từ trong ra ngoài rồi vỡ ra màng não.
- Về khối lượng có thể to hoặc nhỏ, có thể 1 ổ hoặc nhiều ổ, áp xe thường thấy cùng bên với tai bị viêm, có khi ở bên đối diện.
- Tiến triển của ổ áp xe qua các giai đoạn :
 - Tắc mạch.
 - Viêm phù nề.
 - Hoại tử thành mũ.
 - Cuối cùng là sự hình thành mũ.

Đối với áp xe não do tai chúng ta thường gặp ở thời kỳ phù nề và hoại tử, rất ít khi chúng ta gặp ở giai đoạn có vỏ.

Vi khuẩn thường gặp là tụ cầu, liên cầu, phế cầu, có khi chúng ta gặp cả vi khuẩn yếm khí.

3.4. Lâm sàng: Giai đoạn đầu rất ít khi để ý tới:

3.4.1. Giai đoạn tiềm tàng: Đau đầu là quan trọng nhất, lúc đầu đau nhẹ, sau liên tục, đau 1/2 đầu nơi khu trú của ổ áp xe, uống thuốc giảm đau không đỡ. Kèm theo một viêm tai xương chũm mãn tính hồi viêm.

3.4.2. Giai đoạn rõ rệt: Tập trung vào 3 hội chứng lớn (tập chứng Bergmann).

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ:
 - Đau đầu là một triệu chứng quan trọng, bao giờ cũng có. Đau đầu ở các mức độ khác nhau, đau căng tức ở trong đầu, đau dữ dội và ngày càng tăng lên, đau khu trú một bên đầu hay chỉ đau vùng chẩm. Bệnh nhân kêu rên, vẻ mặt lo sợ, thỉnh thoảng lấy tay đập vào đầu. Đôi khi đau rất khu trú, thầy thuốc có thể lấy tay ấn tìm các điểm đau ở trên đầu.
 - Tinh thần chậm chạp, trì trệ, ngày càng đờ đẫn, mồm nói lảm nhảm, không buồn tiếp xúc với người khác, không phối hợp với thầy thuốc để khám.
 - Mạch chậm và không đều, đôi khi có mạch nhanh và không đều.
 - Phù nề gai mắt: Đầu tiên là cảm giác nhìn mờ, khi soi đáy mắt ta thấy phù nề gai mắt ở một bên hoặc hai bên, nhưng triệu chứng này không phải lúc nào cũng có. Thống kê cho thấy triệu chứng này gặp 50% trong áp xe đại não và 70% trong áp xe tiểu não.
 - Nôn tự nhiên.
 - Động mắt tự phát, lúc có lúc không, đánh về bên bệnh hoặc luôn đổi hướng.
 - Đi lại loạng choạng có khi chóng mặt.
- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt thường không cao, nhưng có khi sốt cao, bạch cầu trong máu tăng cao, nhất là loại đa nhân trung tính, gày sút rất nhanh, nhất là trong áp xe tiểu não, các triệu chứng trên đi song song với viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm.
- Hội chứng thân kinh khu trú: Hội chứng này thường xuất hiện muộn đôi khi không có, nếu có rất có giá trị.
 - Áp xe đại não: Liệt nửa người bên đối diện, liệt vận động nhãn cầu, co giật từng phần hoặc toàn bộ, mất ngôn ngữ, bán manh.
 - Áp xe tiểu não: Về lí thuyết triệu chứng rất phong phú, nhưng trên thực tế lâm sàng rất nghèo nàn và thường không rõ rệt, có khi xuất hiện một vài triệu chứng trong thời gian ngắn, rồi thay đổi. Các triệu chứng thường khu trú cùng bên với bên tiểu não có áp xe.
 - Những rối loạn cử động: di động loạng choạng, hay ngã về phía sau, hoặc lúc ngã về bên này, lúc về bên kia.
 - Những rối loạn động tác chủ động:
 - + Tay run khi cử động.
 - + Quá tâm, rối tâm.
 - + Mất liên vận, đồng vận.
 - Những rối loạn động tác bị động:
 - + Giảm trương lực cơ cùng bên.

- + Rối loạn về hành tủy.
- + Rối loạn thở, nói ú ớ, khó nuốt, đồng tử giãn, mất phản xạ giác mạc...
- + Động mắt tự đánh về bên bệnh.

3.5. Tiến triển và tiên lượng:

- Áp xe não, nếu không được điều trị dẫn đến chết, còn tự vỡ ra ngoài để khỏi thì vô cùng hiếm gặp. Nếu vỡ ra thì đục qua trần sào bào, thượng nhĩ rồi mũ tràn ngập ống tai ngoài. Tiến triển nhanh 1-2 tuần, hoặc kéo dài 1-2 năm.
- Tiên lượng tốt nếu áp xe khu trú, có vỏ bọc, loại toả lan hoặc nhiều ổ áp xe tiên lượng xấu.
- Di chứng còn lại của áp xe não do tai: đau đầu, động kinh, ù tai, nghe kém, có những cơn giật, nhìn mờ, không nói được.
- Vấn đề tái phát của áp xe não: Bệnh nhân áp xe não cần theo dõi suốt đời. Nhiều trường hợp được chữa khỏi hẳn, nhưng cũng có một số trường hợp tái phát ngay từ khi còn đang nằm viện, khi mới ra viện được một vài tuần hay 1 tháng. Cũng có một số trường hợp sau một thời gian dài mới tái phát, sau 1 năm, 2 năm, 10 năm sau hoặc 20-30 năm.

3.6. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định:
 - Dựa vào triệu chứng lâm sàng: Có viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, có triệu chứng của tập chứng Bergmann.
 - Xét nghiệm :
 - + Công thức máu.
 - + Chọc dịch não tủy, cần hết sức cẩn thận.
 - + Soi đáy mắt.
 - + Chụp XQ: Tư thế Schuller, sọ thẳng và nghiêng, chụp não thất có chuẩn bị, chụp mạch máu não, chụp cắt lớp có máy tính (C.T.Scan).
 - + Ghi điện não.
 - + Siêu âm chẩn đoán.
 - + Xạ hình.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - Sưng nước não thất: xuất hiện từng cơn.
 - Viêm não loang không mũ: nhiệt độ cao, mê sảng, tê liệt, lên cơn giật.
 - U não: tiến triển chậm.
 - Urê huyết cao gây phù nề não: thử urê máu.
 - Hysteria.

Ngày nay khi ta đã có C.T.Scan thì việc chẩn đoán phân biệt bệnh nhân trên đã trở nên đơn giản hơn. Tuy vậy do trang thiết bị còn thiếu, nên không phải nơi nào cũng có để làm việc. Do đó nắm chắc các diễn biến lâm sàng rất quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị.

3.7. Điều trị: Trước khi vào phân điều trị áp xe não do tai cần lưu ý rằng áp xe não do tai thường là áp xe cấp tính, ít khi ở giai đoạn có vỏ và thu-

ờng ở giai đoạn phù nề và ú mủ. Nó là một cấp cứu, cần được can thiệp sớm.

3.7.1. Mục đích của điều trị:

- Loại ổ viêm tai xương chũm.
- Giảm áp lực trong não, chống phù nề.
- Làm thoát mủ ra ngoài bằng dẫn lưu.
- Chống nhiễm trùng.
- Nâng cao thể trạng.

3.7.2. Phương pháp điều trị cụ thể:

- Điều trị ngoại khoa: Mổ tiết căn xương chũm, bộc lộ đại não hoặc tiểu não chọc dò và dẫn lưu áp xe. Sau nhiều năm nghiên cứu và rút kinh nghiệm người ta thấy phương pháp dẫn lưu áp xe ra ngoài đem lại kết quả cao nhất, kể cả lúc áp xe đã hình thành vỏ.

- Điều trị nội khoa:

- **Chống phù não:**

Huyết thanh ngọt ưu trương hoặc Dextrose 20-40 % nhỏ giọt tĩnh mạch.

Urê 30% từ 1-1,5g/1kg cơ thể trong 24 giờ, chống chỉ định với người suy thận.

Manitol 20 % cho từ 1-1,5 g/1kg cơ thể trong 24 giờ.

Glyceron hay Glycerin: cho uống 1-1,5g/1kg cơ thể, sau 4 giờ cho 1g/1kg cơ thể, sau đó cứ 3-4 giờ cho uống một lần.

Magiêsunfat 15-25 %, tiêm tĩnh mạch, ngày tiêm 3-4 lần, tổng liều 1-1,7ml/1kg

- **Corticoide.**

- **Kháng sinh:** Sử dụng kháng sinh liều cao và phối hợp, nhất là các loại kháng sinh mới, có tác dụng mạnh. Ngày nay sau nhiều nghiên cứu người ta thấy dùng từ 1-2 loại kháng sinh kết hợp với Klion (flagyl) vừa chống được vi trùng kỵ khí, vừa tăng hiệu lực của kháng sinh lên.

- **Truyền dịch:** Bồi phục nước và điện giải, tính theo nhu cầu và cần làm điện giải đồ. Đảm bảo thăng bằng kiềm toan trong máu.

- **Nuôi dưỡng bệnh nhân, săn sóc bệnh nhân hôn mê:** hệ hô hấp, tuần hoàn, xương khớp, răng miệng, mắt, chống loét.

Lưu ý: Mổ bệnh nhân áp xe não chỉ là một trong các khâu điều trị, cần phải lưu tâm trong nhiều mặt điều trị, mới đem lại kết quả tốt.

4. Viêm tĩnh mạch bên, nhiễm khuẩn huyết.

Những biến chứng viêm tĩnh mạch do viêm tai xương chũm có thể gặp ở các tĩnh mạch sau:

- Tĩnh mạch bên hay gặp nhất.
- Tĩnh mạch dọc trên.
- Xoang tĩnh mạch hang.
- Tĩnh mạch thoát.

Trong các loại này tĩnh mạch bên là hay bị nhất và nó là biến chứng thường gặp của viêm tai xương chũm.

Vì :

- Tĩnh mạch bên có đường kính lớn.
- Có đường đi ngoằn ngoèo.
- Tốc độ chảy của dòng máu chậm.

4.1. Nguyên nhân:

Thường là do viêm tai xương chũm cấp tính hoặc viêm tai xương chũm mạn tính, nhất là viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm có cholesteatoma có thể do phẫu thuật gây ra.

Bệnh có thể lan vào tĩnh mạch bằng con đường trực tiếp: viêm xương rồi lan trực tiếp vào tĩnh mạch hoặc có thể vi khuẩn xâm nhập bằng đường máu rồi vào tĩnh mạch bên.

4.2. Giải phẫu bệnh lí:

- Viêm ngoài tĩnh mạch hay xương của màng tĩnh mạch bên bị viêm. Mặt ngoài của tĩnh mạch bị xù xì, hoặc có giả mạc trắng. Có khi có áp xe ở giữa màng xương và thành tĩnh mạch.
- Viêm tĩnh mạch: Trong đó chúng ta có thể thấy:
 - Viêm thành tĩnh mạch: thành tĩnh mạch bị dày lên, loại này ít gây nhiễm trùng huyết.
 - Viêm nội tĩnh mạch: những cục máu nghẽn nằm ở trong lòng tĩnh mạch làm cho máu lưu thông khó khăn hoặc bị tắc hoàn toàn.
 - + Có thể bám vào thành tĩnh mạch, chưa gây tắc hoàn toàn.
 - + Có thể gây tắc hoàn toàn ở đoạn xương chũm. Cục máu tắc có thể lên trên đến ngã tư Herophille hoặc xuống vịnh cảnh và tĩnh mạch cảnh trong.
 - Nhiễm trùng ở máu không tắc tĩnh mạch: vi khuẩn vượt qua thành huyết quản mà không gây ra cục máu tắc.

4.3. Lâm sàng.

A. Viêm ngoài tĩnh mạch (hay viêm quanh tĩnh mạch): Triệu chứng rất ít, có khi trên bàn phẫu thuật mới phát hiện ra. Có thể có một vài triệu chứng: đau đầu sau gáy, bờ sau xương chũm bị đau.

- Nếu xung quanh tĩnh mạch thành áp xe có triệu chứng của tăng áp sọ nhẹ vì đè vào màng não.
- Nếu lan xuống vịnh cảnh gây liệt dây XI, X, XI, XII.
- Tĩnh mạch thoát: Nề vùng sau xương chũm.

B. Viêm trong tĩnh mạch hay viêm tắc tĩnh mạch:

1. Thể điển hình có nhiễm khuẩn huyết:

- Giai đoạn đầu: bệnh nhân có viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm, đột nhiên có những cơn sốt cao rét run. Có khi ớn lạnh, rùng mình đau đầu.
- Giai đoạn toàn phát: sốt cao dao động, có những cơn rét run tái diễn, bảng nhiệt độ có hình tháp chuông. Mạch cũng lúc nhanh lúc chậm theo với nhiệt độ. Bệnh nhân có bộ mặt nhiễm trùng rõ rệt: môi khô, lưỡi bẩn, mặt xám.
- Khám thực thể:

- + Ân bờ sau xương chũm bệnh nhân đau điếng.
 - + Da vùng tĩnh mạch thoát bị phù nề.
 - + Có khi bệnh nhân quay cổ khó khăn.
 - + Hạch máng cảnh sưng và đau.
- Cận lâm sàng:
- + Công thức máu: bạch cầu tăng, đa nhân tăng.
 - + Cây máu có thể thấy vi khuẩn.
 - + Chọc dịch não tủy:
Làm Queckenstedt: đè bên lành áp lực tăng, đè bên bệnh áp lực không tăng.
Thành phần dịch não tủy thay đổi nhẹ.
 - + Chụp Schuller: xương chũm mờ có thể có cholesteatoma hoặc bờ tĩnh mạch bên không đều.
2. Thể khu trú, tiềm tàng co tắc, không có nhiễm khuẩn huyết: Tùy theo cục máu tắc ở chỗ nào mà có dấu hiệu riêng.
- Nếu cục máu ở tĩnh mạch bên: Bờ sau xương chũm bị nề sưng và ấn vào bệnh nhân đau.
 - Nếu khu trú ở vịnh cảnh:
 - Mỏm chũm bị sưng phồng.
 - Liệt thân kinh IX, X, XI và XII.
 - + Liệt thân kinh IX: Dấu hiệu kéo màn hầu.
Rối loạn nuốt chất rắn.
Rối loạn cảm giác nuốt 1/3 sau lưỡi.
 - + Liệt thân kinh X: Rối loạn cảm giác 1/2 buồm hàm.
Rối loạn xuất tiết nước bọt.
Rối loạn nhịp thở.
 - + Liệt thân kinh XI:
 - Nghành trong: liệt 1/2 buồm hàm và thanh quản, mạch nhanh.
 - Nghành ngoài: liệt cơ thang và cơ ức đòn chũm.
 - + Liệt thân kinh XII: Liệt nửa lưỡi
 - Khu trú ở tĩnh mạch cảnh trong: Bệnh nhân nghẹn cổ sang 1 bên đau và sưng.
 - Khu trú ở tĩnh mạch khác:
 - Tĩnh mạch thoát: Bờ sau xương chũm bị sưng.
 - Tĩnh mạch xoang hang:
 - + Sưng vù mí mắt.
 - + Mất lồi, hoặc có mủ ở hốc mắt.
 - + Mù mắt, liệt cơ thẳng ngoài.
 - + Đau nhức thân kinh hàm trên.
 - + Giãn tĩnh mạch vùng trán.

- Tĩnh mạch dọc trên: Có triệu chứng tăng áp lực nội sọ, chảy máu cam, giãn tĩnh mạch vùng trán

4.4. Diễn biến:

- Cục máu đông có thể di chuyển đi các nơi gây: nhiễm khuẩn huyết, áp xe phổi, gan, thận.
- Áp xe tiểu não.
- Viêm màng não.

4.5. Chẩn đoán.

- Dấu hiệu lâm sàng.
- NP Queskenstedt (+).
- Thử dịch não tủy.
- Thử máu và cấy máu.

4.6. Điều trị.

4.6.1. Điều trị ngoại khoa:

- Mở tiết căn xương chũm.
- Bộc lộ tĩnh mạch bên cho đến phần lành.
- Nếu tĩnh mạch bên bên trong có áp xe ta mở ổ áp xe ra.
- Đặt vấn đề thắt tĩnh mạch cảnh trong: sau mổ 3-4 ngày vẫn còn sốt.
- Ngày nay người ta ít làm phẫu thuật Grunert.

4.6.2. Điều trị nội khoa:

- Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh liều cao và phối hợp.
- Nâng cao thể trạng: trợ tim, vitamin, có khi phải truyền máu.
- Thuốc chống đông đối với viêm tắc tĩnh mạch bên không có kết quả.

4.7. Phòng bệnh.

- Tích cực điều trị viêm tai giữa hoặc viêm tai xương chũm.
- Cần chẩn đoán sớm và xử trí sớm đối với những viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm.

5. Viêm mê nhĩ.

Có thể xảy ra sau viêm tai giữa cấp tính hoặc viêm tai giữa mạn tính có cholesteatome, nhất là khi có hồi viêm.

5.1. Triệu chứng:

- Chóng mặt.
- Điếc kiểu tiếp nhận, ù tai.
- Động mắt.

5.2. Điều trị:

- Viêm mê nhĩ thanh dịch triệu chứng lâm sàng thường nhẹ hơn: kháng sinh, corticoid.
- Viêm mê nhĩ mủ: mổ xương chũm, kháng sinh. Có trường hợp phải phá huỷ mê nhĩ.

Chú ý: Viêm mê nhĩ có thể gây ra viêm màng não thông qua ống tai trong. Ngược lại viêm màng não cũng có thể gây ra viêm mê nhĩ, dẫn tới điếc nặng một hoặc cả hai bên.

6. Liệt mặt.

6.1. Đặc điểm:

- Viêm tai, viêm tai xương chũm cấp và mãn tính đều có thể gây ra liệt mặt thể ngoại biên.
- Liệt vận động các cơ mặt thể hiện rất khác nhau. Ở thể nhẹ nhất, lúc biểu thị thái độ nét mặt mới thấy mặt mắt cân xứng và khép mi không thật kín. Thể nặng: liệt hoàn toàn, mất các nếp nhăn trán, rãnh mũi má, nhân trung lệch, cười, khóc... mồm méo xệch về bên phía lành, mắt phía bên liệt nhắm không kín “con mắt dã tràng” (dấu hiệu Charles Bell).

6.2. Điều trị:

- Viêm tai giữa cấp tính: trích rạch màng nhĩ.
- Viêm tai xương chũm cấp và mạn tính: mổ xương chũm.
- Trong mọi trường hợp ghi và đánh giá mức độ liệt từ đầu, theo dõi chuyển biến của mức độ liệt nếu không hoặc nặng thêm thì gửi đi khám chuyên khoa.

DI VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. Đại cương.

Mọi lứa tuổi có thể bị dị vật đường thở, hay gặp nhất là trẻ dưới 4 tuổi. Dị vật đường thở là những chất vô cơ hay hữu cơ mắc vào thanh quản, khí quản hoặc phế quản. Hay gặp nhiều nhất là hạt lạc, rồi đến hạt ngô, hạt dưa, hạt na, hạt hồng bì... mẫu xương, vỏ tôm, cua, đốt xương cá, mảnh đồ nhựa, kim, cặp tóc...

Dị vật đường thở là những tai nạn có thể nguy hiểm ngay đến tính mạng và phải được xử trí cấp cứu. Thường gặp ở trẻ em nhiều hơn ở người lớn, gặp nhiều nhất ở trẻ nhỏ tuổi. Trên 25% gặp ở trẻ dưới 2 tuổi (Lemariey), 95% gặp ở trẻ dưới 4 tuổi (khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Bạch Mai - 1965)

2. Nguyên nhân.

- Trẻ em thường có thói quen đưa các vật cầm ở tay vào mồm. Người lớn trong khi làm việc cũng có những người quen ngậm một số những dụng cụ nhỏ vào mồm, đó là điều kiện dễ đưa tới dị vật rơi vào đường thở hay vào thực quản.
- Dị vật bị rơi vào đường thở khi hít vào mạnh hoặc sau một cơn trận cười, khóc, ngạc nhiên, sợ hãi ...
- Dị vật bị rơi vào đường thở do bị liệt họng, thức ăn rơi vào đường thở.
- Do tai biến phẫu thuật: khi gây mê, răng giả rơi vào đường thở, mảnh V.A khi nạo, khi lấy dị vật ở mũi bị rơi vào họng và rơi vào đường thở.

Vị trí của dị vật mắc ở đường thở: thanh quản, khí quản hoặc phế quản.

3. Triệu chứng.

Trẻ em ngậm hoặc đang ăn (có khi cũng là lúc trẻ đang nhiễm khuẩn đường hô hấp) đột nhiên ho sặc sụa, tím tái, ngạt thở trong chốc lát. Đó là hội chứng xâm nhập xảy ra khi dị vật qua thanh quản, niêm mạc bị kích

thích, chức năng phản xạ bảo vệ đường thở của thanh quản được huy động để tống dị vật ra ngoài.

Hội chứng xâm nhập:

- Đó là cơn ho kịch liệt như để tống dị vật ra ngoài, bệnh nhân khó thở dữ dội có tiếng thở rít, co kéo, tím tái, vã mồ hôi có khi ỉa đái cả ra quần.
- Căn nguyên do hai phản xạ của thanh quản: phản xạ co thắt thanh quản và phản xạ ho để tống dị vật ra ngoài.
- Tùy theo vị trí mắc kẹt của dị vật, tính chất của dị vật và thời gian bệnh nhân đến khám, sẽ có các triệu chứng khác nhau.

Dị vật ở thanh quản.

- Dị vật dài, to hoặc sù sì không đều, có thể cắm hoặc mắc vào giữa hai dây thanh âm, băng thanh thất, thanh thất Morgagni, hạ thanh môn.
- Dị vật tròn như viên thuốc (đường kính khoảng từ 5 - 8mm) ném vào mắc kẹt ở buồng Morgagni của thanh quản, trẻ bị ngạt thở và chết nếu không được xử lý ngay lập tức.
- Dị vật xù xì như đốt sống cá: trẻ em khàn tiếng và khó thở, mức độ khó thở còn tùy thuộc phần thanh môn bị che lấp.
- Dị vật mỏng như mang cá rô don nằm dọc đứng theo hướng trước sau của thanh môn: trẻ khàn tiếng nhẹ, bứt rứt nhưng không hẳn là khó thở.

Dị vật ở khí quản.

Thường là dị vật tương đối lớn, lọt qua thanh quản không lọt qua phế quản được. Có thể cắm vào thành khí quản, không di động, nhưng thường di động từ dưới lên trên, hoặc từ trên xuống dưới, từ cửa phân chia phế quản gốc đến hạ thanh môn.

Dị vật ở phế quản.

Thường ở phế quản bên phải nhiều hơn vì phế quản này có khẩu độ to hơn và chệch hơn phế quản bên trái. Ít khi gặp dị vật phế quản di động, thường dị vật phế quản cố định khá trắc vào lòng phế quản do bản thân dị vật hút nước chương to ra, niêm mạc phế quản phản ứng phù nề giữ chặt lấy dị vật. Dị vật vào phế quản phải nhiều hơn phế quản trái.

Sau hội chứng xâm nhập ban đầu có một thời gian im lặng khoảng vài ba ngày, trẻ chỉ húng hắng ho, không sốt nhưng chỉ hâm hấp, nghe phổi không có mấy dấu hiệu, thậm chí chụp X-quang phổi, 70 - 80% trường hợp gần như bình thường. Đó là lúc dễ chẩn đoán nhầm, về sau là các triệu chứng vay mượn: xẹp phổi, khí phế thũng, viêm phế quản - phổi, áp xe phổi...

3. Chẩn đoán.

3.1. Lịch sử bệnh:

Hỏi kỹ các dấu hiệu của hội chứng xâm nhập nhưng cần chú ý có khi có hội chứng xâm nhập nhưng dị vật lại được tống ra ngoài rồi hoặc ngược lại có dị vật nhưng không khai thác được hội chứng xâm nhập (trẻ không ai trông nom cẩn thận hoặc khi xảy ra hóc không ai biết).

3.2. Triệu chứng lâm sàng.

- Khó thở thanh quản kéo dài, nếu dị vật ở thanh quản. Thỉnh thoảng lại xuất hiện những cơn ho sặc sụa, khó thở và nghe thấy tiếng cờ bay: nghĩ tới dị vật ở khí quản.
- Xẹp phổi viêm phế quản - phổi: nghĩ tới dị vật phế quản.

3.3. X- quang.

Nếu là dị vật cản quang, chiếu hoặc chụp điện quang sẽ cho biết vị trí, hình dáng của dị vật. Nếu có xẹp phổi, sẽ thấy các dấu hiệu điển hình của xẹp phổi. Có khi chụp phế quản bằng cản quang có thể cho thấy được hình dạng và vị trí của dị vật mà bản thân không cản quang. X- quang rất quan trọng, không thể thiếu được nếu có điều kiện.

3.4. Nội soi khi-phế quản: vừa để xác định chẩn đoán vừa để điều trị.

5. Tiên lượng.

Nói chung là nguy hiểm, ở trẻ càng nhỏ càng nguy hiểm.

Tiên lượng tùy thuộc:

- Bản chất của dị vật: dị vật là chất hữu cơ, hạt thực vật, ngấm nước trương to ra, gây nhiễm trùng và ứ đọng xuất tiết, nguy hiểm hơn dị vật kim khí nhẵn, sạch.
- Tuổi của bệnh nhân trẻ càng nhỏ càng nguy hiểm. Có khi dị vật được lấy ra khá nhanh chóng vẫn không cứu được bệnh nhi vì bị viêm phế quản-phổi cấp rất nặng.
- Được khám và can thiệp sớm hay muộn, sớm thì dễ lấy dị vật, muộn có phản ứng phù nề niêm mạc, biến chứng nặng, khó lấy dị vật, sức chịu đựng của cơ thể giảm sút.
- Trang bị dụng cụ nội soi và bàn tay thành thạo của kíp soi và hồi sức. Tỷ lệ biến chứng khoảng 20 - 30%, tỷ lệ tử vong khoảng 5%.

6. Điều trị.

Soi nội quản để gấp dị vật là biện pháp tích cực nhất để điều trị dị vật đường thở. Trường hợp đặc biệt khó, dị vật sù sì và sắc nhọn không thể lấy ra được theo đường thở tự nhiên bằng soi nội quản (rất hiếm gặp), có khi phải mở lồng ngực, mở phế quản để lấy dị vật. Rất cần chú ý nếu có khó thở nặng thì phải mở khí quản trước khi soi. Nếu bệnh nhân mệt nhiều, cần được hồi sức, không nên quá vội vàng soi ngay. Trường hợp bệnh nhân lúc đến khám không có khó thở lắm, nhưng có những cơn khó thở xảy ra bất thường và vì điều kiện nào đó chưa lấy được dị vật hoặc phải chuyển đi, mở khí quản có thể tránh được những cơn khó thở đột ngột bất thường.

- Dị vật ở thanh quản: soi thanh quản để gấp dị vật.
- Dị vật ở khí quản: soi khí quản để gấp dị vật.
- Dị vật ở phế quản: soi phế quản để gấp dị vật.

Sau khi soi và gấp dị vật qua đường tự nhiên, tuy dị vật đã lấy ra, có thể gây phù nề thanh quản, cần theo dõi khó thở.

Đồng thời phối hợp các loại kháng sinh, chống phù nề, giảm xuất tiết, nâng cao thể trạng và trợ tim mạch.

7. Phòng bệnh.

- Tuyên truyền để nhiều người được biết rõ những nguy hiểm của dị vật đường thở.
- Không nên để cho trẻ em đưa các vật và đồ chơi vào miệng ngậm và mút.
- Không nên để cho trẻ ăn thức ăn dễ hóc như: hạt na, lạc, quýt, hồng bì, hạt bí, hạt dưa...
- Nếu thấy trẻ đang ngậm hoặc ăn những thứ dễ gây nên hóc, không nên hoảng hốt, la hét, mắng trẻ vì làm như vậy trẻ sợ hãi dễ bị hóc.
- Người lớn cần tránh thói quen ngậm dụng cụ vào miệng khi làm việc.
- Nếu bị hóc hoặc nghi bị hóc vào đường thở, cần đưa đi bệnh viện ngay.

DI VẬT THỰC QUẢN

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

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

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

2. Giải phẫu thực quản.

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

Những đoạn hẹp tự nhiên của thực quản.

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

Có 5 đoạn hẹp:

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

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

3. Nguyên nhân.

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

4. Triệu chứng lâm sàng.

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

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

3.2. Giai đoạn viêm nhiễm.

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

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

3.3. Giai đoạn biến chứng: Dị vật là chất hữu cơ do đó gây bội nhiễm do vi khuẩn.

Viêm tấy quanh thực quản cổ.

- Dị vật chọc thủng thành thực quản cổ gây viêm nhiễm thành thực quản gây viêm nhiễm thành thực quản lan toả, viêm mô liên kết lỏng lẻo xung quanh thực quản cổ.
- Bệnh nhân sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rõ rệt, toàn thân suy sụp, đau cổ, không ăn uống được, chảy nhiều nước dãi, hơi thở hôi, quay cổ khó khăn, một bên cổ sưng lên, máng cảnh đầy, ấn bệnh nhân rất đau có thể tràn khí dưới da.
- X- quang tư thế cổ nghiêng: thấy cột sống cổ mất chiều cong sinh lý bình thường, chiều dày của thực quản dày lên rõ rệt, có hình túi mũ, có hình mức nước, mức hơi.

Nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời viêm nhiễm và ổ mủ sẽ lan xuống trung thất, phổi làm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và chết trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

Bệnh không tự khỏi được.

Viêm trung thất.

- Do áp xe viêm tấy từ cổ xuống.
- Do dị vật chọc thủng thành thực quản ngực gây viêm trung thất.
- Có thể viêm trung thất lan toả toàn bộ trung thất hay viêm khu trú một phần trung thất (trung thất trước hoặc trung thất sau).

Bệnh cảnh chung trong tình cảnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc. Bệnh nhân sốt cao hoặc nhiệt độ lại tụt xuống thấp hơn bình thường, có kèm theo đau ngực, khó thở, mạch nhanh và yếu, huyết áp hạ, tràn khí dưới da vùng cổ và ngực, gõ ngực có tiếng có tiếng trong. Nước tiểu ít và màu đỏ, trong nước tiểu có albumin, công thức máu: bạch cầu cao. Chụp phim thấy trung thất giãn rộng, có hơi ở trung thất. Thường là bệnh nhân ở trong tình trạng rất nặng.

Biến chứng phổi.

- Dị vật có thể đâm xuyên qua thành thực quản, thủng màng phổi gây viêm phế mạc mủ. Bệnh nhân có sốt, đau ngực, khó thở và có đủ các triệu chứng của tràn dịch màng phổi.
- Chụp phim thấy có nước trong phế mạc, chọc dò thì có mủ. Một vài dị vật đặc biệt chọc qua thực quản vào khí quản hoặc phế quản gây rò thực quản-khí quản hoặc phế quản. Bệnh nhân mỗi lần nuốt nước hoặc thức ăn thì lại ho ra. Chụp thực quản có ống thuốc cản quang, chúng ta thấy thuốc cản quang đi sang cả khí-phế quản.

Thủng các mạch máu lớn.

Dị vật nhọn, sắc đâm thủng thành thực quản hoặc chọc trực tiếp vào các mạch máu lớn hoặc quá trình viêm hoại tử dẫn đến làm vỡ các mạch máu lớn như: động mạch cảnh trong, thân động mạch cánh tay đầu, quai động mạch chủ. Tai biến này thường xuất hiện sau khi hóc 4-5 ngày hoặc lâu hơn, hoặc xuất hiện ngay sau khi hóc. Dấu hiệu báo trước là khạc hoặc nôn ra ít máu đỏ tươi hoặc đột nhiên có chày máu khúng khiếp: bệnh nhân ộc máu ra, nuốt không kịp, phun ra máu đỏ tươi đàng mồm, sặc vào khí phế quản. Nếu dự đoán trước, cấp cứu kịp thời, hồi sức tốt thì may ra có thể cứu được. Nếu đột ngột mà không dự đoán thì bệnh nhân sẽ tử vong rất nhanh, rất may là biến chứng này ít gặp.

4. Chẩn đoán.

4.1. Chẩn đoán xác định.

- Dựa vào tiền sử có hóc, các triệu chứng cơ năng và thực thể.
- Chụp Xquang: tư thế cổ nghiêng có thể thấy dị vật, thấy thực quản bị viêm dày hoặc có ổ áp xe.
- Nội soi là phương pháp điều trị và để chẩn đoán xác định.

4.2. Chẩn đoán phân biệt.

- Loạn cảm họng (hay gọi là hóc xương giả): bệnh nhân có cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, có khi bệnh nhân khai với thầy thuốc bệnh cảnh của hóc xương thực sự, nhưng vẫn ăn uống được, không có tình trạng viêm nhiễm.
- Viêm Amidan mạn tính, viêm xoang sau hoặc là bệnh nhân bị tâm thần.
- Cũng có thể gặp triệu chứng này trong ung thư hạ họng-thanh quản, ung thư thực quản giai đoạn sớm.

Khám, chụp X-quang, nội soi không thấy dị vật.

5. Điều trị.

5.1. Chẩn đoán sớm: nếu dị vật chưa chọc thực quản thì soi gấp dị vật là biện pháp tốt nhất. Trước khi soi cần khám kỹ toàn thân bệnh nhân, hồi sức tốt, tiền mê và giảm đau chu đáo.

5.2. Nếu viêm tấy quanh thực quản, có áp xe thì phải mở cạnh cổ, dẫn lưu mủ ra ngoài, nếu dị vật lấy dễ thì lấy ngay. Nếu chưa thấy ở hố mổ, ta phải soi trực tiếp bằng đường tự nhiên để lấy dị vật sau.

5.3. Áp xe trung thất: mở trung thất dẫn lưu mủ. Cho ăn qua sonde

5.4. Viêm phế mạc mủ: chọc phế mạc hút mủ, bơm dung dịch kháng sinh.

6. Phòng bệnh.

- Cần giáo dục trong cộng đồng cho mọi người biết là dị vật thực quản thực sự là một cấp cứu ngoại khoa, thực sự nguy hiểm tới tính mạng người bệnh và có tỷ lệ tử vong cao cần được khám và điều trị kịp thời.
- Cần cải tiến tập quán ăn uống.

UNG THƯ CÁC XOANG MẶT

1. Đại cương: Ung thư các xoang mặt chỉ những thương tổn ở vùng hàm, mũi, mặt. Các xoang mặt bao gồm: xoang sàng trước và sau, xoang hàm, xoang bướm, xoang trán. Hay gặp nhất là ung thư xoang sàng, xoang hàm. Khi một trong hai xoang bị ung thư thì dễ có sự lan toả ung thư vào xoang lân cận.

Thực ra thuật ngữ “ung thư các xoang mặt” cũng chưa thật chính xác về mặt giải phẫu định khu bởi vì các u ác tính ở vùng này thường xuất hiện từ xương hàm trên, hoặc từ vùng lân cận xương hàm trên, chẳng hạn như ung thư tiên phát có thể từ xoang sàng trước, hoặc xoang sàng sau hoặc từ xương khẩu cái. Theo nhiều tác giả ung thư xuất phát từ xoang sàng sau hoặc từ ranh giới của xương hàm trên là hay gặp nhất, từ đó ung thư lan vào xoang hàm gây nên các triệu chứng ung thư xoang hàm.

1.1. Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh:

- Với bệnh tích viêm nhiễm mạn tính tại chỗ như bệnh tích thoái hoá viêm xoang sàng thành polip với ung thư xoang sàng.

- Do bệnh nghề nghiệp: Tiếp xúc với hóa chất nh các công nhân tiếp xúc với niken, acsenic, crom, amiant...

1.2. Tổ chức học:

- Hay gặp nhất là loại ung thư biểu mô lát (chiếm trên 80%), thường gặp thương tổn xuất phát từ niêm mạc bao phủ các xoang mặt và hốc mũi. Loại biểu mô của các niêm mạc trên là tế bào trụ có lông chuyển, ung thư xuất phát từ đó mang tính chất lát và do các xoang bị viêm nhiễm dẫn đến sự di sản tế bào lát và mang tính chất thật sự trạng thái tiền ung thư. Loại ung thư biểu mô này nói chung hay gặp là hình thái một ung thư biểu mô dạng bì và ít khi có cầu sừng.
- Còn loại ung thư liên kết (sacoma) thì ít gặp hơn và có nhiều chủng loại hơn. Đó là: sacoma sụn, sacoma xương, sacoma xơ (fibrosarcome), sacoma tuỷ, sacoma lưỡi...

2. Triệu chứng lâm sàng: Vì các xoang mặt có liên quan mật thiết với nhau về phương diện giải phẫu học nên các triệu chứng lâm sàng tuy rất đa dạng nhưng có thể qui nạp vào 5 hội chứng sau đây:

- Hội chứng mũi: hay gặp nhất, biểu hiện ở tắc ngạt mũi một bên, chảy mũi nhày lẫn chảy mủ hay lẫn máu, chảy máu cam.
- Hội chứng mắt: đau vùng hố mắt, nhãn cầu, chảy nước mắt, viêm túi lệ.
- Hội chứng biến dạng: mắt bị đẩy lồi, má bị đẩy phồng, rãnh mũi bị giãn rộng, mắt rãnh mũi má, cứng hàm... tùy theo vị trí và độ lan rộng của khối u.
- Hội chứng thần kinh: đau đầu, đau vùng trán mũi, tê bì vùng da mặt, mất khứu giác, giảm thị lực, mù...
- Hội chứng hạch cổ: thường xuất hiện ở giai đoạn muộn.

3. Phân loại ung thư các xoang mặt: Nhiều tác giả và các y văn trên thế giới đều dựa trên cơ sở giải phẫu, phôi thai học chia làm 3 loại: ung thư thượng tầng cấu trúc, ung thư trung tầng cấu trúc, ung thư hạ tầng cấu trúc.

3.1. Ung thư thượng tầng cấu trúc: chủ yếu nói đến ung thư vùng xoang sàng trước và xoang sàng sau, xuất phát từ các tế bào sàng. Trong thực tế loại u này thường ở vùng ranh giới giữa xoang sàng và hàm nên còn gọi là “ung thư ranh giới”. Loại ung thư này bao gồm thể xuất phát từ góc trên và sau của xoang hàm.

Ung thư xoang sàng trước: Hay gặp là ung thư biểu mô malpighi và ung thư biểu mô trụ.

- Ung thư biểu mô malpighi: là ung thư biểu mô không biệt hoá, các tế bào ung thư này hình trụ hoặc dài, hay có phân bào và nhân to. Một số ít trường hợp là ung thư biểu mô ít biệt hoá và có thể rải rác có thể có cầu sừng.
- Ung thư biểu mô trụ: Thường phát hiện trên một niêm mạc xoang sàng chưa phát triển đến giai đoạn dị sản malpighi, về tổ chức học trước đây, người ta còn sắp xếp phân loại thành ung thư biểu mô tuyến là

loại tế bào u ít nhiều có trạng thái bình thường, ung thư biểu mô không điển hình (atypique) và ung thư biểu mô nhày là loại ung thư sản sinh ra chất nhầy.

Ung thư xoang sàng sau: Phát sinh từ nhóm sau các tế bào sàng, tức là nhóm ở phía sau và trên xương cuốn giữa (nhóm tế bào sàng sau, nhóm tế bào sàng - khẩu cái và nhóm tế bào sàng - bướm) có thể lan lên đến màng não cứng. Trái lại ung thư xoang sàng trước vì còn một khoảng cách xương giữa sàng trước và sàng sau, nên ít lan đến màng não cứng. Ung thư xoang sàng sau thường lan rất nhanh ra ngoài, vì mảnh xương giấy rất mỏng, dễ bị phá huỷ, u lan vào hốc mắt, nên khi bao tenon đã bị thâm nhiễm thì nhiều tác giả cho rằng phải khoét bỏ nhãn cầu. Ra phía sau là xoang bướm nên thường bị bội nhiễm hơn là bị ung thư thâm nhiễm, nếu u đã lan vào mắt trước và sàng xoang bướm rồi thì phải cắt bỏ 2 phần này. Ở phía trong u thường thâm nhiễm mảnh sàng và mảnh đứng xoang sàng để lan sang phía đối diện.

Các triệu chứng lâm sàng: Do khối u ở trong hốc xương, khi chưa lan ra ngoài thì các triệu chứng rất kín đáo, dễ nhầm với viêm xoang sàng mạn tính. Trong thực tế, phần lớn các bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn, nên các triệu chứng thường gặp là tắc mũi, chảy máu mũi, đau nhức vùng mắt mũi, sưng vùng rễ mũi, mũi-mắt, gây nên hội chứng nhãn cầu.

Giai đoạn đầu:

- Ngạt tắc mũi: thường một bên và tiến triển từ nhẹ đến nặng, ngạt hoàn toàn đồng thời kèm theo chảy máu mũi, mũi nhày.
- Chảy máu mũi: là triệu chứng quan trọng, có thể chảy tự nhiên hoặc do va chạm... chảy máu mũi ngày càng tăng về số lần và lượng máu chảy (khi khám bệnh thấy không phải chảy ở điểm mạch do cao huyết áp).
- Đau: thường xảy ra muộn hơn và ít gặp ở giai đoạn này, người bệnh có cảm giác nặng ở vùng rễ mũi hay vùng trán, ở một số trường hợp cá biệt thì có từng cơn đau dữ dội ở vùng trán.
- Sưng vùng mũi - mắt: Trong thực tế thường gặp nhiều nhất là dấu hiệu “biến dạng vùng mắt và mắt” do tổ chức u lan ra quá giới hạn xoang sàng làm cho rễ mũi phồng ra, sưng vùng gò má và nhất là biến dạng vùng mắt-nhãn cầu cùng bên (nhãn cầu lồi ra trước và ra ngoài), đôi khi mí trên bị sưng nề. Ngoài ra ở một số bệnh nhân có hiện tượng giảm thị lực, song thị. Một số cá biệt bị bội nhiễm ở vùng lệ đạo.

Giai đoạn rõ rệt:

Ở giai đoạn này, các triệu chứng trên ngày càng nặng dần (lí do để bệnh nhân đến khám). Các triệu chứng hay gặp thường ở vùng trán, quanh hố mắt hay vùng rễ mũi. Nguyên nhân chính là do viêm xoang trán, dùng các loại kháng sinh, chống phù nề thì triệu chứng đau giảm dần nhưng nếu do ung thư lan vào xoang trán thì cơn đau sẽ kéo dài, liên tục. Nếu u ở xoang sàng sau thì đau ở đỉnh đầu hay vùng chẩm, cơn đau tuy không dữ dội nh-

ung liên tục âm ỉ (con đau ở vùng trán) giống như cơn đau do viêm xoang bướm, thường là đau nửa đầu và lan ra sau giống hội chứng Sluder.

- Ngạt tắc mũi: Cũng là dấu hiệu hay gặp 60% người bệnh khi đến khám đã có dấu hiệu này, do u phát triển dần bắt đầu tắc nghẽn một bên sau đó u đẩy vách ngăn sang phía đối diện và gây nên tắc hai bên làm cho bệnh nhân phải thở bằng miệng.
- Chảy máu mũi: Giai đoạn này bệnh nhân thường bị chảy máu mũi nhiều lần chiếm 30%), lượng máu nhiều ít tùy từng bệnh nhân, có người thì khi xì mũi có lẫn ít máu, có người thì chảy máu tươi nhỏ giọt, nhưng phần nhiều là mũi nhầy lẫn máu. Cá biệt có người chảy máu ồ ạt phải cấp cứu. Vì vậy những bệnh nhân có tiền sử chảy máu mũi thì phải thận trọng nên làm sinh thiết (tốt nhất cho bệnh nhân nằm lưu).
- Rối loạn khứu giác: Triệu chứng này ít gặp, nếu có do u ở phần cao của xoang sàng hoặc u thân kinh khứu giác. Khứu giác có thể giảm nhưng cũng có thể mất hoàn toàn, nguyên nhân do tế bào thân kinh khứu giác bị tổn thương hoặc do u làm tắc đường lưu thông không khí.
- Dị dạng: do u đã lan ra ngoài phạm vi xoang sàng phá vỡ thành trước và thành ngoài của xoang làm cho góc trong của mắt bị phồng lên hoặc nhãn cầu bị đẩy lồi, triệu chứng này rất quan trọng trong chẩn đoán.
- Các triệu chứng về mắt: Ngoài nhãn cầu bị đẩy lồi ra còn một số triệu chứng khác của mắt cũng hay gặp như: chảy nước mắt, viêm tuyến lệ, phù nề mi mắt có khi viêm kết mạc khiến bệnh nhân thường đến khám ở khoa mắt trước tiên.

Khám lâm sàng:

- Soi mũi trước: Thường hốc mũi chứa nhiều xuất tiết nhày lẫn mủ có mùi hôi vì bị bội nhiễm. Sau khi hút sạch dịch mũi có thể thấy ở phần cao, trên của hốc mũi hoặc khe giữa có tổ chức sùi, chạm vào dễ chảy máu, thường các xương cuốn bị phù nề, cương tụ do đó phải gây tê và dùng thuốc co mạch trước để kiểm tra được rõ hơn. Một số trường hợp có hình thái giống như một polip màu hồng, trơn đều bám chặt vào xương cuốn hay khe giữa giống như một tổ chức viêm mạn tính, còn tổ chức ung thư thường bị che lấp ở phía sâu, do đó sau khi cắt polip rồi thì tổ chức sùi mới lộ rõ.
- Soi mũi sau: Rất quan trọng nhưng cần phải gây tê tốt mới kiểm tra được. Nhiều trường hợp soi mũi sau không phát hiện có thương tổn gì trong khi mũi trước đây thương tổn u, khi u đã lan ra cửa mũi sau thường là một tổ chức hạt sùi có thể che lấp cả cửa mũi sau và lan vào vòm. Nếu khối u bị bội nhiễm có thể có loét hoặc lớp giả mạc bao phủ.
- U lan vào xoang trán: Ung thư xoang sàng trước thường gây nên viêm xoang trán do đó nhiều khi khó xác định có phải có u thâm nhiễm không, vì các triệu chứng lâm sàng cũng tương tự như một viêm xoang trán thông thường, đau ở góc trong mắt và đau vào thời gian nhất định, thường vào buổi sáng, chỉ có thể dựa vào hình ảnh X- quang để phán đoán một phần. Trong thực tế khi phẫu thuật xoang trán lại thấy tổ chức

như một niêm mạc thoái hoá thành polip, tổ chức ung thư thường lẫn trong đám niêm mạc này, vì vậy sinh thiết phải cắt nhiều tiêu bản.

- U lan vào xoang bướm: Trường hợp này ít gặp hơn ở xoang trán. Các triệu chứng lâm sàng rất khó xác định, chẩn đoán dựa vào X-quang nhất là chụp C.T.Scan có thể thấy rõ hình ảnh thành trước xoang bướm bị phá huỷ.
- U lan vào xoang hàm: Là trường hợp hay gặp nhất ở Việt Nam. Ở giai đoạn tiến triển này, khó phân biệt là ung thư tiên phát ở xoang nào, vì vậy thường gọi là ung thư sàng hàm. Về phương diện giải phẫu học thì ít khi ung thư từ xoang sàng trước lan xuống xoang hàm vì xoang sàng trước chỉ liên quan trực tiếp với xoang ở phần dưới trong. Ngược lại các khối u ở xoang sàng sau thường lan xuống dưới và ra ngoài vì vậy hay lan xuống xoang hàm. Các triệu chứng lâm sàng thể hiện sự thâm nhiễm xuống xoang hàm là cảm giác tê bì vùng da ở rãnh mũi má tương ứng với vùng chi phối của thần kinh dưới hốc mắt, cảm giác tê bì này lan đến vùng môi trên có khi cả ở mặt trong của môi trên. Một số bệnh nhân có cảm giác nặng ở vùng xoang hàm và thường kèm theo bội nhiễm của một viêm xoang hàm, với chảy mũi nhày mủ lẫn máu. Chụp X- quang, nhất là chụp C.T.Scan sẽ giúp ta thấy hình ảnh thâm nhiễm này. Trong thực tế các trường hợp bị ung thư sàng hàm thì trên 30% đã có dấu hiệu thâm nhiễm vùng mắt, nhãn cầu.
- U lan vào hố chân bướm hàm: Trường hợp này xuất hiện giai đoạn muộn và có các biểu hiện sau: đau ở vùng thần kinh hàm dưới chi phối và vùng do thần kinh hàm trên. Những đợt phù nề mi mắt, hố thái dương, cứng hàm là dấu hiệu muộn nhất và tiến triển từ từ, sau đó các cơ chân bướm hàm cũng bị thâm nhiễm.
- U lan vào màng não cứng và não: là giai đoạn cuối cùng và trầm trọng nhất của ung thư xoang sàng, trên lâm sàng người bệnh thường có từng cơn đau nửa đầu phía bên bệnh rất dữ dội, chẩn đoán dựa vào X- quang nhất là chụp C.T.Scan có thể thấy rõ mảnh sàng bị ăn mòn và phá huỷ. Giai đoạn này thì điều trị chủ yếu là triệu chứng.

2.2. Ung thư trung tầng cấu trúc: Là ung thư xoang hàm xuất phát từ niêm mạc hoặc vách xương của xoang hàm. Thống kê của nhiều tác giả còn nhiều điểm khác nhau, một số nhận xét rằng ung thư xoang hàm ít gặp hơn xoang sàng. Theo nhận xét bước đầu của chúng tôi: ung thư xoang sàng chiếm tỷ lệ nhiều hơn ung thư xoang hàm.

Triệu chứng lâm sàng:

- **Giai đoạn đầu:** các triệu chứng lâm sàng của ung thư xoang sàng rất kín đáo không mang tính đặc hiệu và rất giống các triệu chứng của một viêm xoang sàng mạn tính thông thường, như ngạt tắc mũi một bên, ngày càng tăng dần và thường kèm theo bội nhiễm nên hay kèm theo chảy mũi mủ có khi lẫn máu. thỉnh thoảng bệnh nhân kêu đau đầu nhưng không dữ dội lắm, dùng thuốc giảm đau thì đỡ hẳn. Khám soi mũi trước ở giai đoạn này thường chưa phát hiện được thương tổn

gì trừ một số trường hợp bệnh nhân ở khe giữa có dịch nhày mủ hoặc lẫn máu, do bội nhiễm nên niêm mạc các xương cuốn hoặc các khe mũi thường bị nề đỏ, xung huyết, cá biệt có tổ chức sùi, chạm vào dễ chảy máu. Trên phim X-quang thường có hình ảnh mờ đều nhưng chưa có hiện tượng xương bị phá hủy.

Tóm lại: ở giai đoạn đầu ung thư xoang hàm rất dễ nhầm với viêm xoang hàm mạn tính (vậy trên thực tế có một số bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị như một viêm xoang hàm mạn tính). Một số khi phẫu thuật mới phát hiện nghi ngờ có ung thư do những bệnh tích không bình thường của niêm mạc hay thành xoang có một số hiện tượng chảy máu nhiều lúc mổ và điển hình nhất là sau khi mổ không lâu, bệnh sẽ tái phát nhanh và có bệnh cảnh ác tính (đau đầu càng tăng, sưng nề nửa mặt bên mổ, thậm chí xuất hiện các triệu chứng thần kinh và biến dạng vùng mũi, má...).

- **Giai đoạn rõ rệt:** bệnh nhân thường đến giai đoạn này mới đến bệnh viện, các triệu chứng ngày càng tăng dần cả về cường độ và thời gian. Đau đầu hoặc đau nhức ở vùng hố mắt và má. Cảm giác tê bì vùng dưới ổ mắt hoặc nửa mặt bên bệnh, ngoài ra do bội nhiễm vùng xoang nên ngoài ngạt tắc mũi thường xỉ mũi có lẫn máu và mùi hôi thối.

Khám soi mũi trước: thấy vách mũi - xoang bị đẩy dôn về phía trong, khe giữa có tổ chức sùi, dễ chảy máu tùy khối u to nhỏ mà hốc mũi bị choán một phần hoặc toàn bộ, vách ngăn có thể bị dôn sang phía đối diện gây ngạt mũi cả hai bên và nói có giọng mũi kín.

Soi mũi sau: có thể có một số trường hợp đã lan ra cửa mũi sau hoặc vào vòm.

Tiến triển của bệnh: Tùy theo sự lan rộng của khối u mà các dấu hiệu lâm sàng cũng khác nhau.

- Nếu u lan ra mặt trước xoang hàm thì đẩy phồng hố nanh và gò má.
- Nếu u lan ra phía nóc xoang hàm, phá vỡ sàn hốc mắt thì nhãn cầu bị đẩy dôn lên trên và ra trước gây phù nề mi dưới, có thể lan vào xương gò má và xương sàng.
- Nếu lan vào xoang sàng thì các triệu chứng giống như ung thư từ xoang sàng lan xuống xoang hàm và khó xác định được điểm xuất phát của tổ chức ung thư.
- Nếu u lan xuống đáy xoang hàm thì xương khẩu cái bị phá vỡ niêm mạc khẩu cái bị thâm nhiễm rồi lan đến chân răng làm cho răng bị lung lay rồi rụng dần.
- Nếu bệnh nhân không được điều trị thì bệnh sẽ phát triển rất nhanh, thương tổn tại chỗ lan rộng kèm theo bội nhiễm, bệnh nhân suy kiệt dần do đau đớn, không ăn ngủ được và cuối cùng dẫn đến tử vong hoặc do chảy máu ồ ạt ở các mạch máu lớn vùng mặt (hoại tử kết hợp với bội nhiễm và tổ chức ung thư lan rộng) hoặc do cơ thể suy kiệt kèm theo một bội nhiễm trong sàng hoặc do di căn xa.

Chẩn đoán: ở giai đoạn đầu thường gặp khó khăn. Phần lớn bệnh nhân thường đến ở giai đoạn muộn nên có thể dựa vào các triệu chứng lâm

sàng, khám thực thể, kết quả sinh thiết và phim X-quang (Blondeau, Hirtz, C.T. Scan) để có thể chẩn đoán được chính xác. Vấn đề là đánh giá được thương tổn để có một phác đồ điều trị hiệu quả.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm xoang hàm mạn tính: Con đau do ung thư gây nên thường dữ dội hơn và các thuốc giảm đau sẽ mất dần tác dụng thường đau ở vùng xương hàm trên, vùng hốc mắt, xuất tiết mũi thường là dịch mủ nhầy lẫn máu, trên phim X- quang hình ảnh xoang hàm bị mờ đều, lan rộng, bờ không đều và có hiện tượng bị phá huỷ bờ xương thành xoang.
- U nang quanh răng: Loại này tiến triển chậm, triệu chứng lâm sàng không rầm rộ, thể trạng bệnh nhân bình thường, tại chỗ không có dấu hiệu thâm nhiễm, phim X- quang có thể thấy rõ bờ của u nang.
- U lành của xoang hàm: như u nhầy, u xương, u sụn, u xơ, các u này thường tiến triển rất chậm, không đau, không bị bội nhiễm, ít xuất tiết, phim X- quang thường có hình ảnh mờ đều, rõ ràng.
- Đau dây thần kinh tam thoa hay đau răng thường đau từng cơn, đau từng cơn và không có hiện tượng biến dạng.
- Viêm xoang do nấm: Bệnh tiến triển chậm thể trạng chung bình thường, ít khi có hạch nhưng lại thâm nhiễm rộng nên thường có nhiều lỗ rò.
- Ung thư lợi: Dễ nhầm với các loại u sùi xuất ngoại của ung thư vùng bướm hàm nên cần khám kỹ.

2.3. Ung thư hạ tầng cấu trúc: Hay còn gọi là ung thư thể răng, ung thư răng miệng để nói rõ vị trí ung thư và sự liên quan với chuyên khoa răng hàm mặt. Thương tổn ung thư thường xuất phát từ ranh giới ổ răng của xương hàm trên. Loại ung thư này có thuận lợi là dễ phát hiện được ở giai đoạn sớm do triệu chứng rõ ràng, trừ một số trường hợp cá biệt (khi bệnh đã lan rộng) thì khó xác định được ung thư tiên phát.

Triệu chứng lâm sàng: Đau răng dai dẳng, có khi cơn đau dữ dội, các răng có thể bị lung lay vì vậy khi bệnh nhân đến khám đã được nhổ răng từ một tuyến trước nhưng cơn đau không giảm mà còn tăng thêm. Nếu khám kỹ sẽ thấy các ổ của chân răng đã bị nhổ không liền lại mà còn mọc lên các nụ sùi hoặc tổ chức hạt, chạm vào dễ chảy máu. Các thương tổn này ngày càng lan rộng và thâm nhiễm ra vùng lợi lân cận làm cho rãnh môi lợi bị đẩy phồng và các răng cũng bị lung lay. Niêm mạc của vùng lợi cũng bị thâm nhiễm sẽ trở thành màu đỏ sẫm, có nhiều mạch máu cương tụ, niêm mạc vòm khẩu cái cũng bị đẩy phồng xuống dưới khiến cho ta tưởng nhầm là ung thư xuất phát từ hàm ếch. Sau đó, vùng má cũng bị sưng phồng lên vì thương tổn ung thư đã bị thâm nhiễm đến vùng quanh răng nanh. Trong một số trường hợp cá biệt, thương tổn của ung thư lại xuất phát từ răng cửa và vòm vòm khẩu cái bị thâm nhiễm sớm, sau đó lan lên đến vùng xương hàm hai bên. Trong một số trường hợp, thương tổn ung thư này bị bội nhiễm gây nên hoại tử, chảy mủ thối giống như một

cốt tuỷ viêm răng. Nếu ung thư xuất phát từ các ổ răng khôn thì dễ thâm nhiễm vào hố chân bướm hàm gây nên khít hàm, trường hợp này rất giống dấu hiệu của một răng khôn mọc lệch hoặc một ung thư biểu mô của lợi. Khi ung thư đã lan vào hố chân bướm hàm và gây nên khít hàm thì bệnh nhân rất đau đớn, không ăn ngủ được toàn trạng gầy sút nhanh chóng và tiên lượng nói chung là rất xấu.

Chẩn đoán: Nói chung không khó khăn lắm, dựa vào triệu chứng lâm sàng, khám để phát hiện, làm sinh thiết cũng để lấy đúng thương tổn ung thư. Ngoài ra trên phim X- quang (thể Hirtz) thấy thương tổn vùng chân bướm hàm mà lâm sàng khó đánh giá.

Giai đoạn toàn phát (lan rộng) của ung thư các xoang mặt: Có tác giả gọi là ung thư lan rộng của xương hàm trên. Đây là giai đoạn cuối cùng của ung thư các xoang mặt đã lan rộng ra các vùng lân cận không còn khả năng để xác định điểm xuất phát của ung thư nữa. Giai đoạn này bộ mặt của bệnh nhân trở thành quái dị do tổn thương ung thư phá huỷ tổ chức xương và lan ra cả phần mềm. Thể trạng chung của bệnh nhân cũng bị suy sụp nhanh chóng lại kèm theo bội nhiễm nên không còn khả năng để điều trị nữa. Chủ yếu là điều trị triệu chứng, chống bội nhiễm và giảm đau, vì theo kết quả mổ tử thi nhiều tác giả đã ghi nhận 65% đã có di căn xa.

2.4. Một số hình thái khác của ung thư vùng mũi xoang: U trụ (cylindrome) so với ung thư biểu mô thì u trụ ít gặp hơn nhưng không phải là hiếm thấy. Năm 1859 Biltroth là người đầu tiên miêu tả loại u này. Danh từ u trụ cũng xuất phát từ hình dáng khi đọc thấy trên tiêu bản của thương tổn (hình trụ). Luận văn của Yveslé-Maltre (Pháp) trình bày khá đầy đủ về bệnh này. Trong y văn của Anh thì rất ít khi dùng đến từ này, nói chung các tài liệu trước đây hay gọi là ung thư biểu mô tế bào đáy (épithélioma à cellules basales).

- Bệnh lí giải phẫu: U trụ có đặc điểm là tổ chức u thành từng đám, hình trứng (bầu dục), thấu quang (hyalin) hoặc nhày. Do là những thể hình trứng đồng đều nhau đôi khi có hình lối. Tổ chức đậm rất thay đổi, thường là tổ chức xơ tạo thành các vách ngăn phân chia các đám tế bào thành thùy. U trụ thường xuất phát từ tổ chức tuyến, tiến triển dần và rất chậm, đặc biệt không có di căn vào hạch nhưng lại có di căn vào phổi. Vị trí u trụ có thể từ xoang sàng thường gặp là phần trước khối bên, ít khi gặp ở phần sau, trên thực tế hay gặp ở phần trên của vách ngăn.
- Tiến triển bệnh: U phát triển chậm đẩy dần các tổ chức lân cận, không gây thâm nhiễm, nhưng các thành xương liền kề có thể bị lỗ chỗ hoặc biến mất. Sau khi cắt bỏ thương tổn, bệnh tích lại có thể bị tái phát, tuy khoảng thời gian có thể dài ngắn khác nhau. Di căn xa chủ yếu hay gặp ở phổi nhưng phải sau nhiều năm, có khi 10-15 năm.

Nếu không điều trị: bệnh tiến triển theo từng đợt, giữa các đợt có khoảng ổn định hoặc thoái triển kéo dài nhiều tháng. Đặc biệt là khi bệnh đã có di căn ở phổi, tiến triển chậm, như thương tổn tiên phát ở

mũi xoang, vì vậy nhiều tác giả nhận xét rằng, trên những bệnh nhân bị u trụ đã có di căn ở phổi rồi, vẫn có thể tiến hành điều trị bằng phẫu thuật mà không ảnh hưởng đến sự phát triển u và di căn ở phổi.

- Điều trị: Chủ yếu là điều trị cắt bỏ thương tổn u và phải cắt bỏ nhiều lần nếu u bị tái phát. Để tránh tái phát hoặc kéo dài khoảng cách thời gian thì cần cắt bỏ rộng, có thể dùng dao điện hoặc đông điện phối hợp lúc mổ.

Phối hợp tia xạ: Hiện nay còn nhiều ý kiến trái ngược nhau về việc phối hợp tia xạ sau mổ, nhưng gần đây thì có nhiều ý kiến cho rằng việc phối hợp tia xạ làm cho bệnh nhân được ổn định và kéo dài thời gian tái phát hơn hẳn so với những bệnh nhân không được tia xạ, mặc dù loại u trụ rất kháng tia. Bệnh nhân u trụ thường kéo dài cuộc sống hàng chục năm nếu được điều trị, hoặc theo dõi kịp thời, tử vong thường do khối u phát triển quá lớn, chèn ép nhất là nên sọ, hoặc là do di căn ở phổi.

IV. Điều trị ung thư biểu mô các xoang mặt: Cho đến nay phẫu thuật kết hợp với tia xạ là biện pháp chủ yếu để điều trị loại ung thư này. Những năm gần đây, đã có nhiều báo cáo về kết quả đáng khích lệ của phối hợp thêm với hoá chất trước và sau khi mổ, tia xạ.

1. Điều trị bằng phẫu thuật: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật lệ thuộc vào vị trí lan rộng của ung thư. Với vùng thượng tầng kiến trúc, khi u chưa quá lan rộng có thể cắt một phần xương hàm trên, một phần thành dưới và thành trong hốc mắt cùng với xương chính của mũi bên bệnh. Với u vùng trung tầng: phần lớn bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn nên nhiều tác giả chủ động cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên. Còn đối với u hạ tầng kiến trúc căn cứ vào bệnh tích cụ thể mà tiến hành phẫu thuật bảo tồn (cắt một phần xương hàm trên).

2. Điều trị bằng tia xạ: Là sự phối hợp quan trọng, có thể dùng hai cách: thông thường là tia xạ qua da Co^{60} , lượng tia hàng ngày và tổng liều cũng giống như ung thư khác của vùng đầu mặt cổ, thông 2Gy/ngày, mỗi tuần từ 10-12Gy (trong 4-5tuần). Một số tác giả chủ trương đặt áp nguồn tia xạ vào ngay hố mổ, thường dùng nguồn Co^{60} hay radium, gần đây nhiều người sử dụng indium¹⁹² vì kinh nghiệm cho thấy radium hay gây hoại tử xoang và nhiều biến chứng nặng.

3. Điều trị bằng hoá chất: Hoá chất có thể sử dụng qua đường tĩnh mạch hoặc động mạch. Các hoá chất hay dùng là 5Fu, Bléomycin, Méthotrexate. Việc điều trị hoá chất trong điều trị phối hợp ung thư mũi xoang được trường phái Nhật bản hết sức quan tâm.

4. Kết quả điều trị: 20 năm trước đây khi nói đến ung thư vùng mũi xoang nhất là khi khối u đã lan quá một vùng giải phẫu (quá một xoang) thì kết quả điều trị nói chung là xấu, hơn nữa phẫu thuật cắt bỏ xương hàm trên gây nhiều biến chứng và di chứng cho người bệnh nên tiên lượng xấu. Gần đây, nhiều tác giả đã có những nhận xét khả quan hơn do sự phối hợp điều trị giữa phẫu thuật, tia xạ và hoá chất.

- Nếu điều trị bằng tia xạ đơn thuần: kết quả rất kém, theo Lederman trên 55 bệnh nhân ung thư biểu mô xoang sàng thì chỉ có 5% sống quá 5 năm. Nhưng theo Errington (1985), điều trị 43 bệnh nhân bị ung thư vùng mũi xoang đã lan rộng (85% là T4) bằng neutron với năng lượng yếu (7,5 MeV) cho 17 bệnh nhân ung thư dạng biểu bì, 11 u trụ, 8 ung thư tuyến, 5 ung thư biểu mô chuyển tiếp, 1 ung thư biểu mô không biệt hoá và 1 u hắc tố ác tính thì kết quả kéo dài tuổi thọ 3 năm là 47% và 72%, còn sau 5 năm là 30% và 55%. Tác giả nhận xét rằng sở dĩ đạt được kết quả trên là do tính chất tổ chức học của u, do tác dụng của neutron so với photon với các tế bào thiếu oxy.
- Nếu điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần thì chỉ nên áp dụng đối với các khối u còn bé, chưa lan ra vùng xoang hoặc các tổ chức lân cận. Kết quả tốt nhất là đối với loại ung thư biểu mô của hạ tầng cấu trúc, từ 30-50% có thể sống hơn 5 năm.
- Điều trị phối hợp: Nếu phối hợp điều trị phẫu thuật với tia xạ thì rõ ràng là kết quả đạt cao nhất so với hai phương pháp trên. Vấn đề là tia xạ trước hay phẫu thuật trước. Nhiều báo cáo cho thấy kết quả của tia xạ trước hay phẫu thuật trước đều không khác nhau mấy. Lập luận của trường phái tia xạ trước là cốt làm bé lại khối u, nhất là tiêu diệt các bệnh ung thư rất bé ở rải rác xung quanh tổn thương chính mà mắt thường không thấy được và có thể lan toả ra xa trong khi phẫu thuật. Trường phái tia xạ sau khi mổ nhấn mạnh tính chất kháng tia của khối u đã lan vào xương, ngoài ra còn nhận xét rằng mổ trước thì vết mổ sẽ liền tốt hơn. Phối hợp tia xạ sau khi mổ là phương thức điều trị phổ biến.
- Phối hợp phẫu thuật với tia xạ đối với ung thư biểu mô vùng mũi xoang nói chung có thể đạt kết quả sống trên 3 năm khoảng 55% và sau 5 năm khoảng 48% (viện Gustave Roussy ở Pháp năm 1990). Gần đây, nhiều tác giả Nhật bản (Yamashta, Sato, Sakai, Shibuya và cộng sự) đã có nhiều báo cáo nói rõ kết quả của việc sử dụng hoá chất (dùng một chất hay nhiều chất) phối hợp phẫu thuật và tia xạ đã nâng cao hiệu quả điều trị cũng như tránh được một phẫu thuật quá rộng (thay thế một phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên bằng một phẫu thuật cắt bỏ một phần xương hàm) những kết quả này đang còn trong giai đoạn thực nghiệm và có nhiều ý kiến khác nhau, tuy nhiên việc sử dụng hoá chất được áp dụng rộng rãi ở nhiều nơi trong lĩnh vực này.

5. Ung thư xoang trán: Loại ung thư này hiếm gặp, thường thứ phát từ xoang sàng thâm nhiễm lên, chủ yếu là người lớn và cả hai giới đều mắc bệnh như nhau, về tổ chức học loại ung thư biểu mô chiếm khoảng hơn 80%, còn sarcoma thì rất hiếm.

5.1. Triệu chứng lâm sàng: Ở giai đoạn đầu, các triệu chứng giống như một viêm xoang trán mạn tính hoặc viêm xoang trán có mủ. Phần lớn bệnh nhân khi đến khám thường ở giai đoạn muộn, nên các triệu chứng

râm rộ hơn như đau đầu dữ dội, hoặc u đã phá vỡ thành trước xoang trán làm cho vùng rễ mũi và vùng da ở góc trong lông mày bị đẩy phồng.

5.2. Chẩn đoán: Dựa vào các triệu chứng khám lâm sàng, bệnh tiến triển nhanh chóng, dễ phá vỡ các thành xương để thâm nhiễm vào các vùng lân cận, trên phim X - quang thấy rõ các thành xương bị phá huỷ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Ở giai đoạn đầu, cần phân biệt với một viêm xoang mạn tính, với u xoang trán. Các bệnh này có lịch sử bệnh và tiến triển bệnh lâu năm, các triệu chứng không râm rộ, trên phim X- quang có hình ảnh mờ đều không có hiện tượng phá huỷ xương.
- Ở giai đoạn râm rộ cần phân biệt với u nhày xoang trán, có tiền sử kéo dài hàng năm, có khi 8-10 năm, thể trạng toàn thân không ảnh hưởng gì, khám lâm sàng và X- quang có các dấu hiệu đặc trưng của u nhày (u mềm, ấn vào có cảm giác như vỏ quả bóng bàn, chọc dò bằng kim to hút ra được dịch nhày, trên phim X- quang thành xương bị ăn mòn chứ không bị phá huỷ nham nhở...).

5.3. Điều trị và tiên lượng: Chủ yếu là phẫu thuật phối hợp tia xạ, nhưng phần lớn bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn nên khả năng điều trị rất hạn chế và bệnh nhân thường chết do viêm màng não hoặc thâm nhiễm vào não.

6. Ung thư xoang bướm: Cũng rất hiếm gặp, thường là ung thư biểu mô, rất ít sacoma.

6.1. Triệu chứng: Ở giai đoạn đầu các triệu chứng rất kín đáo và nghèo nàn, đến giai đoạn rõ rệt thì triệu chứng rất giống như một viêm xoang bướm có mủ, nhưng diễn biến nhanh và nặng hơn, bệnh nhân đau đầu liên tục và sau đó u lan rộng gây nên các triệu chứng nặng như: viêm thị thần kinh dẫn đến mù, viêm màng não, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang và các hội chứng thần kinh khác. Ngoài ra thể trạng toàn thân suy sụp và thường kèm theo bội nhiễm.

- Soi mũi sau hoặc qua ống soi vòi Eutasche (salpingoscopy) có thể thấy rõ tổ chức sùi ở lỗ xoang bướm.
- Trên phim Hirtz và sọ nghiêng thấy được bóng mờ của khối u và hiện tượng phá huỷ xương.

6.2. Chẩn đoán: Trong thực tế bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn nên chẩn đoán không phức tạp lắm, nhất là bệnh cảnh ở giai đoạn cuối, ung thư đã lan rộng ra các vùng lân cận.

6.3. Điều trị: Cho đến nay phương pháp điều trị ung thư vùng xoang bướm (nguyên phát hay thứ phát) còn gặp nhiều khó khăn và kết quả rất hạn chế vì vị trí giải phẫu của khối u cũng như giai đoạn muộn của bệnh nhân khi đến khám, phần lớn chết do biến chứng não.

7. Các loại sacoma vùng xoang mặt: Các xoang mặt có nhiều loại sacoma khác nhau, chẩn đoán hoàn toàn phải dựa vào kết quả của tổ chức học. Trên thực tế, loại sacoma này cũng hiếm gặp, theo thống kê của nhiều tác giả thì rất khác nhau, chiếm tỷ lệ trong các ung thư xoang mặt từ 7-

15%. Thường gặp là sacoma xơ (fibrosarcomes), sacoma sụn (chondrosarcomes), sacoma xương, sacoma cơ vân (rhabdomyosarcomes), sacoma mạch (angiosarcome)...

7.1. Triệu chứng: Tùy theo vị trí thâm nhiễm của u mà các triệu chứng lâm sàng khác nhau (như ung thư xoang sàng, ung thư xoang hàm, xoang bướm, xoang trán, vùng hạ tầng cấu trúc...). Đặc biệt sacoma khác với loại ung thư biểu mô là bệnh tiến triển rất nhanh, hay gặp ở trẻ em và người già (trước 15 tuổi và sau 65 tuổi) nhưng cũng có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào.

7.2. Chẩn đoán: Chủ yếu là dựa vào các triệu chứng lâm sàng nhất là các diễn biến bệnh nhanh chóng, dựa vào kết quả sinh thiết và phim X-quang.

7.3. Tiến triển bệnh: Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thì bệnh phát triển rất nhanh tại chỗ và sớm có di căn xa (hay gặp là phổi và xương).

7.4. Điều trị: Sacoma nói chung là nhạy cảm với tia xạ và hoá chất vì vậy điều trị chủ yếu là phối hợp tia xạ với hoá chất. Phương pháp phối hợp lệ thuộc vào giai đoạn bệnh cũng như sở trường của thầy thuốc lâm sàng, có thể tia trước hoặc điều trị hoá chất trước, hoặc phối hợp xen kẽ hóa chất-tia xạ-hoá chất.

7.5. Kết quả điều trị: Nói chung bệnh sẽ thuyên giảm rất nhanh, kết quả trước mắt rất đáng khích lệ nhưng tỉ lệ tái phát tại chỗ hoặc di căn cũng hay gặp, nhất là trong vòng 2 năm đầu sau khi điều trị vì vậy bệnh nhân cần được theo dõi thường xuyên để kịp thời xử lý nếu bị tái phát. Một số chủ trương dùng hoá liệu pháp định kỳ tiêm hoặc uống với liều lượng củng cố. Đây cũng là những ý kiến đang còn tranh luận.

UNG THƯ VÒM HỌNG

1. Đại cương:

Bệnh ung thư vòm họng (*NPC - Nasopharyngeal Carcinoma*) ở nước ta có tỷ lệ cao, đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư đầu cổ, đứng hàng thứ 5 trong các bệnh ung thư nói chung. Nhưng các triệu chứng lại không điển hình hầu hết là các triệu chứng "mượn" của các cơ quan lân cận như: tai, mũi, thần kinh, hạch...do đó việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Cần phát hiện sớm, điều trị kịp thời để cứu sống bệnh nhân.

1.1. Giải phẫu vòm họng.

Cấu tạo giải phẫu: vòm họng còn gọi là họng mũi, thuộc lá thai trong có cấu

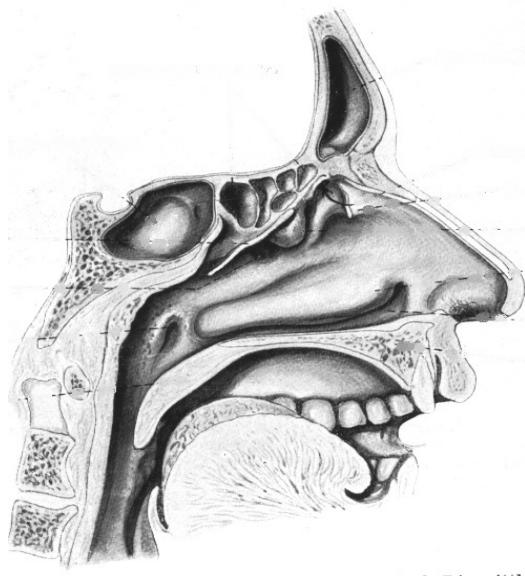
trúc là một hình hộp có sáu mặt.

- Mặt trước là cửa mũi sau.

- Mặt sau là niêm mạc họng và cân quanh họng, liên quan với xương chẩm, đốt sống cổ 1, 2.
- Hai bên là loa vòi nhĩ cách đuôi xương xoăn dưới khoảng 1 cm, xung quanh loa vòi có tổ chức bạch huyết gọi là amidan gerlach. Phía trên gờ vòi nhĩ hai bên có hố Rosenmuller.
- Mặt trên là bờ dưới của thân xương bướm và mảnh nền của xương chẩm. Ở mặt này tổ chức bạch huyết tập trung thành đám gọi là amidan luschka. Khi tổ chức này quá phát được gọi là viêm V.A.
- Mặt dưới thông với họng miệng.

Mạch máu nuôi dưỡng: là động mạch bướm khẩu cái, xuất phát từ động mạch hàm trong (là 1 trong 2 ngành cùng của động mạch cảnh ngoài).

Tổ chức học: phần trên được cấu tạo bởi biểu mô trụ đơn có lông chuyển thuộc niêm mạc đường hô hấp. Phía dưới là lớp biểu mô lát tầng thuộc niêm mạc đường tiêu hoá.



Thiết đồ bổ dọc qua vòm họng

1.2. Lịch sử nghiên cứu về ung thư vòm họng.

- Trong nghiên cứu các xác ướp ở Ai Cập, Elliot Smith đã phát hiện được hai sọ người có tổn thương ở nền sọ như thương tổn của bệnh ung thư vòm họng.
- Theo Fardel năm 1837 ở châu Âu đã có những bệnh án đầu tiên của bệnh nhân có bệnh cảnh giống ung thư vòm họng.
- Tại Việt Nam cố giáo sư Trần Hữu Tước đã nghiên cứu trên 612 bệnh nhân ung thư vòm họng tại Bệnh viện Bạch Mai (1955 - 1964).

1.3. Dịch tễ học:

- Thế giới: ung thư vòm mũi họng xuất hiện nhiều ở Trung Quốc, Châu Phi và một số nước Đông nam Á, rất hiếm gặp ở Châu Âu, Châu Mỹ. Đặc biệt là vùng Quảng Đông (Trung Quốc) gặp nhiều với tỷ lệ: 30-45 bệnh nhân/100.000 dân/năm. Người ta còn gọi ung thư vòm họng là U "Quảng Đông".
- Việt Nam: vẫn chưa có một thống kê đầy đủ, chính xác. Nhưng theo thống kê của Bệnh viện K-Hà Nội (1998) thì ung thư vòm họng đứng hàng thứ 4, 5 sau ung thư phổi, tử cung buồng trứng, vú, ung thư gan và là bệnh đứng đầu trong các ung thư vùng đầu, cổ với tỷ lệ: 9-10 bệnh nhân/100.000 dân/năm.
- Giới tính hay gặp ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ: 2-3/1.
- Tuổi: bệnh thường xuất hiện từ 20 tới 65 tuổi, sau 65 tuổi tỷ lệ bệnh giảm dần.

1.4. Yếu tố liên quan.

- Yếu tố môi trường: bao gồm điều kiện vi khí hậu, bụi khói, tình trạng ô nhiễm và tập quán ăn uống (ăn cá muối, tương, cà và những chất mốc... do những thứ này chứa nitrosamine chất gây ung thư).
- Do Virus Epstein Barr (EBV): đây là loại virút ở người thuộc nhóm Herpès là nguyên nhân gây bệnh u lympho Burkitt ở trẻ em. Những năm gần đây người ta hay nói đến sự liên quan giữa UTVH với EBV, do phát hiện được bộ gen của EBV trong tế bào khối u vòm họng và trong huyết thanh người bệnh ung thư vòm họng, hiệu giá kháng thể IgA kháng VCA-EBV rất cao, trong khi đó lại rất thấp hoặc không có ở huyết thanh người bình thường hoặc bị các bệnh ung thư khác.
- Yếu tố gen di truyền: gần đây có một số tác giả cho rằng những người cùng huyết thống có khả năng cùng mắc bệnh UTVH. Ngành di truyền học đã tìm thấy khoảng 30 gen ung thư nội sinh. Những gen này bình thường ở trạng thái tự động đóng lại và nằm im nhưng nếu có một cơ chế cảm ứng nào đó, gen ung thư sẽ thức dậy và gây nên hiện tượng phát triển vô tổ chức tạo ra ung thư.
- Tuy nhiên nhiều tác giả cho rằng căn nguyên của ung thư vòm họng không phải là đơn độc mà do nhiều yếu tố cùng tác động gây nên. Vì vậy công tác phòng chống ung thư vòm họng phải làm ở nhiều khâu, nhiều lĩnh vực khác nhau mới mang lại kết quả.

1.5. Mô bệnh học: **Theo phân loại của (WHO - 1978):**

- Hay gặp nhất là ung thư biểu mô không biệt hoá (UCNT - Undifferentiated carcinoma nasopharyngeal type) chiếm 75% - 85%.
- Loại ung thư biểu mô biệt hoá (CS - Carcinoma spinocellulaire) chiếm 10% - 15%.
- Ung thư liên kết (sarcoma) hiếm gặp khoảng: 5%.

- Hạch cổ khi sinh thiết làm giải phẫu bệnh lý: đồng nhất với kết quả giải phẫu bệnh lý của vòm họng (nguyên phát).

2. Lâm sàng.

2.1. Giai đoạn đầu: các triệu chứng âm thầm nên rất khó phát hiện. Đau đầu là triệu chứng sớm, thường đau nửa đầu, từng cơn hoặc âm ỉ. Dùng các thuốc giảm đau ít có tác dụng.

2.2. Giai đoạn khu trú.

Triệu chứng cơ năng:

- Triệu chứng thần kinh: hay gặp nhất là đau đầu, đau nửa đầu hoặc đau sâu trong hốc mắt, vùng thái dương và xuất hiện tổn thương các dây thần kinh sọ não trong trường hợp bệnh nhân đến muộn như: có cảm giác tê bì ở miệng và vùng mặt cùng với bên đau đầu do dây thần kinh tam thoa bị chèn ép.
- Triệu chứng mũi - xoang: ngạt mũi một bên, cùng với bên đau đầu, lúc đầu ngạt không thường xuyên sau ngạt liên tục. Hay gặp nhất là chảy mũi nhầy, có thể chảy mũi mủ do viêm xoang phổi hợp, thỉnh thoảng có xì ra nhầy lẫn máu.
- Triệu chứng tai (khối u xuất phát từ thành bên họng mũi, loa vòi): có cảm giác tức như bị nút ráy tai cùng bên với đau đầu. Ò tai, nghe kém thể dẫn truyền đơn thuần (do bị tắc vòi Eustache). Có thể gặp viêm tai giữa cùng bên do bội nhiễm.
- Triệu chứng hạch cổ và hạch dưới hàm: phần lớn bệnh nhân đến khám vì xuất hiện hạch cổ, thường hạch cổ cùng bên với khối u. Dễ chẩn đoán nhầm là ung thư hạch tiên phát. Hạch điển hình hay nhìn thấy ở sau góc hàm, dãy hạch cảnh trên, hạch lúc đầu nhỏ sau to dần, hạch cứng, ấn không đau, không có viêm quanh hạch, di động hạn chế dần. Sau cố định dính vào cơ, da.

Triệu chứng thực thể:

- Soi mũi trước không có gì đặc biệt.
- Soi mũi sau có thể thấy khối u sùi hoặc thâm nhiễm ở nóc vòm hay thành bên vòm, ở gờ loa vòi Eustache.
- Sờ vòm bằng tay hay thăm bằng que bông có rớm máu.

2.3. Giai đoạn lan tràn.

Triệu chứng toàn thân: thể trạng đã suy giảm, kém ăn, mất ngủ, gầy sút, thiếu máu, da màu rơm, hay bị sốt do bội nhiễm.

Triệu chứng cơ năng và thực thể: tùy theo hướng lan của khối u sẽ xuất hiện

các triệu chứng khác nhau.

Lan ra phía trước:

- Thường gặp khối u ở nóc vòm, cửa mũi sau.
- U lan vào hốc mũi gây nên ngạt tắc mũi. Lúc đầu ngạt một bên về sau khối u phát triển lấp kín cửa mũi sau gây ngạt tắc hai bên mũi, nói giọng mũi. Chảy mũi mủ có mùi hôi rõ, thường lẫn tia máu, có khi chảy máu cam.

- Khám mũi: thấy khối u sùi, ở sâu sát cửa mũi sau, thường có loét hoại tử, dễ chảy máu.

Lan ra hai bên: Khối u ở loa vòi, lan theo vòi Eustache ra tai giữa.

- Ù tai, nghe kém một bên rõ rệt.
- Đau trong tai lan ra vùng xương chũm.
- Chảy mủ tai lẫn máu, có mùi thối, có khi lẫn mảnh tổ chức hoại tử.
- Soi tai: màng nhĩ thủng, có u sùi, hoại tử, dễ chảy máu, u có thể qua hòm nhĩ và lan ra ống tai ngoài.

Lan xuống dưới:

- U lan xuống dưới đẩy phồng màn hầu là ảnh hưởng đến giọng nói (giọng mũi hở), nuốt hay bị sặc.
- U có thể tới miệng, thường ở sau trụ sau của amidan.
- Có thể gặp hội chứng Trotter: điếc, khít hàm, liệt màn hầu.

Lan lên trên:

Ung thư lan lên nên sọ gây các hội chứng nội sọ như: tăng áp lực nội sọ và các hội chứng thần kinh khu trú:

- Hội chứng khe bướm: liệt các dây thần kinh III, VI và nhánh mắt của dây V gây liệt các cơ vận nhãn, đau nhức vùng trán và ổ mắt.
- Hội chứng mỏm đá: liệt các dây thần kinh V, VI gây lác trong, khít hàm, tê bì nửa mặt.
- Hội chứng đá - bướm hay hội chứng Zacod: liệt các dây thần kinh II, III, IV, V, VI gây mù mắt, liệt toàn bộ nhãn cầu, liệt cơ nhai, gây tê bì nửa mặt.
- Hội chứng lỗ rách sau hay hội chứng Vernet: liệt các dây thần kinh IX, X, XI gây liệt họng, liệt màn hầu, có dấu hiệu vén màn hầu, giọng nói đôi, liệt cơ ức đòn chũm, cơ thang.
- Hội chứng lồi cầu - lỗ rách sau hay hội chứng Collet - Sicard: liệt các dây thần kinh IX, X, XI, XII và liệt lưỡi.
- Hội chứng Garcin: toàn bộ 12 đôi dây thần kinh sọ não một bên bị liệt.

3. Chẩn đoán.

Trước một bệnh nhân có những triệu chứng trên, phải nghi ngờ và được khám tỉ mỉ vòm họng đó là: soi vòm gián tiếp qua gương hoặc soi vòm bằng ống soi (cứng, mềm). Qua soi vòm có thể thấy một tổ chức sùi mủn nát, loét hoặc thâm nhiễm dễ chảy máu.

3.1. Sinh thiết khối u, chẩn đoán giải phẫu bệnh lý: là yếu tố chẩn đoán xác định.

3.2. Chẩn đoán tế bào học: có ý nghĩa định hướng (tế bào tại vòm họng hoặc tại hạch cổ).

3.3. Chẩn đoán huyết thanh: phương pháp này dựa vào mối liên quan của EBV với UTVH, có thể tiến hành trên hàng loạt người để phát hiện sớm ngay khi triệu chứng lâm sàng chưa rõ. Nhưng cũng không

có giá trị chẩn đoán xác định mà vẫn phải dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý.

3.4. Chẩn đoán X- quang.

- Tư thế Hirtz.
- C.T.Scan vùng vòm họng, nền sọ: đánh giá sự lan tràn và phá hủy của khối u lên nền sọ.

3.5. Chẩn đoán phóng xạ: có thể chẩn đoán sớm được kích thước khối u, chẩn đoán được tình trạng di căn xa của bệnh.

3.6. Chẩn đoán giai đoạn:

Tổ chức chống ung thư quốc tế (UICC - Union internationale contre le cancer) - 1987 xếp loại giai đoạn UTVH.

Phân loại T.N.M

- T (Tumor): khối u nguyên phát.
 - Tx: không rõ khối u.
 - Tis: (insitu) khối u nhỏ khu trú dưới niêm mạc.
 - To: không có u (soi vòm chưa thấy khối u)
 - T1: khối u khu trú ở 1 vị trí giải phẫu.
 - T2: khối u đã lan ra 2 vị trí khác.
 - T3: khối u lan vào hốc mũi, xuống dưới màn hầu.
 - T4: khối u đã phá huỷ xương nền sọ hoặc gây tổn thương các dây thần kinh sọ não.
- N (Node): hạch cổ.
 - No: không sờ thấy hạch cổ.
 - N1: một hạch cổ, cùng bên, di động, $KT < 3$ cm.
 - N2: hạch cổ phân làm 3 mức.
 - N2a: một hạch cổ, cùng bên, di động, $KT: 3 - 6$ cm
 - N2b: nhiều hạch cổ, cùng bên, di động, $KT < 6$ cm
 - N2c: hạch cổ 2 bên hoặc đối bên, di động, $KT < 6$ cm
 - N3: hạch cổ đã cố định (kể cả hạch cổ 1 bên) hoặc $KT > 6$ cm.
- M (Metastasis): di căn xa.
 - Mo: chưa xuất hiện di căn xa.
 - M1: đã xuất hiện di căn xa (căn cứ vào X-quang và siêu âm để chẩn đoán).

Phân loại giai đoạn lâm sàng.

Giai đoạn I: T1NoMo

Giai đoạn II: T2NoMo

Giai đoạn III: T3NoMo, T1-3N1Mo

Giai đoạn IV: T4No-1Mo, N2-3Mo và các T

M1 (các T và các N).

3.7. Chẩn đoán phân biệt.

- U xơ vòm mũi họng.
- Polype mũi sau.
- Tồn dư tổ chức V.A.

4. Diễn biến và tiên lượng.

4.1. Giai đoạn đầu.

Khu trú, tiến triển chậm, ít ảnh hưởng tới toàn thân, thường kéo dài 1- 2 năm nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đúng phác đồ có thể khỏi bệnh.

4.2. Giai đoạn lan tràn.

Ảnh hưởng tới toàn thân rõ, tiến triển nhanh thường tử vong do khối u lan lên nền sọ, do di căn tới các phủ tạng như phổi, gan, xương.

5. Điều trị.

Do khối u nằm trong hốc sâu, gần nền sọ, nên điều trị khó khăn, kết quả bị hạn chế, tiên lượng xấu.

5.1. Xạ trị.

- CO⁶⁰ là biện pháp điều trị chủ yếu và cho kết quả khả quan nếu bệnh nhân đến sớm, nhất là đối với thể ung thư biểu mô không biệt hoá.

U nguyên phát được tia vào vùng cổ bên, với liều 65 - 70 Gy trong vòng từ 6 đến 7 tuần.

Các hạch cổ hoặc dưới hàm được tia với liều 50Gy trong thời gian 6 đến 7 tuần.

- Cắm kim vào u và hạch trong trường hợp xạ ngoài đã đủ liều nhưng khối u chưa hết.

5.2. Phẫu thuật: phẫu thuật nạo vét hạch cổ trước hoặc sau xạ trị.

5.3. Hoá trị liệu: chỉ áp dụng với thể ung thư biểu mô không biệt hoá hoặc hạch cổ đã lan rộng và có di căn xa.

5.4. Miễn dịch trị liệu: tác dụng tăng sức đề kháng và hỗ trợ trong xạ trị.

6. Phòng bệnh ung thư vòm mũi họng.

Hiện nay người ta cho rằng: 70 % nguyên nhân ung thư do yếu tố ngoại lai, còn 30% do yếu tố nội tại và do yếu tố di truyền cho nên: phải có chế độ ăn hợp lý: giảm mỡ động vật, ít ăn thịt thay bằng rau hoa quả có nhiều Vitamin C, E.

UNG THƯ THANH QUẢN

1. Đại cương:

- Ung thư thanh quản là loại ung thư hay gặp ở Việt Nam, nếu trong phạm vi vùng Tai Mũi Họng thì ung thư thanh quản đứng vào hàng thứ 4 sau ung thư vòm, ung thư mũi xoang và ung thư hạ họng.
- Căn cứ thống kê của nhiều nước trên thế giới thì ung thư thanh quản chiếm khoảng 2% tổng số các loại ung thư thường gặp.
- Nói đến ung thư thanh quản là chỉ khối u nằm trong lòng thanh quản bao gồm mặt dưới thanh nhiệt, bằng thanh thất, thanh thất Morgagni,

dây thanh và hạ thanh môn, còn các khối u khác vượt ngoài phạm vi các vị trí trên thuộc loại ung thư hạ họng.

- Tuyệt đại đa số ung thư thanh quản là ung thư biểu mô, còn ung thư liên kết (sacôm) rất hiếm gặp chỉ chiếm khoảng 0,5% (Leroux Robert và Petit), vì vậy nội dung phần này chủ yếu đề cập đến ung thư biểu mô thanh quản.

2. Những yếu tố liên quan đến bệnh sinh: Cho đến nay vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân chính gây bệnh, nhưng người ta đề cập tới các yếu tố có liên quan tới bệnh sinh:

- Thuốc lá: Nhiều người cho đó là một yếu tố quan trọng góp phần phát sinh ung thư thanh quản cũng như ung thư phổi.
- Các yếu tố kích thích: của vi khí hậu, ảnh hưởng của nghề nghiệp (phải tiếp xúc với các chất khí, bụi bẩn, hoá chất...) hoặc viêm thanh quản mạn tính (tiền đề của một ung thư hoá).
- Về giới tính: Chủ yếu hay gặp ở nam giới, chiếm trên 90%, nhiều tác giả cho rằng phụ nữ ít bị bệnh này là do ít tiếp xúc với các yếu tố có liên quan đến gây bệnh so với nam giới.
- Về tuổi: Hay gặp ở độ tuổi từ: 50-70 (72%), từ 40-50 tuổi ít hơn (12%). Riêng với phụ nữ nếu bị bệnh này thì ở độ tuổi sớm hơn.
- Với các thể viêm thanh quản mạn tính như tăng sản (hyperplasie) tăng sừng hoá, bạch sản là thể dễ bị ung thư hoá, vì vậy các thể này còn được gọi là trạng thái tiền ung thư.
- Các u lành tính của thanh quản cũng dễ ung thư hoá nhất là loại u nhú thanh quản ở người lớn chiếm một tỉ lệ khá cao.

3. Giải phẫu bệnh lý:

3.1. Đại thể: Thường hay gặp 3 hình thái sau:

- Hình thái tăng sinh: Bề ngoài giống như u nhú, một số trường hợp giống như một polip có cuống.
- Hình thái thâm nhiễm xuống phía sâu: Bề ngoài niêm mạc có vẻ nguyên vẹn, đôi khi có hình như núm vú, niêm mạc vùng này bị đẩy phồng lên và di động bị hạn chế.
- Hình thái loét thường bờ không đều, chạm vào dễ chảy máu. Nhưng hay gặp là thể hỗn hợp vừa tăng sinh vừa loét, hay vừa loét vừa thâm nhiễm.

3.2. Vi thể:

- Phần lớn ung thư thanh quản thuộc loại ung thư biểu mô lát, gai có cầu sừng chiếm 93% hoặc á sừng, sau đó là loại biểu mô tế bào đáy, loại trung gian và biểu mô tuyến.
- Loại u biệt hoá thì hiếm gặp ở ung thư thanh quản. Về lâm sàng, loại này tiến triển nhanh nhưng lại nhạy cảm với tia phóng xạ.

4. Lâm sàng:

4.1. Vị trí và độ lan rộng của khối u.

Ung thư thượng thanh môn (tầng trên) hay tiền đình thanh quản.

- Thường phát sinh cùng một lúc ở cả bề mặt trên và mặt dưới của thanh thiệt. Nó sẽ lan nhanh ra phía đối diện, nếp phễu thanh thiệt và vùng sụn phễu bên bệnh thường to phồng lên do bị u thâm nhiễm hoặc do phù nề. Ở giai đoạn đầu, đáy bề mặt thanh thiệt và dây thanh còn bình thường. Mất thường rất khó đánh giá chính xác độ thâm nhiễm vào phía sâu, vì vậy cần phải chụp cắt lớp thông thường hoặc tốt nhất là chụp C.T.Scan thì mới đánh giá được hố trước thanh thiệt.
- Ung thư xuất phát từ thanh thiệt Morgagni thường là thể tăng sinh hay loét và thường bắt đầu từ phía đáy thanh thiệt hay thanh thiệt, nhưng nhìn chung thể loét lan rất nhanh vào các vùng lân cận, xuống dưới dây thanh và hạ thanh môn, lên trên bề mặt thanh thiệt, ra ngoài sụn giáp có khi cả sụn phễu.

Ung thư thanh môn (dây thanh) là loại hay gặp nhất và thường thương tổn u còn giới hạn ở mặt trên hay bờ tự do dây thanh nếu ta phát hiện sớm.

- Thường gặp thể tăng sinh, hiếm gặp thể thâm nhiễm hoặc loét.
- Do triệu chứng khó phát âm xuất hiện sớm nên bệnh nhân thường đến khám sớm hơn các loại ung thư khác. Ung thư dây thanh tiến triển tương đối chậm, thường sau nhiều tháng, có khi một năm, bởi vì mô liên kết dưới niêm mạc của dây thanh thường dày đặc và màng lưới bạch mạch thì rất thưa thớt. Mô u lan dần dần từ mặt trên của niêm mạc xuống lớp sâu và sau đó mới bắt đầu phát triển nhanh xuống vùng hạ thanh môn và lên bề mặt thanh thiệt.
- Ung thư biểu mô của dây thanh thường khu trú ở một bên khá lâu rồi mới lan sang phía dây thanh đối diện.

Ung thư hạ thanh môn: Ít gặp hơn so với hai loại trên nhưng khám, phát hiện cũng khó khăn hơn. Muốn xác định, phải soi thanh quản trực tiếp và chụp cắt lớp.

- Loại này thường gặp là thể thâm nhiễm và thường ở phía dưới dây thanh, vì vậy được cánh sụn giáp làm vật chắn, nên u khó lan ra ngoài. U thường bắt đầu từ mặt dưới dây thanh và lan rộng xuống phía dưới niêm mạc, thâm nhiễm vào phía sâu, nhưng bờ tự do của dây thanh vẫn bình thường, vì vậy nếu sinh thiết soi qua gián tiếp, ít khi lấy được chính xác thương tổn u mà phải soi thanh quản trực tiếp, thậm chí có khi phải mổ sụn giáp (thyrotomic).
- Ung thư thường phát triển nhanh sang phía đối diện vượt qua mép trước thanh quản, sau đó lan xuống dưới sụn nhẫn. Có trường hợp u lan xuyên qua màng giáp nhẫn hoặc thâm nhiễm ra phía mặt sụn nhẫn. Thường gặp là u lan lên trên và ra sau khớp nhẫn phễu làm cho dây thanh bị cố định

4.2. Các triệu chứng lâm sàng của ung thư thanh quản: Tùy theo vị trí của ung thư khác nhau mà các triệu chứng lâm sàng cũng khác nhau, kể cả thời gian xuất hiện.

4.2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Khàn tiếng ngày càng tăng và dẫn đến phát âm khó khăn, khàn đặc, mất tiếng.
- Khó thở xuất hiện và tăng dần mặc dù triệu chứng này đã có từ lâu nhưng ở mức độ nhẹ, bệnh nhân thích ứng được, nhưng sau đó xuất hiện từng cơn khó thở, nguy kịch nhất là khi bị kích thích dẫn đến co thắt thanh quản, đôi khi kèm theo một bội nhiễm thứ phát (đợt viêm cấp do cảm cúm, phù nề do tia phóng xạ) thì khó thở nặng.
- Ho: Cũng là triệu chứng hay gặp nhưng kín đáo và mang tính chất kích thích, đôi khi có từng cơn ho kiểu co thắt.
- Đau: Chỉ xuất hiện khi khối u đã lan đến bờ trên của thanh quản, nhất là khi khối u đã bị loét. Đau thường lan lên tai và đau nhói lúc nuốt.
- Đến giai đoạn muộn thì xuất hiện nuốt khó và sặc thức ăn, xuất tiết vào đường thở thì gây nên những cơn ho sặc sụa. Ở giai đoạn này, toàn trạng cũng bị ảnh hưởng.

4.2.2. Khám lâm sàng:

- Ung thư biểu mô dây thanh ở giai đoạn đầu thì u thường khu trú ở một bên dây thanh dưới hình thái một nụ sùi nhỏ hoặc thâm nhiễm nhẹ và hay gặp ở nửa trước dây thanh hoặc mép trước. Di động của dây thanh ở giai đoạn đầu nếu là thể tăng sinh thì chưa bị ảnh hưởng nhiều, nhưng nếu là thể thâm nhiễm thì di động bị hạn chế nhẹ. Sự đánh giá độ di động của dây thanh rất có ý nghĩa trong chỉ định điều trị.
- U ở hạ thanh môn thì trước hết dây thanh di động bị hạn chế rồi lan ra quá đường giữa nên dễ nhầm với một u của thanh môn.
- U ở thượng thanh môn thì ít khi phát hiện được ở giai đoạn sớm, bằng thanh thất phù nề che lấp dây thanh cùng bên, niêm mạc dày cộm lên, chắc cứng, sau đó loét lan nhanh ra nẹp phễu thanh thiệt và xoang lê. Vì vậy u ở vùng này thường hay gặp ở giai đoạn muộn dưới hình thái thâm nhiễm hay tăng sinh, đôi khi kèm theo loét và lan vào hố trước thanh thiệt.
- Nếu ung thư thanh quản không được điều trị, thường chỉ kéo dài được một năm hoặc 18 tháng, tử vong thường do ngạt thở cấp tính, biến chứng viêm phế quản phổi, suy kiệt hay chảy máu ồ ạt.

4.3. Di căn của ung thư thanh quản:

- Hạch cổ: Tùy thuộc vào vị trí của thương tổn u, nên hạch cổ di căn cũng khác nhau vì nó phụ thuộc vào hệ thống bạch mạch của vùng đó. Hệ thống bạch mạch này thường có 2 mạng lưới phân giới khá rõ rệt: một mạng ở thượng thanh môn, một mạng ở hạ thanh môn, 2 mạng này được phân giới hạn bởi dây thanh. Mạng lưới thượng thanh môn bao gồm bạch mạch từ tiền đình thanh quản đổ về thân bạch mạch, chui qua phần bên của màng giáp móng và tận cùng của hạch cảnh trên. Mạng lưới hạ thanh môn cũng khá phong phú tuy ít dày đặc hơn phần thượng thanh môn. Còn vùng ranh giới tức dây thanh thì hệ bạch mạch rất bé, nằm rải rác dọc theo dây thanh, sau đó nối với mạng lưới của tiền đình thanh quản hay hạ thanh môn. Vì vậy ung thư vùng thượng

thanh môn thường có hạch cổ di căn sớm, còn ung thư vùng hạ thanh môn thì di căn xuất hiện muộn hơn. Các hạch vùng này thường ở sâu, nên khám phát hiện lâm sàng khó hơn.

- Di căn xa của ung thư thanh quản ít gặp hơn của ung thư hạ họng, theo nhận xét của nhiều tác giả, thường hay gặp là di căn vào phổi (4%) sau đó là cột sống, xương, gan, dạ dày, thực quản (1,2%). Cho đến nay, vẫn chưa xác định được những yếu tố gì có liên quan giữa u nguyên phát và di căn xa vào phổi, phế quản, vì vậy việc kiểm tra các thương tổn ở phổi trước khi điều trị ung thư thanh quản là hết sức cần thiết.

5. Chẩn đoán:

5.1. Chẩn đoán xác định: Ung thư thanh quản nếu được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời thì có thể khỏi được với tỉ lệ ngày càng cao. Khác với ung thư thượng thanh môn và ung thư hạ họng, do các triệu chứng ban đầu kín đáo, không rõ ràng. Nên người bệnh dễ bỏ qua, không đi khám, còn ung thư thanh môn (dây thanh) thường xuất hiện sớm, các triệu chứng khó nói, khàn tiếng, nên người bệnh tự đi khám sớm hơn.

Những trường hợp có thương tổn một bên thanh quản, thương tổn còn rất khu trú, di động của dây thanh hơi khác thường thì phải kiểm tra theo dõi, làm các xét nghiệm cần thiết để loại trừ một ung thư.

5.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm thanh quản mạn tính phì đại, với một viêm thanh quản thể dày da (pachidermic) còn khu trú, với một loét do tiếp xúc ở mòm thanh hoặc một sa niêm mạc thanh thất.
- Trong giai đoạn đầu, về lâm sàng cần phân biệt với một lao thanh quản (thể viêm dây thanh hay thể u lao tuberculome). Thể thâm nhiễm ở mép sau rất giống một thương tổn lao, nhưng thương tổn lao rất ít xuất phát từ vị trí này.
- Với một thương tổn lupus, thường hay gặp ở bờ thanh thiệt và tiền đình thanh quản nhưng có đặc điểm là cùng tồn tại nhiều hình thái trong một thời điểm (vừa có loét, vừa có thâm nhiễm, vừa có xơ sẹo) nên chẩn đoán phân biệt không khó khăn lắm.
- Giang mai thời kỳ thứ 3, giai đoạn gồm chưa loét cũng dễ nhầm với loại ung thư thâm nhiễm ở vùng thanh thất hay băng thanh thất. Nếu ở giai đoạn đã loét thì cần phân biệt với u tiền đình thanh quản hay một ung thư hạ họng thanh quản. Bờ loét không đều loét hình núi lửa, xung quanh rắn, màu đỏ như màu thịt bò, không đau lắm là đặc điểm của loét giang mai.
- Dây thanh một bên không di động cần phân biệt với một liệt hồi qui hoặc một viêm khớp nhân phế.
- Với các u lành tính, cần phân biệt với một polip, một u nhú vì các u này dễ ung thư hoá, nhất là người có tuổi, nam giới. Vì vậy, ở những trường hợp nay phải khám định kỳ, theo dõi và cần thiết thì phải làm sinh thiết nhiều lần.

- Ở giai đoạn muộn, do các triệu chứng như mất tiếng, khó thở, nuốt khó, hạch cổ bị cố định... đã rõ ràng, nên chẩn đoán không gặp khó khăn lắm, nhất là khi soi thanh quản thì khối u đã khá rõ rệt, to, choán gần hết vùng thanh quản và có trường hợp đã lan ra cả mô lân cận.

6. Phân loại:

Theo phân loại của Hiệp hội quốc tế chống ung thư (UICC): căn cứ độ di động của dây thanh, sự xuất hiện hạch cổ, di căn xa để sắp xếp theo hệ thống T.N.M

T (Tumor): khối u.

- Ung thư thượng thanh môn:

T_{is} : U tiền xâm lấn.

T_1 : U khu trú ở mặt dưới thanh thiệt, hoặc một bên ở nếp phễu thanh thiệt, hoặc một bên thanh thất, hoặc một bên băng thanh thất.

T_2 : U ở thanh thiệt đã lan đến thanh thất hoặc băng thanh thất.

T_3 : U như T_2 nhưng đã lan đến dây thanh.

T_4 : U như T_3 nhưng đã lan ra xoang lê, mặt sau sụn nhẫn, rãnh lưỡi thanh thiệt và đáy lưỡi

- U ở thanh môn:

T_{is} : U tiền xâm lấn.

T_1 : U ở một bên dây thanh, dây thanh còn di động bình thường.

T_2 : U ở cả hai dây thanh, dây thanh di động bình thường hay đã cố định.

T_3 : U đã lan xuống hạ thanh môn hoặc đã lan lên thượng thanh môn.

T_4 : Như T_1 . T_2 . T_3 . nhưng đã phá vỡ sụn giáp lan ra da, xoang lê hoặc sau sụn nhẫn.

- U ở hạ thanh môn :

T_{is} : U tiền xâm lấn.

T_1 : U khu trú ở một bên hạ thanh môn.

T_2 : U đã lan ra cả hai bên của hạ thanh môn.

T_3 : U ở hạ thanh môn đã lan ra dây thanh.

T_4 : Như T_1 . T_2 . T_3 nhưng đã lan vào khí quản, ra da hoặc vùng sau sụn nhẫn.

N (Node): hạch cổ.

N_0 : Hạch không sờ thấy.

N_1 : Hạch một bên còn di động.

N_{1a} : Đánh giá hạch chưa có di căn.

N_{1b} : Đánh giá hạch đã có di căn.

N_2 : Hạch đối diện hoặc hạch hai bên còn di động.

N_{2a} : Đánh giá hạch chưa có di căn.

N_{2b} : Đánh giá hạch đã có di căn.

N_3 : Hạch đã cố định.

M Metastasis): di căn xa.

M₀ : Chưa có di căn xa.

M₁ : Đã có di căn xa.

7. Điều trị: Phương pháp điều trị có hiệu quả nhất là phối hợp phẫu thuật với tia xạ sau mổ. Từ trước đến nay, có 3 phương pháp chủ yếu: tia xạ đơn thuần, phẫu thuật đơn thuần và phối hợp phẫu thuật với tia xạ. Những trường hợp đến ở giai đoạn sớm, còn khu trú, chưa có hạch cổ di căn thì có thể phẫu thuật hoặc tia xạ đơn thuần.

Phương pháp phẫu thuật: về nguyên tắc có hai loại, phẫu thuật bảo tồn hay cắt một phần thanh quản, sau phẫu thuật này, người bệnh có thể phát âm nhờ theo đường sinh lí tự nhiên, còn phẫu thuật tiết căn hay cắt bỏ thanh quản toàn phần, sau phẫu thuật này người bệnh phải thở qua lỗ của khí quản trực tiếp khâu nối ra vùng da ở cổ và phát âm không qua đường sinh lí tự nhiên được (giọng nói thực quản, qua một thiết bị hỗ trợ phát âm hay qua một phẫu thuật để phát âm).

Tuỳ theo vị trí, độ lan rộng của u cũng như tình trạng hạch cổ di căn mà chọn lựa phương pháp phẫu thuật.

- Cắt bỏ một phần thanh quản.
- Phẫu thuật cắt bỏ thanh thiệt kiểu Huet.
- Cắt thanh quản ngang trên thanh môn kiểu Anlonso.
- Phẫu thuật cắt dây thanh.
- Phẫu thuật cắt thanh quản trán bên kiểu Leroux-Robert.
- Phẫu thuật cắt thanh quản trán trước.
- Cắt nửa thanh quản kiểu Hautant.
- Cắt bỏ thanh quản toàn phần.

Phương pháp điều trị bằng tia xạ: Cho đến nay, việc sử dụng các nguồn tia xạ để điều trị các khối u ác tính là một trong những biện pháp quan trọng và cơ bản, nhất là các u thuộc phạm vi vùng đầu cổ. Điều trị bằng tia xạ có nhiều phương pháp khác nhau, nhưng có những biện pháp chủ yếu sau:

- Điều trị tia xạ đơn thuần.
- Điều trị tia xạ phối hợp với phẫu thuật, có thể trước hoặc sau phẫu thuật hoặc phối hợp xen kẽ, tia xạ- phẫu thuật- tia xạ (Sand-wich).

Các phương pháp điều trị ung thư thanh quản khác: Ngoài hai phương pháp cơ bản và hiệu quả nhất trong điều trị ung thư thanh quản đã nêu ở trên thì gần 10 năm lại đây, một số tác giả, chủ yếu là các nước Tây Âu, Hoa Kỳ đã phối hợp điều trị hoá chất nhưng kết quả còn đang bàn cãi.

Kết quả điều trị ung thư thanh quản ở Việt Nam: Ung thư dây thanh, nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời, có thể chữa khỏi hoàn toàn, đạt tỉ lệ 80%. Vì vậy, một số tác giả còn gọi ung thư dây thanh là loại "ung thư lành tính" nhằm mục đích nhấn mạnh kết quả điều trị mỹ mãn của loại ung thư này. Mặt khác cũng để nhắc nhở những người thầy thuốc nói chung, nhất là thầy thuốc Tai Mũi Họng nói riêng phải có tinh thần trách nhiệm cao, khám và theo dõi tỉ mỉ những trường hợp nghi ngờ, nếu bỏ sót, để lọt lưới một ung thư thanh quản, đặc biệt ung thư dây thanh thì phải

xem như một sai sót điều trị vì loại ung thư này xuất hiện triệu chứng lâm sàng khá sớm, việc khám phát hiện cũng dễ dàng, thuận lợi, không đòi hỏi nhiều các trang thiết bị kỹ thuật phức tạp, đắt tiền.

Đối với các thể ung thư thanh quản khác còn khu trú trong lòng thanh quản chưa lan ra vùng hạ họng thì kết quả điều trị ngày càng đạt tỉ lệ cao, theo nhận xét của chúng tôi (từ 1950-1980 Tỉ lệ kéo dài tuổi thọ quá 5 năm đạt trên 45%).

8. Phòng bệnh: Nhiều báo cáo ở các hội nghị quốc tế đều cho rằng hút thuốc lá là một trong các yếu tố có liên quan đến ung thư phổi cũng như ung thư thanh quản. Vì vậy cần phải tuyên truyền rộng rãi trong nhân dân và thông qua các biện pháp của nhà nước để ngăn cấm tình trạng hút, nghiện thuốc lá. Mặt khác, cần thông qua các cơ quan thông tin đại chúng để phổ biến các kiến thức cơ bản về loại ung thư này để người bệnh đến khám được càng sớm thì hiệu quả càng cao. Đối với người thầy thuốc chuyên khoa, phải tránh chẩn đoán nhầm trong ung thư thanh quản.

UNG THƯ AMIDAN KHẨU CÁI

1. Đại cương.

Ung thư Amidan khẩu cái là một trong những loại ung thư vùng Tai Mũi Họng thường gặp ở Việt Nam. Bao gồm các khối u thành hố Amidan, cũng như trụ trước, trụ sau. Trong nhiều trường hợp rất khó xác định điểm xuất phát, không rõ là từ Amidan hay là từ các thành hố Amidan vì chúng liên quan mật thiết với nhau.

1.1. Mô bệnh học: Amidan có tổ chức biểu mô và mô liên kết vì vậy cấu trúc khối u ác tính của nó cũng chia thành hai nhóm ung thư biểu mô và ung thư liên kết. Loại ung thư thứ nhất thường hay gặp ở Việt Nam (90%), còn loại thứ hai hiếm thấy (10%).

- Ung thư biểu mô Amidan: về đại thể thường gặp là thể hỗn hợp loét thâm nhiễm, sau nữa là thể tăng sinh, loét, thâm nhiễm. Về vi thể, thường phát sinh từ biểu mô malpighi, với mức độ biệt hoá khác nhau. Trên thực tế, độ biệt hoá không phải là một đặc tính cố định của khối u, nó thay đổi tùy theo phương pháp và vị trí làm sinh thiết.
- Loại ung thư lympho biểu mô: được miêu tả như là kết quả ung thư hoá cùng một lúc các tổ chức biểu mô và lympho của amidan nghĩa là vừa có hình thái một ung thư biểu mô vừa là một sacom lympho. Loại ung thư này thường ở Amidan vòm và rất ít phát triển ở Amidan khẩu cái.
- Di căn hạch: ung thư biểu mô Amidan rất hay có di căn hạch cổ, còn với loại dạng biểu bì, thì di căn không có liên quan trực tiếp với độ biệt hoá. Ung thư lympho biểu mô cũng rất hay di căn vào hạch. Trong thực tế ta thường phát hiện một hạch di căn ở cổ, còn bệnh tích nguyên phát ở Amidan thì không biểu hiện rõ, có trường hợp sau 1 - 2 năm

mới phát hiện thương tổn ở Amidan. Những năm gần đây, nhiều báo cáo của các nhà ung thư học nhận xét những hạch cổ của ung thư Amidan có một số trường hợp ở dạng kén (kystique) vì Amidan xuất phát từ túi mang thứ hai.

1.2. Dịch tễ và các yếu tố liên quan đến bệnh sinh:

- Tỷ lệ mắc bệnh: Trong phạm vi vùng đầu cổ thì ung thư Amidan đứng vào hàng thứ 7, 8. Bệnh chủ yếu của nam giới, về độ tuổi hay gặp 50-70 (viện Gustave Roussy).
- Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh: một số tác giả cho rằng rượu và thuốc lá là những yếu tố có liên quan mật thiết như phần lớn ung thư của đường ăn và đường thở. Cũng cần nói đến các yếu tố kích thích mạn tính khác như khói, bụi... đối với niêm mạc. Nhiều tác giả còn cho rằng những người bị ung thư biểu mô vùng họng miệng thường là những người có tiền sử hút thuốc uống rượu nhiều, còn đối với loại sacom thì các yếu tố này không có liên quan gì.

2. Ung thư biểu mô Amidan.

2.1. Lâm sàng.

2.1.1. Triệu chứng cơ năng: ở giai đoạn bắt đầu các triệu chứng rất kín đáo và trong thực tế người bệnh rất hiếm đến khám ở giai đoạn này. Giai đoạn này tiến triển rất lặng lẽ và kéo dài khá lâu đối với một số trường hợp. Triệu chứng bắt đầu thường là nuốt khó hoặc cảm giác vướng ở một bên họng như có dị vật nhất là lúc nuốt nước bọt, đặc điểm là cảm giác này thường cố định ở một vị trí và một bên họng, sau đó vài tuần hoặc một vài tháng thì nuốt khó lúc ăn và dần dần nuốt đau, đặc biệt là đau nhói lên tai. Một số bệnh nhân khi khạc có đờm lẫn ít máu.

Ngoài ra có một số người bệnh khi đến khám thì như một viêm họng bán cấp hoặc như một viêm tấy Amidan và qua đợt dùng kháng sinh thì hiện tượng viêm giảm nhẹ, một số người bệnh khi đến khám chỉ vì nổi hạch cổ hoặc đôi khi do ngẫu nhiên khám sức khỏe định kỳ mà phát hiện sờ thấy hạch.

2.1.2. Khám lâm sàng.

Giai đoạn đầu: Cần gây tê niêm mạc họng để thuận lợi cho việc khám, phát hiện thương tổn, thường có thể thấy được một vết loét bé hay lớn mang tính chất của một loét ung thư, loét sùi thường là nông, bờ hơi cứng, chạm vào dễ chảy máu. Ta cần xác định vị trí của thương tổn. Nếu thương tổn ở các đuôi hoặc mặt sau trụ trước thì dùng gương soi gián tiếp. Ngoài ra chúng ta phải sờ Amidan để đánh giá độ thâm nhiễm vào chiều sâu hoặc lan ra vùng lân cận. Trường hợp thương tổn ở vùng rãnh Amidan lưỡi, ngoài soi khám ra cũng cần sờ vào vùng đáy lưỡi.

Giai đoạn rõ rệt: Người bệnh thường đến khám ở giai đoạn này, lúc triệu chứng lâm sàng đã khá rõ rệt: đau liên tục và nhất là lúc nuốt thì đau nhói bên tai, người bệnh không chịu đựng nổi nên thường dùng các thuốc giảm đau. Ngoài ra giai đoạn này thường kèm theo bội nhiễm nên rất đau

và thở thường có mùi thối, phát âm có giọng nói mũi kín hay ngậm một hạt gì ở miệng, khi khám cần xác định rõ thương tổn của Amidan và hạch.

Tổn thương Amidan thường đã rõ rệt, ta cần đánh giá sự lan rộng, thâm nhiễm vào tổ chức lân cận. Ung thư có nhiều hình thái khác nhau:

- **Hình thái loét:** loét có thể nông hay sâu, đáy như núi lửa, rắn, thường thâm nhiễm vào các thành hố Amidan.
- **Hình thái sùi:** tăng sinh làm cho thể tích Amidan to lên rất giống một ung thư liên kết hay sacom, hình thái này thường nhạy cảm với tia xạ.
- **Hình thái thâm nhiễm:** thể này thường lan vào phía sâu nên sờ chắc rắn.
- **Thể hỗn hợp:** loét sùi, loét thâm nhiễm. Thường do bội nhiễm nên màu sắc thương tổn u màu xám bẩn hoặc hoại tử, có trường hợp bệnh nhân bị khít hàm nên gây khó khăn cho việc khám vùng họng, Amidan.

Kiểm tra và phát hiện hạch cổ: hạch thường ở dưới góc hàm và dãy cảnh, phải khám kỹ mủ xác định thể tích, số lượng, vị trí độ di động của hạch. Thường thương tổn ở Amidan thì bé nhưng hạch thì khá lớn, cá biệt có trường hợp thì ngược lại. Hiện nay có thể dựa vào hạch đồ (tế bào học) cũng giúp cho việc chẩn đoán, định hướng trường hợp cá biệt thì mới cần thiết làm sinh thiết hạch.

2.1.3. Các hình thái lâm sàng của ung thư biểu mô Amidan: Căn cứ vào vị trí giải phẫu của thương tổn u:

- Ung thư cực trên Amidan: điểm xuất phát thường ở hố màn hầu-khẩu cái, bắt đầu là một nốt thâm nhiễm màu đỏ và nề vì vậy Escat đặt tên là giả gôm. Ở giai đoạn đầu chẩn đoán hơi khó, nhưng sau đó ung thư lan ra màn hầu và tổ chức lân cận.
- Ung thư cực dưới Amidan: cần dùng gương soi thanh quản kiểm tra và phải sờ vào Amidan, nó thường lan ra trụ trước và bờ của lưỡi hay gặp là thể loét, thâm nhiễm nên người bệnh rất đau.
- Ung thư ở giữa Amidan: thường hiếm gặp, chỉ chiếm 5-6%. Thực tế nó xuất phát từ đáy khe rồi lan ra phía ngoài.

Ung thư ở rãnh Amidan: tức là chỗ tiếp giáp đáy lưỡi và cực dưới Amidan, vì nó ở chỗ ngã ba nên hướng lan rộng ra nhiều phía, tiên lượng xấu (thể này chiếm khoảng 5%).

2.2. Chẩn đoán.

2.2.1. Chẩn đoán xác định.

Chủ yếu dựa vào kết quả vi thể, trong trường hợp sinh thiết gặp khó khăn do loét hoại tử chảy máu của tổ chức Amidan ta cũng có thể dựa vào kết quả của sinh thiết hạch.

Khi chẩn đoán cũng cần đánh giá độ lan rộng của khối u vì vậy ngoài khám trực tiếp ra ta cần sờ vào tổ chức Amidan và vùng lân cận cũng như việc đánh giá các hạch bị di căn.

Có thể nói có khoảng 20% người bệnh khi đến khám lần đầu chỉ vì nổi hạch cổ và khoảng 75% bệnh nhân khi đến khám do ung thư Amidan thì đã có hạch cổ sờ thấy dễ dàng.

2.2.2. Chẩn đoán phân biệt: Nói chung vì người bệnh thường đến giai đoạn muộn nên chẩn đoán không khó khăn lắm, trừ trường hợp ở giai đoạn sớm và nhất là với các thể thâm nhiễm, không loét, thường phải phân biệt với các bệnh sau đây:

- Với một khối u loét thâm nhiễm: tuy nhiên ít gặp nhưng cần tránh nhầm lẫn với một thể lao loét sùi nhưng thương tổn lao nói chung ít khi trú u ở Amidan và ít thâm nhiễm xuống phía sâu, thường hay gặp ở bệnh nhân bị lao phổi đang tiến triển. Cần chú ý đến một giang mai (hoặc là một hạ cam Amidan thể ăn mòn hoặc một gôm loét giang mai thời kỳ 3). Chẩn đoán phân biệt ngoài kết quả vi thể cần dựa vào phản ứng huyết thanh và các xét nghiệm về lao.
- Với thương tổn loét ở Amidan: Hay gặp là viêm họng Vincent nhưng bệnh này diễn biến cấp tính và có một số đặc điểm như loét không đều, đáy loét bẩn có mủ máu hoặc lớp giả mạc bao phủ, bờ loét không rắn và thường kèm theo có hạch viêm ở cổ diễn biến nhanh, chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh vùng răng miệng tốt. Nhưng cũng cần chú ý viêm họng Vincent phát triển trên một thương tổn ung thư Amidan ở những người lớn tuổi mà Le Maitre đã đề cập đến.
- Với trường hợp một Amidan thể thâm nhiễm làm cho Amidan to ra cần chú ý phân biệt sự phát triển của bản thân tổ chức Amidan và trường hợp Amidan bị khối u vùng lân cận đẩy lùi ra như khối u bên họng, u tuyến mang tai, hạch cổ to đẩy lùi Amidan... hoặc do các u của vùng vòm, mặt sau màn hầu, ngã ba họng thanh quản...

Các u hỗn hợp và u trụ (cylindromes) của vùng màn hầu ở giai đoạn cuối có thể bị loét và lan đến Amidan, nhưng các tổ chức u này tiến triển chậm, quá trình diễn biến tương đối dài hay bị tái phát nên dễ chẩn đoán. Trong thực tế, quan trọng nhất trong chẩn đoán phân biệt là đánh giá chính xác về tổ chức học của thương tổn. Việc đánh giá vị trí nguyên phát của u là ở Amidan hay màn hầu trong giai đoạn muộn rất khó và cũng không có ý nghĩa gì lớn đối với phác đồ điều trị. Riêng những trường hợp bắt đầu biểu hiện bằng nổi hạch cổ thì cần chẩn đoán phân biệt với các viêm hạch cổ mạn tính như: lao, ung thư máu, lympho ác tính, Hodgkin và Non Hodgkin.

2.3. Tiến triển.

Nếu không được điều trị thì người bệnh chỉ kéo dài sự sống trong vòng 12-16 tháng do khối u và hạch phát triển kèm theo bị viêm bội nhiễm gây chảy máu và suy kiệt dần.

Khối u Amidan to dần làm cho người bệnh không ăn uống được, đau đớn và khít hàm càng làm cho bệnh trầm trọng thêm.

Khối hạch to dần chèn ép các thần kinh và thâm nhiễm và các mạch máu lớn vùng cổ dẫn đến liệt thần kinh hoặc chảy máu ô ạt.

Bội nhiễm, ăn sâu vào đường thở và di căn vào các cơ quan, tạng phủ là giai đoạn cuối cùng dẫn đến tử vong.

Vì bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn nên nếu có được điều trị thì tỉ lệ tái phát cũng khá cao, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

2.4. Điều trị: Những năm gần đây đối với ung thư Amidan khẩu cái thì điều trị chủ yếu bằng tia xạ kể cả hạch cổ, vì nói chung loại ung thư này đều nhạy cảm với tia xạ. Phẫu thuật chỉ để giải quyết những trường hợp đã tia rồi nhưng u Amidan hoặc hạch còn sót lại. Ngoài ra, những trường hợp bị nghi ngờ ung thư Amidan nhưng đã sinh thiết nhiều lần vẫn âm tính thì phẫu thuật nhằm hai mục đích: cắt rộng tổ chức Amidan và gửi toàn bộ bệnh phẩm làm sinh thiết để tìm tổ chức ung thư.

2.4.1. Phương pháp điều trị tia xạ với khối u Amidan: Thường dùng tia qua da (transcutane). Tùy theo các nguồn năng lượng khác nhau (coban xa telecobalt), betatron (gia tốc thẳng accélérateur lineaire) và mục đích của việc điều trị, thường tia vào khối u nguyên phát và cả vùng hạch cổ

Liều lượng tia: Đối với khối u thường tia từ 10Gy-12Gy/1 tuần (trung bình mỗi ngày 2 Gy). Tổng liều khoảng 70-75Gy trong 7-8 tuần đối với u Amidan và hạch. Khi lượng tia đã đạt 45Gy thì thu hẹp diện tích tia trường ở phía sau để tránh và bảo quản đoạn tuỷ sống ở đó không vượt quá 45Gy trong 4 tuần rưỡi. Đối với hạch cổ dưới thì tia dự phòng khoảng 45 Gy trong 4 tuần rưỡi .

Phương pháp cấy kim phóng xạ: Có thể áp dụng đối với các u còn bé hoặc u còn sót lại sau tia. Có thể dùng kim Radium hoặc Iridium 192, loại này có ưu điểm là mềm mại, liều lượng tính chính xác được sau khi kiểm tra, lượng tia thường dùng 70-80 Gy trong 7- 8 ngày. Có thể cùng kết hợp với tia Co qua da và có thể dùng một lượng tia cao ở vùng amidan 80-90Gy.

2.4.2. Phương pháp phẫu thuật: Hiện nay nhiều tác giả chủ trương chỉ định phẫu thuật trong trường hợp u còn sót lại sau tia hoặc tái phát sau tia mà không còn khả năng tia nữa. Có nhiều phương pháp phẫu thuật bằng cách qua đường miệng tự nhiên hoặc đi đường ngoài qua xương hàm. Khác với phẫu thuật cắt Amidan thông thường và vùng bóc tách dễ chạm đến tổ chức ung thư, do đó phải cắt rộng còn gọi là cắt Amidan ngoài vỏ bao (extra-capsulaire). Di chứng phẫu thuật ít và tỉ lệ tử vong sau mổ cũng ít gặp.

2.4.3. Điều trị bằng hoá chất: Những năm gần đây một số tác giả đã tiến hành điều trị bằng hoá chất có kết hợp với tia phóng xạ hoặc phẫu thuật. Có nhiều ý kiến khác nhau về phương pháp phối hợp và các hoá chất, ở Việt Nam vấn đề này chưa được sử dụng nên khó có kết luận và đánh giá. Các loại hoá chất thường dùng là Bleomycine, Methotrexate, 5FU... có thể dùng trước, sau tia và xen kẽ là tùy chỉ định của thầy thuốc trên bệnh nhân cụ thể.

2.4.4. Điều trị đối với hạch cổ di căn:

- Chủ yếu là tia qua da đồng thời với u Amidan, còn cấy kim Ir192 chỉ dùng đối với hạch tái phát sau tia. Điều trị bằng phẫu thuật trong trường hợp khối hạch còn bé, di động và thông tiến hành là nạo vét hạch cổ toàn bộ bao gồm cắt bỏ các nhóm hạch dưới cằm hàm, tĩnh mạch cảnh trong, các dây hạch máng cảnh, dây cột sống và cổ ngang. Nếu hạch cổ cả 2 bên thì tiến hành 2 thì cách nhau 15-20 ngày nhưng một bên phải giữ lại tĩnh mạch cảnh trong.
- Nạo vét hạch cổ có thể tiến hành trong 2 điều kiện khác nhau, hoặc trên một bệnh nhân đã có hạch sờ được (thì cần thiết phải nạo vét) hoặc trên một bệnh nhân chưa sờ thấy hạch (thì nạo vét theo nguyên tắc). Trong trường hợp này ta thường nạo vét hạch bảo tồn tức là cắt bỏ hạch và tổ chức liên kết vùng cổ nhưng giữ lại cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong và dây thần kinh cột sống (spinat). Còn cắt bỏ hạch đơn thuần chỉ tiến hành trong một số trường hợp hạch còn sót lại hoặc hạch tái phát sau tia phóng xạ.

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị chủ yếu:

- Phẫu thuật đơn thuần: trước đây cho rằng kết quả điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần rất xấu, nhưng gần đây nhờ có nhiều cải tiến và tiến bộ nên đã mang lại nhiều kết quả đáng khích lệ. Do cách chọn bệnh nhân khác nhau nên khó đánh giá và so sánh 1 cách chính xác được giữa tia xạ và phẫu thuật đơn thuần (theo báo cáo của viện ung thư Gustave - Roussy, Pháp thì tỉ lệ sống trên sau 5 năm xấp xỉ bằng nhau 19-20%).
- Tia xạ đơn thuần: được nhiều tác giả đề cập đến và nhận xét rằng sử dụng tia Co đã mang lại kết quả khả quan, nhất là đối với u còn bé chưa có hạch cổ hoặc hạch bé còn di động. Theo Ennuyer và Bataini (Pháp) thì sống trên 5 năm đạt 44% đối với T1,T2-No,N1 và 9% đối với T3,N3.
- Phối hợp tia xạ và phẫu thuật: hiện nay tuy có một số phương pháp phối hợp khác nhau: Theo Pletcher và Ballantyne ở Bệnh viện Anderson (Houston) đối với T1,T2 thì dùng tia Co đơn thuần kể cả T3,T4 nếu là thể sùi và nhạy cảm với tia. Bệnh nhân phải được theo dõi kĩ sau khi đã tia được 50Gy, nếu là những thương tổn thâm nhiễm hoặc còn lại tổ chức u thì sau 6 tuần phải cắt bỏ cả khối (monobloc), nếu còn hạch sót lại sau khi đã tia thì phải nạo vét hạch sau 6 tuần. Kết quả sống thêm sau 5 năm là 36%. Ở viện Gustave- Roussy (Pháp), với T1,T2,T3 thì tiến hành 2 hoặc 3 thì tùy theo có hạch sờ được hay không.

3. Sacoma Amidan: Phần lớn hay gặp là các loại u lympho ác tính Non Hodgkin trong phạm vi vùng waldayer. Theo một số thống kê, tỉ lệ u lympho ác tính Non Hodgkin của amidan hầu cái thường chiếm toàn bộ vòng Waldayer là 59% (theo Ennuyer1970), 58% (Alselem), 53% (Wang 1969), 40% (Banfi.1970), 30% viện Gustave-Roussy.1970), đứng vào hàng thứ hai sau Hematosarcome ở hốc mũi và các xoang mặt.

3.1. Triệu chứng ban đầu: Nuốt khó đầu tiên là triệu chứng hay gặp (2/3 số trường hợp), rất ít khi đau, nếu u to quá thì nói giọng mũi, rất ít khi có triệu chứng khít hàm, ở 1/3 trường hợp thì có dấu hiệu báo động là nổi hạch cổ, vì vậy trước một hạch thể lympho thì phải kiểm tra kỹ vùng Waldayer, đặc biệt là chú ý đến amidan khẩu cái.

5.2. Khám lâm sàng: U amidan biểu hiện như một amidan thể phì đại, đẩy các trụ vào trong, niêm mạc amidan màu đỏ đôi khi hơi sẫm màu, không rắn và không thâm nhiễm, đôi lúc ở bề mặt amidan có một lớp như giả mạc hoặc hoại tử loét, thoát nhìn ta có thể thấy rõ nhưng có một số trường hợp thì kín đáo hơn như một u nhỏ ở cực trên amidan, hoặc amidan hơi to, hơi đỏ nhưng mật độ bình thường, hoặc ở dưới niêm mạc thì rải rác có một hạt nhỏ (micronodulaire). Nếu ở giai đoạn muộn thì các trụ, màn hầu, đôi khi đáy lưỡi và hạ họng đều bị lan rộng do khối u quá to gây khó thở. Ở giai đoạn này thường đã có hạch cổ chiếm 3/4, một số trường hợp (Ennuyer 78%, Terz Farr 65%) một số trường hợp thì đã có hạch cổ cả hai bên. Hay gặp là nhóm hạch dưới góc hàm, thể tích lớn bé rất khác nhau, mật độ thường chắc hoặc căng phồng, có khi là một khối gồm nhiều hạch.

Trước một bệnh nhân nghi ngờ là bị sarcoma amidan thì phải làm sinh thiết amidan làm hạch đồ (tế bào học) và phải khám toàn thân nhất là các vùng bạch mạch, làm huyết đồ, tuỷ đồ, tốc độ lắng máu, chụp phổi, dạ dày...

5.3. Chẩn đoán phân biệt: Phân biệt giữa một ung thư biểu mô với một sarcoma amidan thường không khó khăn lắm, chủ yếu dựa vào kết quả sinh thiết nhưng cũng cần tránh nhầm lẫn sau đây, đừng nên cho rằng đó là một amidan phì đại thông thường rồi không theo dõi, làm sinh thiết, hoặc là một áp xe amidan rồi rạch dẫn lưu, cho kháng sinh mà không kiểm tra theo dõi, hoặc trước một đám hạch cổ chắc và không sưng đỏ thì kết luận vội vàng là hạch lao mà không kiểm tra amidan. Điều trị thử bằng tia xạ để xem độ nhạy cảm trước khi làm sinh thiết đó cũng là một sai lầm vì sinh thiết làm sau tia thường là âm tính, không kết luận được gì.

5.4. Điều trị: Chủ yếu tia xạ qua da vì loại u này rất nhạy cảm với tia. Gần đây nhiều nước đã phối hợp điều trị hoá chất trước hoặc sau tia cũng mang lại kết quả tốt nhất là đối với loại lympho ác tính độ ác tính cao.

- Điều trị bằng tia xạ: Nếu có hạch cổ sờ thấy hoặc kể cả chưa sờ thấy hạch đều phải tia toàn bộ vùng Waldayer và toàn bộ vùng hạch cổ hai bên kể cả dãy hạch cổ thượng đòn.
- Điều trị bằng hoá chất: Các hoá chất thường dùng phối hợp là: prednisolon 40mg/ngày/4tuần. Vincristine (oncovin) tiêm tĩnh mạch 1.5mg/m²/tuần.

Cyclophosphamide (Endoxan) tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 400mg/m²/ngày x 4 ngày cho 3 đợt tiếp nhau, mỗi đợt cách nhau 15 ngày.

Cách phối hợp sau đây:

Điều trị tấn công (theo Gustave-Roussy)

Prednisolon+Vincristine

Vincristine (2ngày+Cyclophosphamide (4ngày)

V.M 26 +Cyclophosphamide (như trên)

Điều trị củng cố: chủ yếu dùng Cyclophosphamide (600mg/m²/1 lần cho 15ngày), với loại u lympho ác tính độ ác tính cao thường hay dùng:

Vincristine tiêm tĩnh mạch 1,5mg/m²/ngày trong 4 tuần

Vincarbazine (Velbe) tĩnh mạch 6mg/m²/tuần

Procarbazine(Natulan)uống 150mg/m²/ngày trong 20ngày.

V.M 26 và VP16

Chỉ định điều trị: Nếu thể khu trú thì điều trị đơn thuần, liều lượng phải đầy đủ mặc giàu khối u bé đi rất nhanh. Tuỳ kết quả sinh thiết u thuộc loại lympho ác tính 40-60Gy hoặc ở hạch và hạch cổ 2 bên độ ác tính thấp, trung bình hay cao mà dùng liều 50-60Gy. Nếu hạch to quá hoặc còn sót lại sau khi tia thì phải tia thêm 10Gy trong một tia trường có giới hạn. Trường hợp đã có di căn vùng hạch ở xa (vùng bụng, khung chậu) thì trước hết điều trị bằng hoá chất (tấn công) sau đó tia phóng xạ (tia vùng cổ trước sau có tia vùng dưới cơ hoành) sau cùng là điều trị hoá chất với liều lượng điều trị củng cố. Nếu ở giai đoạn muộn (các tạng đã bị di căn M1) thì chủ yếu điều trị triệu chứng bằng hoá chất.

- Kết quả điều trị: Theo thống kê của một số tác giả nước ngoài thì sống thêm quá 5 năm có thể đạt từ 30-40% (Ennuyer 35%, El.saleem 40%, Terz và Farr 35%) nhưng nếu thương tổn còn khu trú tại chỗ thì kết quả đạt cao hơn 51% (Ennuyer), 79%(Wang). Nếu thương tổn lan ra vùng lân cận thì kết quả bị hạn chế dần 48% (Wang), 32% (Ennuyer). Ở trường hợp lan rộng thì không có trường hợp nào sống thêm quá 5 năm.
- Tiến triển bệnh sau khi điều trị: Có thể tái phát u hoặc hạch cổ, thường gặp ở năm đầu (1/3 số trường hợp theo Terz và Ferr) thì có thể dùng tia xạ hoặc phẫu thuật lấy hạch. Có thể xuất hiện một sacom ở xa vùng cổ mặt ở thường hay gặp trong 6 tháng đầu (ViệnGustave-Roussy 55%) như dạ dày, xương... trường hợp này tiên lượng xấu và 75% tử vong do nguyên nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ***Bài giảng Tai Mũi Họng (1984)***
Bộ môn Tai Mũi Họng, HVQY.
2. ***Bài giảng Tai Mũi Họng (1996)***
Bộ môn Tai Mũi Họng, ĐHYK Hà Nội
3. ***Bài giảng Tai Mũi Họng (1998)***
Bộ môn Tai Mũi Họng, ĐHYD Tp. HCM
4. ***Nguyễn Văn Đức (1980)***
Những bệnh thông thường về họng, Nhà xuất bản y học - Hà Nội
5. ***Nguyễn Chấn Hùng (1986)***
Ung thư học lâm sàng, ĐHYD Tp. HCM
6. ***Võ Tấn (1993)***
Thực hành Tai Mũi Họng, Tập I, II, III - Nhà xuất bản y học - Hà Nội.
7. ***Byron J. Bailey (1993)***
Head and Neck surgery, Volume II.
8. ***Becker W., Nauman H. (1989)***
Ear, nose and throat diseases
Gorge Thiem Verlage - Stuttgart.
9. ***Charles Cummings (1983)***
Otolaryngology, Head and Neck surgery, Mosby - Toronto
10. ***F. Legent, P. Fleury, P. Narcy, C. Beauvillain (1992)***
Manuel pratique d'ORL, Masson - Paris
11. ***F. Ferguson (1972)***
Pediatric Otolaryngology - Foreign bodies in the air and food passages
W. B. Saunders Comp. V.II
12. ***Glasscock and Shambaugh (1990)***
Surgery of the ear.
13. ***K. J. Lee (1995)***
Essential Otolaryngology, Head and Neck surgery
Appleton and Lange - Stamford Connecticut USA
14. ***M. Portmann, D. Portmann (1991)***
Abrégés d'Otolaryngologie, Masson - Paris
15. ***M. Portmann, D. Portmann (1991)***
Otorhinolaryngologie, Ed. Masson - Paris.
16. ***Pierre Bofils (1996)***
Pathologie d'ORL et Cervico - faciale, Ellipes - Paris
17. ***Institut Gustave - Roussy (1991)***
Protocole de traitement des cancers de voies aéro - digestives supérieures
(comité 010 et 011)
18. ***The American Society for Head and Neck surgery (1996)***
Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of cancer
of
the Head and Neck.
19. ***Tran Ba Huy (1996)***
O.R.L - Universités francophones.

