

SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG  
TRUNG TÂM Y TẾ HÀ TIÊN

-----



**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ  
CHUYÊN KHOA  
TAI MŨI HỌNG - MẮT- RĂNG HÀM MẶT  
CẬP NHẬT NĂM 2026**  
*(Lưu hành nội bộ)*

### Tài liệu tham khảo

- Căn cứ ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Tai Mũi họng
- Căn cứ ban hành theo Quyết định số 40 ngày 12 tháng 01 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Mắt
- Căn cứ ban hành theo Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28 tháng 07 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về Răng Hàm mắt

### MỤC LỤC

STT	Tên bệnh
01	Viêm tai giữa cấp tính
02	Bệnh tai ngoài
03	Viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em
04	Viêm tai giữa mạn tính
05	Viêm Amidan cấp và mạn tính
06	Viêm mũi xoang cấp tính
07	Viêm mũi xoang mạn tính
08	Viêm họng cấp tính
09	Viêm V.A cấp và mạn tính
10	Viêm thanh quản cấp tính
11	Viêm họng mạn tính
12	Viêm mũi họng cấp tính
13	Viêm túi lệ
14	Khô mắt do thiếu Vitamin A
15	Bỏng mắt do hoá chất
16	Viêm kết mạc cấp tính
17	Viêm kết mạc dị ứng cấp tính
18	Viêm kết mạc mùa xuân
19	Sâu răng sữa
20	Viêm tuỷ răng sữa
21	Viêm lợi liên quan mảng bám răng
22	Viêm quanh răng tiến triển chậm
23	Bệnh sâu răng
24	Viêm tuỷ răng

## 1. VIÊM TAI GIỮA CẤP

### 1. CHẨN ĐOÁN

- Đau sâu trong tai
- Sốt , nhức đầu
- Có thể có buồn nôn và tiêu chảy
- Nghe kém
- Màng nhĩ đỏ , sung huyết cán búa
- Màng nhĩ phồng hoặc có thể có mức dịch
- Chảy dịch mũi ,nhày qua lỗ thủng màng nhĩ

### 2. ĐIỀU TRỊ

- Các vi khuẩn thường gặp: Strep.Preumoniae, H.influenzae, M.catarrhalis, Streppyogenes, Stah.aureus.

- Nội khoa :

Kháng sinh:

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

+ Nhóm B- lactamine :

Amoxicilin : 50mg / kg/ngày

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

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

+ Nhóm Cephlosporine thế hệ 1,2,3,4

Cefpodoxime 200mg – 2 lần / ngày

Cefaclor : 40mg/kg/ngày

Cefdinir : 14mg/kg/ngày

Cefuroxime : 30mg/kg/ngày

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

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

+ Thường nhỏ 4 giọt/lần 3 – 4 ngày

Thuốc nhỏ mũi :

+ Dung dịch NaCl 0,9% ,Rhinex

Ngoại khoa :

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

## 2. BỆNH TAI NGOÀI

Tai ngoài bao gồm vành tai và ống tai ngoài, được cấu tạo bởi tổ chức sụn, bọc bên ngoài là lớp tổ chức dưới da mỏng và lớp da. Có hệ thống mạch máu và thần kinh phong phú nên bệnh ở tai ngoài gây đau nhức và ảnh hưởng tới chức năng nghe và thẩm mỹ.

### 1. DỊ HÌNH BẨM SINH TAI NGOÀI

#### 1.1. Định nghĩa

Là những biểu hiện bất thường bẩm sinh gặp ở vành tai hoặc ống tai ngoài, hai dị hình này thường phối hợp với nhau. Có thể ảnh hưởng tới chức năng nghe và thẩm mỹ.

#### 1.2. Dị hình vành tai

Thường gặp hơn, nói chung ảnh hưởng tới thẩm mỹ, ít hoặc không ảnh hưởng tới chức năng nghe.

##### 1.2.1. Biểu hiện lâm sàng

Thiếu một phần hay toàn bộ vành tai: có thể gặp ở một bên hay cả hai bên tai.

Vành tai hoàn toàn không có hay chỉ có một phần, thường chỉ như một nụ, một cục. Hay gặp kèm theo tật hoặc chít hẹp ống tai.

Vành tai to hay nhỏ quá: có thể gặp vành tai to quá (tai voi) hoặc nhỏ quá (tai chuột), nếu chỉ thấy một bên, tai bên kia bình thường, sẽ ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

Dị hình nắp tai: nắp tai có thể quá to, không có sụn nắp hay có 2 - 3 nắp tai.

Vành tai vĩnh ra trước quá nhiều hay sụn quá mềm làm bẹp xuống, mất các gờ nếp.

##### 1.2.2. Điều trị

Phẫu thuật chỉnh hình để tái tạo lại vành tai.

#### 1.3. Dị hình ống tai

Thường gặp tật ống tai ngoài hoàn toàn hay một phần làm chít hẹp ống tai. Dị hình ống tai thường gặp kèm với dị hình vành tai, đôi khi có kèm theo dị hình tai giữa.

##### 1.3.1. Biểu hiện lâm sàng

– Tật hay chít hẹp có thể do đơn thuần hoặc cả sụn, xương ống tai, chỉ ở cửa ống tai hay dọc cả ống tai.

– Tật hoặc chít ống tai ngoài gây nghe kém dẫn truyền đơn thuần, có thể gây viêm vì chất tiết ở da ống tai không thoát được ra ngoài.

– Cần chụp X quang để xác định tình trạng của tai giữa và hệ thống xương con.

##### 1.3.2. Điều trị

Phẫu thuật tạo hình ống tai ngoài hay lấy bỏ u biểu bì bên trong chỗ hẹp, cần ghép da tốt vì dễ gây sẹo chít hẹp lại.

#### 1.4. Rò bẩm sinh

Thường gặp nhất là rò gờ trước tai hay thường gọi là rò Helix.

– Rò luân nhĩ.

– Rò tai cô: rò xuất phát từ tai chạy xuống vùng cổ.

#### 1.4.1. Biểu hiện lâm sàng

– Lỗ rò có thể thấy ở một bên hay cả hai bên, ở trên nắp tai, trước gò rìa tai. Tiếp theo thường là đường rò, nhiều khi ngoằn ngoèo và đi xa, ra sau tai hoặc vào ống tai...

– Do lỗ rò nhỏ, đường rò thường tiết nhầy nên khi bị viêm thường gây sưng tấy vùng trên trước nắp tai, có thể thành áp xe rồi vỡ mủ.

#### 1.4.2. Điều trị

– Nếu rò chưa bị áp xe có thể bơm chất ăn mòn như sút loăng (NaOH 20%), hoặc Betadin vào làm cháy lớp biểu bì để đường rò dính tịt lại.

– Phẫu thuật cắt đường rò: bơm xanh mêthylen vào để theo dõi đường rò, qua đó phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ.

– Khi bị áp xe nên chích rạch tháo mủ và dẫn lưu, không nên chích rạch quá rộng vì làm mất đường rò sau khó phẫu thuật lấy hết đường rò.

## 2. BỆNH VIÊM TAI NGOÀI

### 2.1. Nhọt ống tai ngoài

#### 2.1.1. Định nghĩa

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

#### 2.1.2. Nguyên nhân

– Do ngoáy tai bằng vật cứng, bản, gây xước da ống tai.

– Do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

#### 2.1.3. Chẩn đoán

– Triệu chứng cơ năng:

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

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

Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy lan tỏa.

– Triệu chứng thực thể:

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

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

#### 2.1.4. Điều trị

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

– Toàn thân: Kết hợp kháng sinh, giảm đau.

### 2.1.5. Phòng bệnh

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

## 2.2. Viêm tấy lan tỏa ống tai ngoài

### 2.2.1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm nhiễm lan tỏa khắp ống tai ngoài, thường gặp do bơi lội, tắm biển...

### 2.2.2. Nguyên nhân

- Do sang chấn nhỏ ở ống tai ngoài: ngoáy tay, vật cứng khi có nước hay cát vào tai
- Do dịch hay mũ ở tai giữa bị bít, đọng trong ống tai.

### 2.2.3. Chẩn đoán

- Lúc đầu ngứa trong ống tai sau trở nên nóng, rát như bỏng, vài ngày sau đau dữ dội
- Nghe kém và ù tai.
- Kéo vành tai, ấn nắp tai gây đau tăng rõ rệt.
- Da ống tai nề đỏ, sau đó ống tai bị chít hẹp lại do sưng nề và ứ dịch vàng, có thể bong từng đám biểu bì trắng.
- Nếu không được điều trị sẽ thành mũ, da bị hoại tử gây sẹo chít hẹp hay sùi lấp ống tai ngoài.

### 2.2.4. Điều trị

- Chườm nóng ngoài tai hoặc chiếu tia hồng ngoại, làm giảm đau tại chỗ, đặt bác phẩm Glyxerin borate 2% hoặc thuốc mỡ kháng sinh vào ống tai ngoài.
- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm, giảm đau.

## 2.3. Viêm sụn vành tai

### 2.3.1. Định nghĩa

Là tình trạng ứ thanh dịch giữa sụn và màng sụn hoặc viêm sụn hoại tử, nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại di chứng ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

### 2.3.2. Nguyên nhân

Có thể do tụ máu, dịch vành tai, nhưng thường do nhiễm tụ cầu, sau sang chấn (gãi gây xước) hay sau chấn thương (đụng, đập).

### 2.3.3. Chẩn đoán

- Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây xước (thường ở phần trên vành tai) sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ.
- Khi viêm tấy thành mũ đau tăng rõ, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.
- Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.

– Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mủ và vỡ mủ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

#### 2.3.4. Điều trị

– Toàn thân: tùy theo mức độ và toàn trạng của bệnh nhân để sử dụng kháng sinh. Đối với viêm sụn hoại tử cần dùng kháng sinh phối hợp và liều cao, lưu ý cho kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.

– Tại chỗ:

Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.

Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bắc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.

Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.

Khi đã viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai.

### **2.4. Chàm ống tai (Eczema): thường gặp ở trẻ nhỏ.**

#### 2.4.1. Nguyên nhân

– Do mủ, thường mủ nhầy, chảy thường xuyên hay ứ đọng mủ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai.

– Do thể địa dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

#### 2.4.2. Chẩn đoán

– Da vùng tai ngoài ngứa, mẩn đỏ, mọc các mụn phỏng nhỏ chứa dịch nhầy trong. Các mụn phỏng vỡ thành các vảy màu nâu, mỏng phủ lên trên.

– Nếu chàm khô: da ngứa, mẩn đỏ, dày lên, cũng có những mảnh biểu bì nhỏ đục hoặc xám nổi thành vảy dễ bong ra.

– Do ngứa nên trẻ thường hay gãi gây xây xước dễ bị nhiễm khuẩn tạo thành chàm nhiễm khuẩn với những mụn loét nhỏ, nóng, có mủ, trên bề mặt có vảy nâu cứng có thể gây viêm tấy rộng cả tổ chức dưới da vùng sau tai, thái dương.

#### 2.4.3. Điều trị

– Tại chỗ:

+ Lau sạch mủ ở ống tai nếu có.

+ Rắc bột oxyt kẽm hoặc bôi thuốc mỡ oxyt kẽm.

+ Nếu nhiều dịch ướt, bôi bằng dung dịch nitrat bạc 5%.

+ Nếu có nhiễm khuẩn thành mủ bôi xanh mêtylen.

+ Bôi mỡ corticoid.

– Toàn thân: tăng cường sức đề kháng, dinh dưỡng tốt, chống dị ứng.

### **2.5. Phòng bệnh**

- Không sử dụng vật sắc nhọn, chưa được sát khuẩn ngoáy ống tai ngoài.
- Khi có dị vật trong ống tai hoặc ráy tai phải đến cơ sở y tế để lấy và vệ sinh.
- Không tự động xử trí những vết trầy xước xảy ra trên bề mặt da vành tai.

### 3. VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM

Đây là bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín, thường gặp ở trẻ em từ 1-3 tuổi. Bệnh tiến triển âm thầm, ít triệu chứng nên thường không được phát hiện kịp thời, để lại hậu quả xấu về nghe, từ đó ảnh hưởng tới sự phát triển ngôn ngữ cũng như khả năng học tập và phát triển trí tuệ ở trẻ.

#### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kèm theo sự có mặt của tiết dịch trong hòm tai. Về mặt thời gian có thể xếp thành ba thể: thể cấp tính xảy ra trong thời gian 3 tuần trở lại; thể bán cấp, bệnh kéo dài từ 3 tuần đến 3 tháng; thể mạn tính khi bệnh kéo dài trên 3 tháng.

#### 2. NGUYÊN NHÂN

– Tắc vòi nhĩ. Tắc vòi nhĩ dẫn đến mất không khí trong hòm tai do đó áp lực âm tính, vì vậy dịch thấm vô trùng.

– Viêm do vi khuẩn (40% có mặt vi khuẩn trong viêm tai ứ dịch).

Giả thuyết này dựa trên các nghiên cứu có vi khuẩn trong dịch cấy ở hòm tai hoặc tăng cao lượng kháng thể kháng khuẩn Staphylococcus pneumoniae, Hemophylus, influenzae và Disphteroides.

– Viêm do virus.

Một số các nghiên cứu ủng hộ giả thuyết do căn nguyên adenovirus: virus giống cúm typ 1,2,3; herpes; adeno-virus; coxsaki b4...

– Viêm do dị ứng.

Các quá trình xảy ra là:

- + Phù nề, tăng tiết dịch nhầy, tắc vòi.
- + Tăng sản và dị sản lớp biểu mô.
- + Phì đại các tuyến tiết, giãn mạch, tăng sinh tổ chức liên kết.

Đáp ứng miễn dịch có thể hoặc tức thời (typ I) hoặc muộn (typ IV). Đáp ứng miễn dịch tức thời sẽ là tăng kháng thể IgE đặc hiệu trong tai giữa, còn đáp ứng muộn trung gian sẽ là các tế bào đơn nhân. Đáp ứng miễn dịch sẽ được duy trì sau đó bởi sự có mặt của prostaglandin E và F, kinin, các yếu tố thụ cảm thể hóa học, các enzym, các sản phẩm hoạt hóa ở tai giữa.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

##### 3.1.1. Lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là giảm thính lực tùy theo lứa tuổi mà có biểu hiện khác nhau.

– Ở trẻ nhỏ: việc phát hiện viêm tai thanh dịch khi khám nằm trong bệnh cảnh bị nhiễm trùng đường hô hấp trên là phổ biến nhất. Ngoài ra, còn phát hiện được khi cha mẹ phàn nàn:

Trẻ nhỏ không quay đầu về phía có âm thanh.

Trẻ đáp ứng chậm hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.

– Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc có khó chịu trong tai. Vì vậy, cha mẹ hoặc thầy cô giáo nhận thấy trẻ có những biểu hiện không bình thường khi nghe hoặc viết chính tả nên cho đi khám sức nghe.

Khám soi tai: (phóng đại) điển hình là màng tai có màu hồng phách, có các vân mạch, thường co lõm nhưng đôi khi màng tai lõm phồng. Hình ảnh màng tai rất đa dạng, có thể thấy:

- Màng tai như bình thường hoặc mất bong.
- Hình ảnh mức nước hoặc có bóng khí nước phía sau màng tai.
- Màng tai co lõm nhẹ, mất bóng.
- Các hình ảnh khác có thể gặp:
  - Màng tai co lõm với cán xương búa ngăn lại, máu ngăn nhô ra.
  - Màu trắng sữa ở phần dưới với một vài vân mạch.
  - Hiếm hơn: màu xám xanh của màng tai.
  - Màu trắng phấn với một vài nốt trắng.
  - Thay đổi hoặc mất tam giác sáng.
- Khi khám thấy giảm hoặc mất di động màng tai với speculum SIEGLE.
  - + Khám vòm họng: kiểm tra VA viêm, quá phát.
  - + Khám mũi xoang: kiểm tra thấy tồn tại một ổ viêm tiềm tàng.

### 3.1.2. Cận lâm sàng

– Đo nhĩ lượng: (tiêu chuẩn chính để chẩn đoán) nhĩ đồ có dạng C hoặc B (theo phân loại của Jerger).

– Đo thính lực: điếc dẫn truyền thường tới 20-40dB.

## 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Trước một màng tai nguyên vẹn và gần như bình thường cần phân biệt với:

- + Các bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín khác.
- + Dị dạng, không phát triển ở tai.

## 4. ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị cụ thể.
- Điều trị nội khoa.

### 4.1. Điều trị toàn thân

– Kháng sinh 7-10 ngày như Ampicillin, Cephalosporin, Macrolide. Tránh các kháng sinh độc với tai.

– Kháng viêm: corticoid 5mg/kg/ngày trong 2-5 ngày.

– Chống phù nề, tiêu dịch nhầy: Maxilase, Rhinathiol, Mucomys, ...

– Điều trị cơ địa: giảm mẫn cảm đặc hiệu, kháng histamin.

#### 4.2. Điều trị tại chỗ

– Làm thông thoáng đường thở trên: vệ sinh mũi hàng ngày bằng rửa mũi, xịt nước muối biển (Sterimar), thuốc co mạch (Otrivil, Coldi B).

– Làm các nghiệm pháp Valsalva mỗi ngày hoặc thông vòi nhĩ mỗi tuần có hiệu quả trong trường hợp viêm tai giữa tiết dịch ít.

– Điều trị phẫu thuật.

– Chích rạch màng nhĩ.

– Đặt thông khí qua màng nhĩ.

– Nạo VA.

### 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

#### 5.1. Khởi bệnh

Viêm tai thanh dịch có thể tự khỏi trong vòng 10-20 ngày hoặc sau khi được điều trị đúng. Súc nghe được phục hồi.

#### 5.2. Tái phát viêm

Mặc dù đã được điều trị đúng nhưng viêm tai thanh dịch vẫn tái phát.

#### 5.3. Nhiễm trùng

Viêm tai thanh dịch có thể bội nhiễm và chích rạch màng tai có dịch mủ nhầy chảy ra. Khi dịch chảy ra, súc nghe được cải thiện nhưng khi màng tai kín lại, súc nghe lại giảm. Viêm tai thanh dịch sẽ trở thành viêm tai mủ nhầy mạn tính gây thủng màng tai và chảy dịch kéo dài.

#### 5.4. Tình trạng xơ dính trong hòm tai

Hình thành túi co lõm màng tai theo các mức độ. Chuỗi xương con bị xơ dính làm giảm sự di động của màng tai và chuỗi xương con, đôi khi chuỗi xương con bị gián đoạn do tiêu xương thường xảy ra ở cạnh dài xương đe.

#### 5.5. Xơ nhĩ

Màng tai hình thành những mảng trắng ở lớp liên kết.

#### 5.6. Cholesteatome

Sự tạo thành túi co lõm đặc biệt ở màng chũm sẽ hình thành theo cơ chế bệnh sinh của cholesteatoma.

#### 5.7. Một dạng đặc biệt là màng tai xanh

Căn nguyên bệnh sinh có thể là:

Hình thành u hạt chứa cholesterin và cặn lắng có sắc tố sắt tạo nên màu của màng tai.

Dịch ứ trong tai giữa có màu socola.

## 6. PHÒNG BỆNH

Giữ ấm cho trẻ, không để trẻ bị viêm đường hô hấp trên kéo dài. Vệ sinh mũi họng và làm thông thoáng mũi khi trẻ bị những đợt viêm mũi họng cấp.

Nếu trẻ bị VA hay amidan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp gây viêm nhiễm tái phát nhiều lần nên nạo VA và cắt amidan. Khám tai mũi họng định kỳ cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên để phát hiện và điều trị sớm viêm tai thanh dịch.

## 4. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ bị thủng, chảy tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào).

### 2. NGUYÊN NHÂN

Viêm tai giữa thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*.

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

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

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

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

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

##### 3.1.1. Lâm sàng

– Viêm tai giữa mạn tính nhầy: Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.

– Viêm tai giữa mạn tính mũ: Thường chảy mũ tai kéo dài, mũ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.

– Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co giật, rối loạn tiêu hóa... Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương. Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt. Trong một vài trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mặt trong xương chũm, mặt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương - gò má, trong bao cơ ức đòn chũm (thể Bezold)...

### 3.1.2. Cận lâm sàng

– Khám tai: mũ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có vầng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nham nhở, đáy hòm nhĩ bẩn, có thể có polyp ở hòm nhĩ.

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

– Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm để xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa.

– Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

– Nhọt hay viêm ống tai ngoài (không có tiền sử chảy mũ tai, kéo vành tai, ấn bình tai đau, phim Schuller bình thường).

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

– Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp tính (mũ không thối, không nghe kém nhiều, X quang tai bình thường).

– Viêm tai giữa sau lao phổi (hỏi tiền sử và chụp X quang phổi...).

– Viêm tai giữa do xoắn khuẩn bệnh giang mai (hỏi tiền sử bệnh và làm các xét nghiệm chuyên biệt...).

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

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

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

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

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

## 4.2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6-10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.
- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Neomycin, Polymyxin, Chloromycetin hoặc Gentamycin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2-4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn Pseudomonas.
- Kháng sinh đường toàn thân được sử dụng trong các đợt cấp của VTG mạn tính nhưng phải hạn chế.
- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.
- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v. ...

## 4.3. Điều trị ngoại khoa

- Khi phát hiện bệnh nhân có Polyp hòm nhĩ thò ra ở ống tai, hoặc mô hạt thì phải được phẫu thuật cắt bỏ thì việc nhỏ thuốc vào tai mới có hiệu quả. Tuy nhiên phải cẩn thận khi cắt bỏ vì những khối polyp này có thể mọc ra từ niêm mạc xương bàn đạp, dây thần kinh số VII, hoặc ống bán khuyên ngang, và như vậy có thể dẫn tới tai biến liệt mặt hoặc viêm mê nhĩ sau mổ.
- Phẫu thuật phục hồi: vá màng nhĩ đơn thuần và mở sào bào thượng nhĩ, có hoặc không có vá màng nhĩ.
- Phẫu thuật tịt căn xương chũm với hai phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai (canal wall up) và hạ thấp thành sau ống tai (canal wall down).

## 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

### 5.1. Tiên lượng

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

### 5.2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.
- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.
- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.
- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanosclerosis).
- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.
- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Áp xe ngoài màng cứng hoặc áp xe não.
- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.
- Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

## 6. PHÒNG BỆNH

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

## **5. VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm amidan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amidan khẩu cái, thường gặp ở trẻ ở lứa tuổi học đường 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên, thường thấy ở thời kỳ đầu của nhiều bệnh viêm nhiễm vì vậy có người coi amidan là "cửa vào" của một số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não.

Viêm amidan mạn tính là hiện tượng viêm thường xuyên, viêm đi viêm lại nhiều lần của amidan khẩu cái. Tùy theo mức độ viêm nhiễm và phản ứng của cơ thể, amidan viêm có thể phát triển to lên (viêm quá phát) thường gặp ở trẻ em hay người trẻ tuổi, hoặc amidan có thể nhỏ lại (viêm xơ teo).

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Các tác nhân gây viêm amidan:

- Vi khuẩn: liên cầu  $\beta$  tan huyết nhóm A, S.pneu hemophilus, tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí;

- Virus: cúm, sởi, ho gà...

Có nhiều nguyên nhân thuận lợi gây viêm amidan:

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

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

- Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.

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

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Chẩn đoán xác định**

##### **3.1.1. Lâm sàng**

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

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

- Cơ năng:

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

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

– Thực thể:

Lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ.

Amidan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa. Đôi khi thấy hai amidan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt amidan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào amidan, dễ chùi sạch, không chảy máu, để lộ niêm mạc amidan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm amidan mủ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn).+ Tổ chức lympho ở thành sau họng to và đỏ: đó là thể viêm amidan ban đỏ thường do virus gây nên.

### 3.1.1.2. Viêm amidan mạn tính

– Toàn thân:

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

Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngáy ngáy sột về chiều.

– Cơ năng:

Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng, đau lan lên tai.

Hơi thở thường xuyên hôi mặc dù vệ sinh răng miệng thường xuyên.

Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

– Thực thể:

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

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

\* Xếp loại amidan quá phát:

– Viêm amidan quá phát A1 (A+): amidan to, tròn, cuống gọn, chiều ngang amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa chân hai trụ trước amidan.

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

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

+ Thể xơ teo: 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 dày. Amidan mất vẻ mềm mại bình thường, ấn vào amidan có thể thấy phòi mủ hôi ở các hốc.

### 3.1.2. Cận lâm sàng

#### 3.1.2.1. Viêm amidan cấp tính

Thể viêm do vi khuẩn, xét nghiệm công thức máu có số lượng bạch cầu tăng cao trên 10 G/l, nhiều bạch cầu đa nhân trung tính.

#### 3.1.2.2. Viêm amidan mạn tính

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

– Test Viggo - Schmidt: thử công thức bạch cầu trước khi làm nghiệm pháp. Dùng ngón tay xoa trên bề mặt amidan trong vòng 5 phút, thử lại công thức bạch cầu. Nếu amidan viêm sẽ thấy số lượng bạch cầu tăng lên. Bạch cầu tăng dần trong vòng 30 phút, giảm dần trong vòng 2 giờ, sau trở lại bình thường.

– Test Le Mée: nếu amidan viêm đã gây các biến chứng, sau khi xoa trên bề mặt amidan có khi thấy khớp đau hơn, xuất hiện phù nhẹ hoặc trong nước tiểu có hồng cầu.

– Đo tỷ lệ ASLO trong máu: bình thường 200 đơn vị, khi viêm do liên cầu khuẩn sẽ tăng cao từ 500 - 1000 đơn vị.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm amidan mạn tính cần phân biệt với:

– Lao amidan: Có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.

– Giang mai thời kỳ hai: Niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amidan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.

– Ung thư amidan: Thường một bên amidan to, xì xì, có thể loét hoặc không, mật độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.

– Thở lâm sàng: Viêm A do liên cầu  $\beta$  tan huyết nhóm A

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

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

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

### 4.2. Điều trị cụ thể

#### 4.2.1. Viêm amidan cấp tính

– Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.

– Giảm đau, hạ sốt: paracetamol...

– Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm  $\beta$  lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.

– Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.

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

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

#### 4.2.2. Viêm amidan mạn tính

Phẫu thuật cắt amidan hiện nay là rất phổ biến, tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ.

Chỉ cắt khi nào amidan thực sự trở thành một ổ viêm gây hại cho cơ thể.

##### 4.2.2.1. Chỉ định phẫu thuật

– Amidan viêm mạn tính nhiều lần (thường là 5 - 6 lần trong một năm).

– Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan.

– Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng...

– Amidan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.

– Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngưng thở khi ngủ

- Hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

##### 4.2.2.2. Chống chỉ định phẫu thuật

\* Chống chỉ định tuyệt đối:

– Các hội chứng chảy máu: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.

– Các bệnh nội khoa như: cao huyết áp, suy tim, suy thận, suy gan giai đoạn mất bù...

\* Chống chỉ định tương đối:

– Khi đang có viêm họng cấp tính hay đang có biến chứng áp xe amidan.

– Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm mũi, viêm xoang, mụn nhọt.

– Khi đang có viêm, nhiễm virus cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, bại liệt, sốt xuất huyết...

– Khi đang có biến chứng do viêm amidan như: viêm thận cấp, thấp khớp cấp...thì phải điều trị ổn định, hết đợt cấp mới được cắt.

– Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: đái tháo đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai, AIDS...

– Phụ nữ đang thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ mang thai hoặc đang nuôi con bú.

– Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.

– Người quá yếu, trẻ quá nhỏ, người trên 50 tuổi.

– Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng, địa phương đang có dịch truyền nhiễm...

##### 4.2.2.3. Phương pháp phẫu thuật

– Trước đây thường phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ bằng các phương pháp:

Sluder và Anse.

– Ngày nay chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng các phương pháp Anse hoặc trực tiếp bằng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, cắt bằng Laser, Coblator, dao siêu âm...

## 5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

### 5.1. Biến chứng cục bộ

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

### 5.2. Biến chứng gần

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

### 5.3. Biến chứng xa

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

## 6. PHÒNG BỆNH

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

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

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

## 6. VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

### 2. NGUYÊN NHÂN

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

#### 2.1. Sau cảm cúm (viêm nhiễm virus đường hô hấp trên)

Viêm mũi xoang do nhiễm khuẩn cấp tính điển hình thường bắt đầu với viêm nhiễm virus đường hô hấp trên kéo dài hơn 10 ngày. Các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm Streptococcus Pneumonia, Haemophilus Influenza, và Moraxella Catarrhalis.

#### 2.2. Các nguyên nhân khác

Ngày ban hành 15/12/2025

- Dị ứng.
- Trào ngược dạ dày - thực quản .
- Hít phải các chất kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất...).
- Bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuộn giữa, quá phát mòm móc, bóng sàng).
- VA quá phát.
- Chấn thương mũi xoang.
- Các khối u vòm mũi họng.
- Bệnh toàn thân: suy giảm miễn dịch, rối loạn chức năng lông chuyên, bệnh xơ nang (Cystic fibrosis)...

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

#### **3.1. Chẩn đoán xác định**

##### **3.1.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Cần phải nghĩ tới viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh.

- Các triệu chứng giúp chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính gồm có:

- Các triệu chứng chính: cảm giác đau và nhức ở vùng mặt, sưng và nề vùng mặt, tắc ngạt mũi, chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau. Ngủ kém hoặc mất ngủ, có mủ trong hốc mũi, sốt.

- Các triệu chứng phụ: đau đầu, thờ hời, mệt mỏi, đau răng, ho, đau nhức ở tai

- Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị viêm mũi xoang. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn...

- Thăm khám nội soi: Phương pháp nội soi mũi là cần thiết để xác định viêm mũi xoang. Những dấu hiệu có giá trị bao gồm: mủ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết... niêm mạc mũi.

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

Chẩn đoán hình ảnh:

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

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI) của xoang thường ít được thực hiện hơn CT Scanner. Tuy nhiên, MRI thường có thể giúp phân biệt được dịch nhầy còn đọng lại trong xoang với khối u của nhu mô khác dựa trên những đặc điểm đậm độ tín hiệu, mà có thể không phân biệt được trên phim CT Scanner.

Xét nghiệm: xét nghiệm không thực sự có giá trị trong việc đánh giá viêm mũi xoang cấp tính. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm mũi xoang cấp tính cũng cần tiến hành một số xét nghiệm để đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch, HIV, bệnh tự miễn...

#### **3.2. Chẩn đoán phân biệt**

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

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

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

### **4.2. Điều trị cụ thể**

#### **4.2.1. Thuốc kháng sinh**

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

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

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

#### **4.2.2. Liệu pháp corticoid toàn thân, thuốc làm thông mũi và những liệu pháp điều trị khác**

Sử dụng corticoid toàn thân có hiệu quả chống viêm cao tuy nhiên chỉ sử dụng giới hạn và cần được kiểm soát cẩn thận.

Các thuốc làm thông mũi và tan nhầy theo đường toàn thân như là guaifenesin có thể giúp giảm các triệu chứng.

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

#### **4.2.3. Điều trị dị ứng**

Đối với bệnh nhân dễ bị dị ứng, kiểm soát dị ứng là cần thiết để ngăn chặn sự phát triển của viêm mũi, chính vì vậy có thể ngăn chặn quá trình phát triển thành viêm xoang.

#### **4.2.4. Phẫu thuật xoang**

Tối đa sau 4-6 tuần điều trị bằng thuốc kháng sinh phù hợp, corticoid tại chỗ và liệu pháp corticoid toàn thân không kết quả nên cân nhắc phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật có thể cần thiết nếu có những bằng chứng về tổn thương niêm mạc hoặc tắc phức hợp lỗ ngách (khi được xác định bằng CT Scanner hoặc khám nội soi) vẫn dai dẳng mặc dù đã điều trị liên tục.

## **5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

### **5.1. Tiên lượng**

Tiên lượng viêm xoang cấp tính là rất tốt, với ước tính khoảng 70% bệnh nhân mắc bệnh sẽ tự khỏi mà không được chữa trị. Kháng sinh đường uống có thể giảm thời gian

bệnh nhân có triệu chứng. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm xoang có thể gây ra một số biến chứng.

## 5.2. Biến chứng

### 5.2.1. Viêm nhiễm ở mắt

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

### 5.2.2. Viêm màng não

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

### 5.2.3. Áp xe ngoài màng cứng

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

### 5.2.4. Tắc tĩnh mạch xoang hang

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

### 5.2.5. Khối sưng phòng của Pott

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

## 6. PHÒNG BỆNH

- Có chế độ điều trị, nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý khi mắc cảm cúm.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất...).
- Quan tâm điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.
- Giải quyết các bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuộn giữa, quá phát mòm móc, bóng sàng).
- Nạo VA quá phát.
- Điều trị các khối u vòm mũi họng.
- Quan tâm, điều trị các bệnh toàn thân.

## 7. VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang mạn tính là viêm niêm mạc mũi xoang với các triệu chứng: đau nhức âm ỉ vùng mặt, ngạt mũi, giảm ngửi, ho, khịt khạc đờm, soi mũi thấy khe giữa, đôi khi cả khe trên có mủ. Người bệnh có thể bị sốt, kém tập trung, người mệt mỏi. Các triệu chứng này kéo dài trên 12 tuần.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang cấp không được điều trị đúng mức.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do các yếu tố môi trường (thuốc lá, ô nhiễm, chất kích thích,...).
- Do cấu trúc giải phẫu bất thường (Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,...).
- Do hội chứng trào ngược.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Chẩn đoán xác định:

#### 3.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Ngạt tắc mũi thường xuyên.
  - + Xì mũi hoặc khịt khạc mũi nhày hay mũi đặc thường xuyên.
  - + Đau nhức vùng mặt.
  - + Mất ngủ hoặc giảm ngủ.
  - + Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
  - + Dịch mũi nhày hoặc mũi đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.
  - + Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoá thành polyp.
  - + Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,...
- Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

#### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng.
  - + Hình mờ đều hoặc không đều các xoang.
  - + Vách ngăn giữa các xoang sàng không rõ.
  - + Hình ảnh dày niêm mạc xoang.
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
  - + Hình ảnh mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều.
  - + Dày niêm mạc các xoang, mức dịch trong xoang, polyp mũi xoang.
  - + Bệnh tích bít lấp vùng phức hợp lỗ ngách.
  - + Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh viêm mũi xoang dị ứng:
  - + Hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi và chảy nước mũi trong là chủ yếu.
  - + Không có mủ ở khe giữa hay khe trên.
  - + Cuốn mũi luôn phù nề, nhợt màu.
  - + Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte dương tính.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.
- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

### **4.2. Phác đồ điều trị**

- Điều trị nội khoa
- Điều trị ngoại khoa..

### **4.3. Điều trị cụ thể**

#### **4.3.1. Điều trị nội khoa**

- Điều trị toàn thân:
  - Thuốc kháng sinh: thường từ 2 đến 3 tuần.
  - Thuốc corticosteroid uống.
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
- Điều trị tại chỗ:

- Dùng thuốc co mạch.
- Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
- Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
- Thuốc corticosteroid dạng xịt.

#### **4.3.2. Điều trị phẫu thuật**

- Chỉ định:
  - Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa tối đa mà không kết quả.
  - Viêm mũi xoang mạn tính có cản trở dẫn lưu phức hợp lỗ ngách do dị hình giải phẫu như: lệch vẹo vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...
  - Viêm mũi xoang mạn tính có thoái hóa polyp mũi xoang.
- Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:
  - Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang tối thiểu.
  - Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng – hàm.
  - Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm - trán - bướm.

– Chăm sóc và điều trị sau mổ:

Điều trị toàn thân:

\*Thuốc kháng sinh: thường từ 1 đến 2 tuần

\*Thuốc corticosteroid uống

\*Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng

Điều trị tại chỗ

\*Rút merocel mũi sau 24 giờ.

\*Dùng thuốc co mạch

\*Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý. Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.

Thuốc corticosteroid dạng xịt.

## **5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

### **5.1. Tiên lượng**

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

### **5.2. Biến chứng**

– Biến chứng đường hô hấp:

+ Viêm tai giữa.

+ Viêm thanh quản.

+ Viêm giãn khí phế quản.

– Biến chứng mắt:

– Viêm phần trước ổ mắt.

– Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

– Biến chứng nội sọ:

+ Viêm màng não.

+ Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

+ Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não.

## **6. PHÒNG BỆNH**

– Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.

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

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

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

## 8. VIÊM HỌNG CẤP TÍNH

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng là viêm niêm mạc và tổ chức dưới niêm mạc ở họng. Nói đến viêm họng chủ yếu là nói đến viêm ở họng miệng.

Viêm họng cấp tính tức là viêm cấp tính của niêm mạc họng miệng kết hợp chủ yếu với viêm amidan (A) khẩu cái, một số ít trường hợp kết hợp với viêm amidan đáy lưỡi. Do đó, hiện nay người ta có xu hướng nhập lại thành viêm họng - viêm amidan cấp.

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

Trong viêm họng cấp, chúng ta nghiên cứu chủ yếu là viêm họng đỏ cấp thể thông thường do tính chất thường gặp của chúng.

### 2. NGUYÊN NHÂN

#### 2.1. Tác nhân

– Do virus là chủ yếu, chiếm 60-80%, gồm Adenovirus, virus cúm, virus parainfluenzae, virus Coxsackie, virus Herpès, virus Zona, EBV...

– Do vi khuẩn chiếm 20-40%, gồm liên cầu (tan huyết nhóm A, các nhóm B, C, G ít gặp), Haemophilus influenzae, tụ cầu vàng, Moraxella catarrhalis, vi khuẩn kỵ khí.

Các vi khuẩn Neiseria, phế cầu, Mycoplasme rất hiếm gặp.

#### 2.2. Nguyên nhân bệnh sinh của viêm họng:

Do thời tiết thay đổi, nhất là về mùa lạnh. Viêm họng đỏ cấp thường bắt đầu bằng sự nhiễm virus. Sau đó do độc tố của virus, cấu trúc giải phẫu của amidan và sức đề kháng của cơ thể đã gây nên sự bội nhiễm các tạp khuẩn khác, thường là các vi khuẩn hội sinh có sẵn trong họng như liên cầu, phế cầu và đặc biệt nguy hiểm là loại liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A.

Bệnh lây lan bằng nước bọt, nước mũi.

### 3. CHẨN ĐOÁN:

#### 3.1. Lâm sàng

Viêm họng cấp thường xảy ra đột ngột.

##### 3.1.1. Triệu chứng toàn thân

Sốt vừa 38 - 39°C hoặc sốt cao, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, kém ăn. Phản ứng hạch góc hàm di động, ấn đau.

##### 3.1.2. Triệu chứng cơ năng

– Đau họng nhất là khi nuốt, kể cả khi nuốt chất lỏng. Khi nuốt, ho, nói thì đau nhói lên tai.

– Có thể ho từng cơn, ho khan hoặc ho có đờm nhầy.

##### 3.1.3. Triệu chứng thực thể

– Toàn bộ niêm mạc họng đỏ, xuất tiết. Tổ chức bạch huyết ở thành sau họng đỏ mọng và có những mao mạch nổi rõ.

– Hai amidan khẩu cái cũng sưng to đỏ, có khi có những chấm mủ trắng hoặc lớp bọt trắng (như bọt cháo trắng) phủ trên bề mặt amidan.

– Trụ trước và trụ sau đỏ.

– Có hạch góc hàm sưng nhẹ và hơi đau.

### **3.2. Cận lâm sàng**

Xét nghiệm công thức máu: Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bội nhiễm thì bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

Phết dịch họng nuôi cấy vi khuẩn: để định loại được nguyên nhân gây bệnh.

### **3.3. Chẩn đoán xác định**

– Đột ngột biểu hiện sốt, đau mình mẩy.

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

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

– Khám hạch góc hàm di động ấn đau.

### **3.4. Phân loại bệnh**

– Viêm họng không đặc hiệu:

+ Viêm họng khu trú

+ Viêm họng đỏ thông thường

+ Viêm họng trắng thông thường.

+ Loét amidan.

+ Viêm tấy quanh amidan.

- Viêm họng toả lan:

+ Viêm họng tấy toả lan

+ Hoại thư họng

– Viêm họng đặc hiệu:

+ Viêm họng bạch hầu

+ Viêm họng Vanhăng (Vincent).

+ Viêm họng do hecpet (Herpès).

+ Viêm họng do zona.

+ Lao họng

+ Giang mai họng

+ Nấm họng

– Viêm họng do bệnh máu:

- + Viêm họng trong bệnh bạch cầu cấp (Leucose).
- + Viêm họng trong suy tuỷ, mất bạch cầu hạt.
- + Viêm họng trong bệnh tăng bạch cầu đơn nhân.

### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật đường ăn: đau nhói họng đột ngột trong khi ăn, soi họng thấy dị vật.
- Viêm niêm mạc miệng: niêm mạc miệng đỏ, có thể thấy vết trợt, loét ở bên má, lưỡi.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

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

- Kháng sinh nhóm beta lactam hoặc các nhóm khác.
- Điều trị triệu chứng: giảm viêm, giảm đau, hạ sốt.
- Điều trị tại chỗ: bôi họng, súc họng, khí dung họng.
- Xác định nguyên nhân để điều trị.

### 4.2. Điều trị cụ thể

#### 4.2.1. Điều trị toàn thân

- Hạ sốt, giảm đau: paracetamol, aspirin...
- Kháng sinh: amoxicilin, cephalexin, erythromycin, clarythromycin...
- Kháng viêm: alpha chymotrypcin, prednisolon 5mg

#### 4.2.2. Điều trị tại chỗ

- Xông họng: kháng sinh + giảm viêm
- Xúc họng: BBM ngày 3 - 4 lần.

#### 4.2.3. Nâng đỡ cơ thể

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

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

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

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

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

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

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

## 6. PHÒNG BỆNH

- Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm...
- Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Phòng hộ lao động tốt. Bỏ thuốc lá và rượu. Vệ sinh răng miệng tốt. Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em

## 9. VIÊM VA CẤP VÀ MẠN TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

V.A (Végétations Adénoïdes) là một tổ chức lympho nằm ở vòm họng, là một phần thuộc vòng bạch huyết Waldeyer, còn gọi là amidan Luschka. V.A phát triển mạnh ở lứa tuổi nhỏ và bắt đầu thoái triển từ 5-6 tuổi trở đi.

Viêm V.A cấp tính là viêm nhiễm cấp tính, xuất tiết hoặc có mủ ở amidan Lushka ngay từ nhỏ, cũng có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn (nhưng rất hiếm).

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

### 2. NGUYÊN NHÂN

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

### 3. CHẨN ĐOÁN.

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

##### 3.1.1. Lâm sàng.

##### 3.1.1.1 Viêm V.A cấp tính

– Toàn thân: ở trẻ sơ sinh, bắt đầu đột ngột, sốt cao 40C - 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 co thắt thanh quản, đau tai và có khi có phản ứng màng não nhưng diễn biến nhẹ hơn ở trẻ sơ sinh.

– Cơ năng: trẻ ngạt mũi, trẻ sơ sinh có thể ngạt mũi hoàn toàn phải thở bằng miệng, thở nhanh, nhịp không đều, bỏ ăn, bỏ bú. Trẻ lớn hơn không bị ngạt 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.

- 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 vòm phủ bởi lớp mủ 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 cạnh, có khi cả ở sau cơ ức - đòn - chũm, hơi đau, không có hiện tượng viêm quanh hạch.

Nội soi mũi sau hoặc 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.

### 3.1.1.2. Viêm V.A mạn tính

Triệu chứng viêm V.A xuất hiện từ 18 tháng đến 6 - 7 tuổi.

– 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.

– Cơ năng:

+ Ngạt tắc mũi: lúc đầu ngạt ít sau ngạt nhiều tăng dần. Trẻ thường xuyên há miệng 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.

– 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.

+ Nội soi mũi - vòm họng bằng Optic 2.7.00

+ 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 sẹo hoặc lõm vào, màu hồng do Sung huyết toàn bộ ở màng nhĩ hoặc góc sau trên.

+ Em bé có bộ mặt V.A (sùi vòm): da xanh, miệng há, răng vầu, răng mọc lệch, môi trên bị kéo xéch lên, môi dưới dài thông, hai mắt mở to, người ngậy ngô.

### 3.1.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường không có gì đặc biệt, trong viêm V.A cấp nếu do vi khuẩn xét nghiệm công thức máu sẽ có số lượng bạch cầu tăng cao.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

- V.A to ở trẻ khỏe mạnh: không có triệu chứng bệnh lý.
- Ngạt mũi do viêm xoang, bệnh lý vách ngăn: khám thực thể để loại trừ.
- Khối u, polyp cửa mũi sau: khám thực thể, sinh thiết để loại trừ.
- Áp xe thành sau họng: khối phòng thường nằm ở thấp dưới vòm họng.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

- Đối với viêm V.A cấp tính, chủ yếu điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.
- Đối với viêm V.A mạn tính chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật nạo V.A.

##### **4.2. Điều trị cụ thể.**

- Điều trị viêm V.A cấp tính:
  - + Điều trị như viêm mũi cấp tính thông thường bằng hút mũi, rửa mũi để bệnh nhân dễ thở và thuốc sát trùng nhẹ (ephedrin 1%, argyron 1%) dùng cho trẻ nhỏ.
  - + Khí dung mũi: corticoid và 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 nạo V.A "nóng" với điều kiện cho kháng sinh liều cao trước và sau khi điều trị, nhưng rất hiếm hữu.
- Điều trị viêm V.A mạn tính: nạo V.A hiện nay rất phổ biến, nhưng khi nào nạo và không nạo V.A cần phải thực hiện theo đúng chỉ định và chống chỉ định.
  - \* Chỉ định phẫu thuật:
    - 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 nạo V.A cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên, thời gian hợp lý nhất là từ 18-36 tháng tuổi.
  - \* Chống chỉ định phẫu thuật:
    - Chống chỉ định tuyệt đối: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.
    - Chống chỉ định tương đối:
      - + Khi đang có viêm V.A cấp tính.
      - + Khi đang có nhiễm virus cấp tính 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 nạo V.A:
  - + Nạo V.A là thủ thuật tương đối đơn giản, nhanh, có hiệu quả, được coi là biện pháp vừa điều trị (nạo bỏ hết tổ chức V.A), vừa phòng bệnh (tránh các biến chứng do V.A gây ra).
  - + Có thể nạo bằng thìa nạo La Force hoặc bằng thìa nạo La Moure (gây tê) hoặc bằng dao Hummer, Coblator, dao Plasma (gây mê, kết hợp nội soi mũi...).
  - + Cắt amidan kết hợp nạo V.A dưới gây mê nội khí quản bằng dao điện, Laser, Hummer...

## 5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- 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 Eustachi vào hòm nhĩ.
- Viêm đường tiêu hoá: đau bụng đi ngoài ra nhày, nước.
- Viêm hạch gây áp xe (như hạch Gillette): đó là áp xe thành sau họng trẻ nhỏ.
- 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 ỏng dẹt 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.

## 6. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao sức đề kháng của cháu bé bằng chế độ dinh dưỡng hợp lý, khoa học, sử dụng các thuốc bổ, thuốc tăng cường miễn dịch đối với các cháu có sức khỏe yếu, suy dinh dưỡng.
- Phòng tránh lây lan tốt trong các vụ dịch lây truyền theo đường hô hấp, vệ sinh mũi họng, răng miệng tốt.
- Giữ ấm khi thời tiết thay đổi.
- Khi có viêm nhiễm mũi họng, cần điều trị đúng và kịp thời.

## 10. VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản cấp tính (VTQ cấp) là tình trạng viêm niêm mạc của thanh quản kéo dài dưới 3 tuần. VTQ cấp có rất nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng cũng rất khác nhau, tùy theo nguyên nhân, và lứa tuổi bệnh được phân loại: VTQ cấp ở trẻ em,

VTQ cấp ở người lớn nhưng thường hay gặp ở trẻ em nhiều hơn.

### 2. NGUYÊN NHÂN

## 2.1. Tác nhân gây bệnh

- Virus thường gặp là: Influenzae (cúm), APC...
- Vi khuẩn: S.pneumoniae (phế cầu), Hemophilus influenzae
- Trực khuẩn bạch hầu ngày nay ít gặp.

## 2.2. Điều kiện thuận lợi

- Sau một viêm đường hô hấp: bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amidan, VA ở trẻ em.
- Bệnh đái tháo đường ở người lớn tuổi.
- Sử dụng giọng gắng sức: nói nhiều, hét, hát to...
- Sặc các chất kích thích: bia, rượu...
- Trào ngược họng, thanh quản.
- Dị ứng.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

– Triệu chứng toàn thân: phụ thuộc vào nguyên nhân và điều kiện gây bệnh, người bệnh có thể sốt hoặc chỉ gai sốt hoặc ớn lạnh, mệt mỏi ...

– Triệu chứng cơ năng: Thay đổi giọng nói: khàn tiếng, khóc khàn ở trẻ em, ho khan có thể có đờm nhày, ở người lớn không có khó thở, ở trẻ em có thể có khó thở thanh quản nhất là trong viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn.

– Triệu chứng thực thể:

Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amidan có thể sưng.

Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:

Niêm mạc phù nề, đỏ ở vùng thanh môn, tiền đình thanh quản.

Dây thanh sung huyết đỏ, phù nề, khép không kín khi phát âm, có xuất tiết nhày ở mép trước dây thanh.

### 3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu có thể bạch cầu tăng.
- Chụp X Quang tim phổi để loại trừ bệnh phế quản phổi kèm theo.

### 3.3. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử phơi nhiễm với các nguyên nhân.
- Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.
- Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

### 3.4. Phân loại thể lâm sàng

#### 3.4.1. Viêm thanh quản ở trẻ em

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Thể viêm tấy:

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

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

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

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

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

#### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

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

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

###### 4.1.1. Viêm thanh quản không có khó thở

- Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.
- Nội khoa: thuốc kháng sinh, giảm viêm, kháng histamin H1, tiêu đờm, giảm ho...
- Điều trị tại chỗ bằng các thuốc giảm viêm nhóm corticoid, men tiêu viêm, tinh dầu...
- Nâng cao sức đề kháng, bổ sung dinh dưỡng, điện giải.

###### 4.1.2. Viêm thanh quản có khó thở

- Khó thở thanh quản độ I: điều trị nội khoa.
- Khó thở thanh quản độ II: mở khí quản cấp cứu.
- Khó thở thanh quản độ III: mở khí quản cấp cứu kết hợp hồi sức tích cực.

##### **4.2. Điều trị cụ thể**

###### 4.2.1. Kháng sinh

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

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

###### 4.2.2. Kháng viêm

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

###### 4.2.3. Điều trị tại chỗ

– Khí dung, bơm thuốc thanh quản bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid (hydrocortison, dexamethason...), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin...), kháng sinh (gentamycin...).

- Súc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: BBM...

###### 4.2.4. Hạ sốt, giảm đau

Truyền dịch, paracetamol, aspirin...

###### 4.2.5. Nâng đỡ cơ thể

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

#### **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

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

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

## 6. PHÒNG BỆNH

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

## 11. VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm họng mạn tính là tình trạng viêm họng kéo dài, thể hiện dưới ba hình thức chính là: xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể lan toả hoặc khu trú. Thể điển hình của viêm họng mạn tính và viêm họng mạn tính toả lan, viêm họng mạn tính khu trú gồm có viêm VA mạn tính và viêm amidan mạn tính .

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính, đặc biệt là viêm xoang sau.
- Viêm amidan mạn tính.
- Hội chứng trào ngược.
- Tắc mũi mạn tính do vẹo vách ngăn, quá phát cuốn, polyp mũi.
- Do tiếp xúc với khói bụi, các chất kích thích như: hơi hoá học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...
- Cơ địa: dị ứng, tạng tân, tạng khớp...

### 3. CHẨN ĐOÁN:

#### 3.1. Lâm sàng:

##### 3.1.1. Triệu chứng toàn thân

Có thể rất nghèo nàn. Thường hay có những đợt tái phát viêm họng cấp khi bị lạnh, cảm mạo, cúm... thì lại xuất hiện sốt, mệt mỏi, đau rát họng.

##### 3.1.2. Triệu chứng cơ năng:

Điển hình nhất là viêm họng mạn tính toả lan. Cảm giác thường gặp nhất là khô họng, mất đau, ngứa và vướng họng. Những cảm giác này rõ nhất là buổi sáng lúc mới thức dậy. Bệnh nhân có ho khạc dai dẳng để làm long đờm.

Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường. Những bệnh nhân uống rượu, thuốc lá, hoặc nói nhiều thì triệu chứng trên tăng thêm. Nóng rát vùng ngực ở bệnh nhân có bệnh dạ dày, trào ngược dạ dày, thực quản.

##### 3.1.3. Triệu chứng thực thể

Tùy theo bệnh mà khám họng thấy có tổn thương khác nhau:

– Viêm họng xuất tiết: niêm mạc họng đỏ, có những hạt ở thành sau họng, tiết nhày dọc theo vách họng.

– Viêm họng mạn tính quá phát: niêm mạc họng đỏ bầm và dày lên. Thành sau họng có tổ chức bạch huyết phát triển mạnh làm cho niêm mạc họng gồ lên thành từng đám xơ hóa to nhỏ không đều, màu hồng hoặc đỏ. Tổ chức bạch huyết quá phát, có khi tập trung thành một dải gồ lên ở phía sau và dọc theo trụ sau của amidan trông như một trụ sau thứ hai, gọi là “trụ giả”. Loại này còn gọi là viêm họng hạt.

– Viêm họng teo: Sau giai đoạn quá phát sẽ chuyển sang thể teo. Các tuyến nhày và nang tổ chức tân xơ hoá. Hai trụ giả phía sau amidan mất đi. Các hạt ở thành sau cũng biến mất. Màng hầu và lưỡi gà cũng mỏng đi. Niêm mạc trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ. Eo họng giãn rộng, ít tiết nhày và họng trở nên khô.

### **3.2. Cận lâm sàng**

- Huyết học: xét nghiệm công thức máu, máu lắng.
- Xquang: phổi thẳng, Blondeau, Hirtz...
- Xác định hội chứng trào ngược: nội soi thực quản dạ dày...

### **3.3. Chẩn đoán xác định**

- Rối loạn cảm giác: ngứa, rát, họng.
- Khám họng niêm mạc dày, xuất tiết, có hạt, hoặc niêm mạc teo.

### **3.4. Phân loại**

- Viêm họng quá phát
- Viêm họng xơ teo
- Viêm họng do các bệnh khác: mũi xoang, hội chứng trào ngược, bệnh phổi...

### **3.5. Chẩn đoán phân biệt**

– Loạn cảm họng: bệnh nhân cảm giác nuốt vướng, lập lờ, nghẹn nghẹn mơ hồ không rõ vị trí, hoặc lúc thì ở vùng này, lúc thì vùng khác. Cảm giác đó xuất hiện khi nuốt nước bọt, nhưng khi nuốt thức ăn thì không vướng. Khám miệng và họng không thấy dấu hiệu bệnh lý.

## **4. ĐIỀU TRỊ:**

### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

Chủ yếu là điều trị tại chỗ và điều trị triệu chứng, kết hợp điều trị các nguyên nhân bệnh lý toàn thân khi nghĩ tới.

### **4.2. Điều trị cụ thể**

#### **4.2.1. Điều trị nguyên nhân**

- Điều trị viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan, viêm VA.
- Điều trị hội chứng trào ngược: thuốc kháng H<sup>+</sup>: omeprazol, lansoprazol..., thuốc kháng H<sub>2</sub>: cimetidin, ranitidin..., kháng dopamin: domperidon...
- Giảm bớt các kích thích như: hút thuốc lá, uống rượu.

- Tổ chức phòng hộ lao động tốt, đeo khẩu trang đảm bảo khi lao động.

#### 4.2.2. Điều trị tại chỗ

– Thể viêm họng xuất tiết: bôi, súc họng các thuốc làm se niêm mạc, kiềm tính, giảm viêm giảm đau: glycerine iod, SMC...

– Thể viêm họng teo: bôi họng, súc họng bằng các thuốc (loại có iod loãng, thuốc dầu), hoặc bằng nước khoáng.

- Khí dung họng: các dung dịch giảm viêm.

– Nhỏ mũi, rửa mũi: bằng nước muối sinh lý, nước biển sâu...

#### 4.2.3. Điều trị triệu chứng

– Thuốc làm lỏng chất nhầy như: bromhexin, acetylcystein...

– Thuốc kháng viêm: alphachymotrypsin, lysozym...

– Thuốc chống dị ứng: các thuốc kháng histamin như cetirizin, chlorapheniramin...

– Thuốc giảm ho: thảo dược

#### 4.2.4. Điều trị toàn thân

– Thay đổi thể trạng: Điều trị thay đổi lối sống, môi trường sinh hoạt, làm việc nếu có thể.

- Uống vitamin C, A, D.

### 5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng viêm họng mạn tính điều trị dai dẳng, dễ tái phát nếu không loại bỏ được nguyên nhân.

### 6. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch.
- Phòng hộ lao động tốt.
- Bỏ thuốc lá và rượu.
- Vệ sinh răng miệng tốt.
- Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em.
- Điều trị triệt để các bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm amidan,...

## 12. VIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi họng cấp tính là viêm cấp tính niêm mạc vùng mũi và họng, thường kết hợp với viêm amidan, VA,... thuộc vòng bạch huyết Waldeyer khi bệnh nhân còn các tổ chức lympho này. Đây là một bệnh lý cấp tính hay gặp trong chuyên khoa tai mũi họng, có thể xuất hiện đơn thuần hoặc là biểu hiện viêm long đường hô hấp trên trong giai đoạn đầu của nhiều bệnh nhiễm trùng lây.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi họng cấp tính thường gặp vào mùa lạnh, khi thời tiết thay đổi, khởi đầu là một viêm nhiễm virus, dưới tác dụng của độc tố sức đề kháng giảm sút, là điều kiện cho bội nhiễm vi trùng, thường là vi trùng nằm vùng có sẵn trong mũi họng như liên cầu, phế cầu đặc biệt là liên cầu bê-ta tan huyết nhóm A, có thể lây lan trong cộng đồng từ nước bọt, nước mũi do khi nói, khi ho hay hắt hơi...

### **2.1. Viêm mũi họng đỏ cấp đơn thuần hay kết hợp có bọt trắng**

Có thể do vi khuẩn hoặc virus.

2.1.1. Do vi khuẩn: Chiếm 20-40% tổng số viêm mũi họng gồm:

- Liên cầu bê- ta tan huyết nhóm A,B,C,G
- Haemophilus influenzae
- Tụ cầu vàng
- Moraxella catarrhalis
- Các vi khuẩn kỵ khí

2.1.2. Do virus: Chiếm 60-80% gồm:

- Adénovirus
- Virus cúm
- Virus para - influenzae
- Virus Coxsackie nhóm A hoặc B trong đó nhóm A gây viêm họng có bóng nước Herpanginne.
- Virus Herpes gây viêm họng có bóng nước nhưng gây viêm miệng nhiều hơn ở họng.
- Virus Zona gây viêm họng có bóng nước Zona.
- Epstein Barr Virus (E.B.V) gây bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn và gây viêm mũi họng cấp tính.

### **2.2. Viêm mũi họng loét**

- Chỉ xảy ra ở khoảng 5%.
- Thường bị một bên như viêm họng cấp Vincent, sãng giang mai, bị cả hai bên như viêm họng do các bệnh về máu như bệnh bạch cầu cấp, bệnh mất bạch cầu hạt, viêm họng có giả mạc như viêm họng bạch hầu...

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Chẩn đoán xác định**

3.1.1. Lâm sàng

Bệnh thường xảy ra đột ngột với các triệu chứng toàn thân, cơ năng và thực thể như sau:

- Triệu chứng toàn thân: có thể chỉ sốt vừa 380C -390C nhưng cũng có khi sốt cao 40 độ C ở trẻ em, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, chán ăn, không làm việc được...

– Triệu chứng cơ năng: nuốt đau, đau nhói lan lên tai, ho kích thích, lúc đầu ho khan, sau ho có đờm, thường có ngạt mũi, chảy mũi nước, lúc đầu trong nhầy, sau đục. Tiếng nói mất trong hay khàn nhẹ...

– Triệu chứng thực thể: niêm mạc họng đỏ rực, xuất tiết, trẻ em, hay bệnh nhân trẻ tuổi hai amidan sưng to, sung huyết, hay có những chấm mủ trắng, bọt trắng phủ trên bề mặt amidan. Niêm mạc mũi sung huyết, xuất tiết nhầy, có thể có sung hạch góc hàm, ấn đau nhẹ...

### 3.1.2. Cận lâm sàng

Thông thường viêm mũi họng cấp không cần xét nghiệm cận lâm sàng vì chỉ cần dựa vào triệu chứng toàn thân, cơ năng và đặc biệt khám thực thể vùng mũi họng là đủ, nhưng nếu viêm mũi họng có xu hướng nặng kéo dài dễ gây biến chứng thì phải xét nghiệm vi trùng làm kháng sinh đồ thì điều trị có hiệu quả hơn. Đặc biệt nếu nghi các bệnh lây nhiễm nguy hiểm thì bắt buộc phải xét nghiệm để phòng dịch như bạch hầu, lao, giang mai,... các xét nghiệm cơ bản khác cũng có thể làm để tham khảo như công thức bạch cầu, nếu số lượng giảm và nhiều lympho thì có thể nhiễm virus, số lượng tăng chủ yếu đa nhân trung tính trong nhiễm vi trùng hay giai đoạn bội nhiễm của nhiễm virus. Làm phản ứng ASLO tìm kháng thể trong nhiễm liên cầu bê-ta.

## 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần xác định nguyên nhân chính gây nên viêm mũi họng ở một số trường hợp như dị vật mũi gây viêm mũi cấp thường chỉ điều trị một bên, viêm mũi họng trong giai đoạn đầu một số bệnh nhiễm trùng lây như sởi, thủy đậu, cảm cúm... Lúc này điều trị bệnh chính gây ra là quan trọng chứ không chỉ triệu chứng về mũi họng...

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất rằng tất cả mọi viêm mũi họng do cấp, có chấm mủ trắng hay bọt trắng trên bề mặt amidan đều phải điều trị như viêm mũi họng do cấp do liên cầu khi chưa có xét nghiệm phân loại vi khuẩn hay virus. Đó là điều trị kháng sinh, hạ sốt, kháng viêm, giảm đau, sát trùng họng và nhỏ mũi sát khuẩn, co mạch, chống dị ứng...

### 4.2. Sơ đồ / Phác đồ điều trị

Dù chưa có xét nghiệm vi trùng, virus, kháng sinh đồ, kháng virus đồ thì chúng ta cũng phải điều trị kháng sinh ngay cho kịp thời, khi có kết quả xét nghiệm (thường sau 3,4 ngày) ta lại điều chỉnh phù hợp kháng sinh đồ

- Kháng sinh.
- Hạ sốt giảm đau.
- Giảm viêm.
- Điều trị kháng sinh theo đúng kháng sinh đồ.
- Chế độ ăn uống và sinh tố nâng cao thể trạng.

### 4.3. Điều trị cụ thể

#### 4.3.1. Kháng sinh

- Peniciline V uống 50-100 UI/kg cho trẻ, 3 triệu UI cho người lớn, chia 3 lần trong ngày kéo dài trong 10 ngày.
- Peniciline chậm loại Benzathin-Peniciline G liều 600.000UI cho trẻ < 30kg 1,2 triệu UI cho trẻ > 30kg và 2,4 triệu UI cho người lớn.
- Cephalosporine thế hệ 1, hoặc Peniciline A (Amoxicilline) trong 10 ngày.
- Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Peniciline thì có thể thay thế nhóm Macrolide như Rulide, Zithromax, Dynabac, hay Josacine trong 5-7 ngày.
- Tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả xét nghiệm sớm, phải thay đổi thuốc kịp thời.

#### 4.3.2. Hạ sốt, giảm đau, kháng viêm

– Paracetamol, Anphachymotrypsine, Aspirine... cho liều phù hợp với trẻ em và người lớn, uống sau ăn, lưu ý hỏi tiền sử viêm dạ dày tá tràng để chống chỉ định vì hầu như tất cả các thuốc giảm đau hạ sốt đều có nguy cơ chảy máu dạ dày và hệ thống đường tiêu hóa.

#### 4.3.3. Chế độ dinh dưỡng, sinh tố

– Chế độ dinh dưỡng tốt, nhiều chất, dễ tiêu hóa, giàu năng lượng, đặc biệt cung cấp các loại trái cây, nhiều vitamine C, B1.

### 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

#### 5.1. Diễn biến, tiên lượng

- Nếu viêm mũi họng do virus thì chỉ sau 3-5 ngày là tự khỏi, các triệu chứng giảm dần rồi hết.
- Nếu viêm mũi họng do virus bị bội nhiễm đặc biệt bội nhiễm liên cầu bệnh sẽ kéo dài hơn, cần điều trị kháng sinh có hệ thống nếu không dễ bị biến chứng...

#### 5.2. Biến chứng

- Biến chứng tại chỗ: viêm tấy, áp xe quanh amidan, áp xe thành sau, thành bên họng, biến chứng viêm mũi xoang cấp, viêm tấy hoại thư vùng cổ họng ít gặp, nhưng nếu gặp thì tiên lượng rất nặng.
- Biến chứng gần: viêm thanh khí phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp, viêm xoang cấp.
- Biến chứng xa: viêm cầu thận, viêm khớp, viêm màng tim, choáng nhiễm độc liên cầu, hoặc có thể nhiễm trùng máu...

### 6. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao mức sống để tăng sức đề kháng cơ thể, sống trong môi trường trong sạch, không ô nhiễm...
- Phòng hộ lao động tốt, chống bụi, chống nóng, bỏ thuốc lá, bỏ rượu, vệ sinh răng miệng tốt, tiêm chủng mở rộng triệt để cho trẻ em, điều trị tích cực các bệnh mũi xoang, viêm họng, viêm amidan, VA bệnh nhân đang mắc mạn tính...
- Điều trị viêm mũi họng cấp tính đúng quy cách tránh biến chứng xảy ra...

## 13. VIÊM TÚI LỆ

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm túi lệ là một bệnh lý thường gặp trong nhãn khoa, là tình trạng viêm mạn tính hoặc cấp tính tại túi lệ. Bệnh thường xảy ra thứ phát sau tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải.

### 2. NGUYÊN NHÂN

– Là hậu quả của tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc tắc ống lệ mũi mắc phải.

– Tác nhân vi sinh vật thường gặp gây viêm túi lệ khá đa dạng. Các vi sinh vật có thể gây viêm túi lệ bao gồm vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus pneumoniae*; vi khuẩn gram âm như: *Pseudomonas aeruginosa*, *Hemophilus influenza*, *Proteus*, kể cả vi khuẩn kỵ khí như *Propionibacterium acnes*.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng:

Viêm túi lệ biểu hiện ở hình thái mạn tính hoặc có những đợt viêm cấp tính.

– Viêm túi lệ mạn tính:

+ Chảy nước mắt thường xuyên, có thể kèm chảy mủ nhày.

+ Dính mi mắt do các chất tiết nhày.

+ Vùng túi lệ có khối nề, căng, ấn vào có mủ nhày trào ra ở góc trong mắt.

+ Viêm kết mạc góc trong.

+ Bơm lệ đạo: nước trào qua lỗ lệ đối diện có nhày mủ kèm theo.

– Viêm túi lệ cấp tính:

+ Có tiền sử chảy nước mắt, hoặc chảy nước mắt kèm nhày mủ.

+ Đau nhức vùng túi lệ, có thể đau tăng lên khi liếc mắt vì phản ứng viêm có thể tác động đến cơ chéo dưới. Đau có thể lan ra nửa đầu cùng bên, đau tai hoặc đau răng.

+ Vùng túi lệ sưng, nóng, đỏ.

+ Túi lệ giãn rộng, lan ra phía dưới ngoài hoặc một phần ở phía trên.

+ Nếu quá trình nhiễm trùng nặng hơn, gây áp xe túi lệ.

+ Giai đoạn muộn hơn, có thể gây dò mủ ra ngoài da. Mủ nhày thoát từ túi lệ ra ngoài qua lỗ dò này.

+ Toàn thân: mệt mỏi, sốt, đặc biệt các triệu chứng toàn thân thể hiện rõ hơn ở người già. Có thể có hạch trước tai.

#### b. Cận lâm sàng

– Viêm túi lệ có thể được chẩn đoán dễ dàng dựa vào các triệu chứng lâm sàng mà không cần đến các xét nghiệm chẩn đoán khác. Tuy nhiên trong một số trường hợp, chụp phim cắt lớp vùng túi lệ và hốc mắt sẽ cho thấy rõ hình ảnh túi lệ bị viêm hay u túi lệ.

– Xét nghiệm vi sinh vật: xác định loại vi sinh vật gây viêm túi lệ bằng xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy mũ nhày từ túi lệ.

### **c. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán xác định căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng:

– Viêm túi lệ mãn: chảy nước mắt tự nhiên liên tục, bơm lệ quản có nhày mũ trào ra ở điểm lệ đối diện.

– Viêm túi lệ cấp: trước đó thường xuyên chảy nước mắt. Vùng túi lệ sưng nóng đỏ, đau nhức, có thể có dò mũ túi lệ.

### **d. Chẩn đoán phân biệt:**

– Viêm kết mạc mạn tính: mắt đỏ, kết mạc cương tụ nhẹ. Bệnh nhân có thể chảy nước mắt. Bơm lệ đạo nước thoát tốt xuống miệng.

– U túi lệ: bệnh nhân có khối u vùng góc trong mắt, có thể gây chảy nước mắt nếu u chổng chỗ nhiều, gây tắc lệ đạo. U có mật độ chắc, ấn vài khối u không thay đổi và không có mũ nhày trào ra ở lỗ lệ. Khi bơm lệ đạo nước thoát tốt hoặc nước trào ngược và không có nhày mũ. Chụp cắt lớp sẽ phân biệt được rõ u và viêm túi lệ.

– U vùng túi lệ: u ở vùng túi lệ có thể gây chèn ép vào túi lệ, gây chảy nước mắt. U có mật độ chắc, ấn vào khối u không thay đổi về kích thước. Bơm lệ đạo nước thoát xuống miệng hoặc trào ngược nhưng không có nhày mũ.

– Áp xe vùng túi lệ: bệnh nhân không có tiền sử chảy nước mắt. Bơm lệ đạo nước có thể thoát xuống miệng, không có tắc lệ đạo. Tuy nhiên rất khó phân biệt giữa viêm túi lệ cấp và áp xe vùng túi lệ ở giai đoạn viêm cấp tính. Chẩn phân biệt dựa vào bơm lệ đạo sau khi qua giai đoạn viêm cấp. Sau khi điều trị bằng kháng sinh, hết viêm cấp, bơm lệ đạo nước thoát, không có tắc lệ đạo và viêm túi lệ mãn tính.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

– Điều trị nội khoa được áp dụng cho các trường hợp viêm túi lệ cấp để giải quyết tình trạng nhiễm trùng cấp tính. Sau khi hết viêm cấp tính, bệnh nhân cần được điều trị phẫu thuật để loại trừ ổ viêm mãn tính tại túi lệ.

– Viêm túi lệ cần được điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi để giải phóng tình trạng tắc nghẽn và viêm mãn tính tại túi lệ. Nếu không mổ nối thông túi lệ mũi được, bệnh nhân cần được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi lệ.

### **b. Điều trị cụ thể**

– Viêm túi lệ mạn tính

+ Thông lệ đạo: được chỉ định cho các trường hợp viêm túi lệ do tắc lệ đạo bẩm sinh. Thông lệ đạo làm giải phóng chỗ tắc ở ống lệ mũi, phục hồi lưu thông nước mắt. Nhờ vậy, không còn ứ đọng dịch viêm trong lòng túi lệ, hết viêm túi lệ.

+ Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi: phẫu thuật nhằm tạo ra một đường thông mới từ túi lệ sang vách mũi giữa. Có thể tạo đường thông này bằng phẫu thuật qua đường rạch da hoặc qua đường mũi, kết hợp với đặt ống silicon qua lệ quản xuống mũi.

+ Nếu không phẫu thuật nối thông túi lệ-mũi được, hoặc mổ nối thông túi lệ mũi thất bại, cần mổ cắt bỏ túi lệ để loại trừ ổ viêm và tránh các biến chứng như viêm túi lệ cấp hoặc nhiễm trùng tại bề mặt nhãn cầu.

– Viêm túi lệ cấp tính Điều trị viêm túi lệ cấp được chia làm 2 giai đoạn: điều trị viêm cấp tính và điều trị dự phòng tái phát, bao gồm cả việc điều trị nguyên nhân. Điều trị viêm túi lệ cấp tính:

+ Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc uống tùy theo mức độ nặng nhẹ của viêm túi lệ. Nên dùng các kháng sinh có phổ rộng. Có thể phối hợp kháng sinh. Sau khi tìm được tác nhân gây bệnh, nên dùng kháng sinh theo kết quả kết quả kháng sinh đồ.

• Kháng sinh toàn thân: có thể dùng các kháng sinh phổ rộng theo đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch tùy theo mức độ viêm cấp.

Cefuroxime: liều 250 – 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

Kháng sinh nhóm quinolon: Ciprofloxacin: liều 250 – 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.

• Kháng sinh nhỏ mắt: có thể dung

Levofloxacin: nhỏ mắt 4 – 6 lần/ngày x 1 -2 tuần. 25

Moxifloxacin: nhỏ mắt 4 – 6 lần/ngày x 1 – 2 tuần.

+ Giảm phù nề: dùng các thuốc giảm phù nề Alphachymotrypsin: uống 4 – 8mg/ngày x 1 – 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

+ Giảm đau: dùng thuốc giảm đau nếu có đau nhức nhiều. Paracetamol: uống 10mg/kg x 2 – 3 lần/ngày.

+ Chích rạch áp xe : tháo bớt mủ ở ổ áp xe giúp cho bệnh nhân đỡ đau và lấy bệnh phẩm để nuôi cấy tìm tác nhân gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Có thể hút mủ qua đường lệ quản hoặc rạch trực tiếp vào túi lệ qua đường rạch ở da. Điều trị dự phòng tái phát: điều trị nội khoa sẽ làm viêm túi lệ cấp ổn định rồi chuyển sang giai đoạn viêm túi lệ mãn tính trong vòng 1 -2 tuần. Để tránh viêm túi lệ cấp tái phát, bệnh nhân cần được tiếp tục điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu không được điều trị, viêm túi lệ mãn gây viêm kết mạc, viêm giác mạc. Viêm túi lệ mãn có các đợt viêm cấp, gây áp xe túi lệ thậm chí gây viêm tổ chức hốc mắt. Viêm túi lệ cấp có thể gây dò mủ ra ngoài da, viêm mi, hốc mắt. Nhìn chung các trường hợp viêm túi lệ mạn đều có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi. Tỷ lệ khỏi bệnh sau phẫu thuật từ 85% - 95% tùy theo từng nghiên cứu. Các trường hợp điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi thất bại, có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng phẫu thuật cắt túi lệ. Tuy nhiên, sau cắt túi lệ, bệnh nhân hết viêm túi lệ nhưng vẫn bị chảy nước mắt vì không phục hồi được chức năng lệ đạo.

## 6. PHÒNG BỆNH

Điều trị sớm các trường hợp tắc ống lệ mũi là biện pháp có hiệu quả để phòng viêm túi lệ mãn. Các trường hợp viêm túi lệ mãn được điều trị sớm thì sẽ tránh được biến chứng viêm túi lệ cấp.

## **14. KHÔ MẮT DO THIẾU VITAMIN A**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh khô mắt do thiếu vitamin A là biểu hiện sớm và đặc hiệu ở mắt của một bệnh toàn thân do thiếu Vitamin A gây ra bao gồm những tổn thương trên kết mạc, giác mạc và võng mạc. Những biến đổi ở mắt do thiếu vitamin A, bao gồm nhiều mức độ: khô kết mạc biểu hiện tình trạng thiếu vitamin A nhẹ, khô giác mạc thường để chỉ thiếu vitamin A ở mức độ nặng hơn. Khô nhuyễn giác mạc là hình thái trầm trọng nhất ở mắt, làm tiêu giác mạc và thường dẫn đến mù loà vĩnh viễn. Những trẻ em bị khô mắt còn có những bệnh toàn thân kèm theo như ỉa chảy, các bệnh đường hô hấp (viêm phổi), và bệnh sỏi.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Do thiếu vitamin A, là loại vitamin cần thiết cho sự phát triển, sức khỏe, và chức năng bình thường của các mô bề mặt, như biểu mô của da và niêm mạc, và các mô của mắt, đặc biệt là kết mạc, giác mạc và võng mạc. Những đối tượng có nguy cơ cao của thiếu vitamin A:

- Những trẻ em không được nuôi bằng sữa mẹ hoặc cai sữa sớm, con của những bà mẹ thiếu vitamin A dự trữ trong thời kỳ mang thai hoặc những đứa trẻ có cân nặng sau sinh thấp.

- Những trẻ < 5 tuổi bị suy dinh dưỡng đặc biệt là suy dinh dưỡng nặng. Những trẻ bị mắc bệnh nhiễm trùng như sỏi, ỉa chảy, nhất là trẻ bị ỉa chảy kéo dài trên 14 ngày. Những trẻ có chế độ ăn nghèo vitamin A và caroten, trẻ không được ăn dầu mỡ...

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Những biểu hiện sớm và đặc hiệu của bệnh khô mắt gần như theo một trình tự: + Quáng gà (XN): đứa trẻ nhìn kém vào lúc có ánh sáng yếu (chập tối). Đây là dấu hiệu quan trọng cần được phát hiện sớm, trẻ sẽ trở lại bình thường khi dùng vitamin A liều điều trị trong 1 - 2 ngày.

- + Khô kết mạc (X1A): kết mạc bình thường sáng, trắng bóng, luôn được phủ một lớp rất mỏng nước mắt. Khi kết mạc khô, có những mảng mắt bóng, sù sì, không có nước mắt. Cũng có trường hợp kết mạc khô tạo thành những nếp nhăn. Dấu hiệu khô kết mạc là dấu hiệu khó phát hiện. Nếu phát hiện được điều trị bằng vitamin A liều cao sau 2 tuần sẽ hết.

- + Vệt Bitot (X1B): là đám tế bào biểu mô tăng sừng hoá của kết mạc tạo thành mảng nổi lên thường có màu trắng sáng hoặc vàng nhạt. Vệt Bitot thường có hình ovan hoặc hình tam giác, ở vị trí kết mạc góc mũi hoặc thái dương và đáy bám theo rìa giác mạc, đỉnh quay về phía mũi hoặc thái dương. Vệt Bitot đôi khi không mất đi sau điều trị bằng vitamin A liều cao nhưng nó không ảnh hưởng tới thị lực.

- + Khô giác mạc (X2): bề mặt của giác mạc có những chấm mờ đục hoặc chấm trắng. Khi có dấu hiệu này giác mạc thường kèm theo những phản ứng chói sợ ánh sáng. Khô

mắt tiến triển nhanh tuy nhiên có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng vitamin A liều cao trong 1 - 2 tuần.

+ Loét nhuyễn giác mạc (X3A, X3B): khi khô giác mạc không được điều trị sớm và đầy đủ sẽ tiến triển dẫn đến tổn thương biểu mô giác mạc, tạo lên những ổ loét. Lúc này đưa trẻ rất chói, sợ ánh sáng, mắt luôn nhắm nghiền. Triệu chứng này có thể điều trị khỏi bằng vitamin A liều cao nhưng thường để lại sẹo giác mạc.

– Nhuyễn giác mạc là giai đoạn nặng tiếp theo của khô giác mạc hoặc loét giác mạc không được điều trị kịp thời. Giác mạc bị phủ một lớp trắng đục, toàn bộ giác mạc bị mềm nhũn, hoại tử dẫn đến thủng và phôi mống mắt..

+ Sẹo giác mạc (XS): sẹo giác mạc có màu trắng đục. Có thể dính mống mắt hoặc giãn lồi, gây tăng biến dạng giác mạc và tăng nhãn áp.

+ Tổn hại võng mạc do khô mắt.

### **b. Cận lâm sàng**

- Định lượng Vitamin A trong huyết thanh
- Tế bào học: Áp kết mạc tìm tế bào hình đài
- Đo ngưỡng thích nghi sáng tối
- Điện võng mạc giảm sút

### **c. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng như quáng gà, khô kết mạc, vết Bitot, khô giác mạc, nhuyễn giác mạc ở trẻ suy dinh dưỡng với các bệnh toàn thân kèm theo như tiêu chảy, viêm phổi, sỏi. Các dấu hiệu cận lâm sàng như giảm lượng vitamin A trong huyết thanh...

### **d. Chẩn đoán phân biệt**

- Các viêm kết giác mạc do các nguyên nhân khác
- Các hội chứng khô mắt khác : hội chứng Stevens- Johnson, Sojgren...
- Các bệnh lí đáy mắt khác gây quáng gà

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

- Bổ xung vitamin A
- Điều trị bệnh toàn thân kèm theo: tiêu chảy, sỏi, viêm đường hô hấp.
- Chống nhiễm trùng
- Điều trị tổn thương tại mắt như loét chống dính
- Điều trị các di chứng tại mắt như sẹo giác mạc
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

### **b. Điều trị cụ thể**

- Vitamin A :

+ Ngay sau khi chẩn đoán: uống vitamin A 200.000 đv x 1 viên (sử dụng 1/2 liều với trẻ dưới 1 tuổi).

+ Ngày hôm sau: 200.000 đv vitamin A uống.

+ Hai tuần sau: 200.000 đv vitamin A uống.

+ Nếu nôn kéo dài hoặc ỉa chảy nhiều, có thể thay thế liều đầu tiên bằng tiêm bắp 100.000 đv vitamin A tan trong nước.

– Chống dính: Tra Atropin 0,5% 2 lần/ngày

– Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân

– Tra nước mắt nhân tạo 1 giờ 1 lần.

– Nếu có nhiễm trùng tại mắt điều trị đặc hiệu chống các tác nhân vi khuẩn hoặc vi rút.

– Kết hợp với chuyên khoa nhi để điều trị các bệnh toàn thân và tăng cường dinh dưỡng cho trẻ.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **a. Tiến triển**

– Bệnh có thể khỏi nếu được điều trị kịp thời ở giai đoạn XN đến X2

– Bệnh tiến triển tuần tự theo giai đoạn nhưng có một số trường hợp tiến triển rất nhanh như trên bệnh nhân bị sỏi

### **b. Biến chứng**

– Sẹo giác mạc

– Thủng giác mạc

– Viêm mủ nội nhãn

– Teo nhãn cầu

## **6. PHÒNG BỆNH**

– Chế độ ăn đầy đủ cho trẻ (bú mẹ, vitamin A, protein)

– Bổ xung vitamin A định kì theo lứa tuổi – Tiêm chủng mở rộng

– Điều trị sớm và tích cực các bệnh toàn thân

– Phòng chống suy dinh dưỡng.

## **15. BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bọng mắt do hoá chất là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, bọng có thể bị ở một mắt hoặc bị cả hai mắt và có thể bọng rất nặng. Tổn thương cả mi cũng như kết giác mạc và tổ chức nội nhãn, điều trị gặp nhiều khó khăn. Tiên lượng dè dặt có thể gây mù không hồi phục. Thái độ xử trí ban đầu giúp nhiều đến tiên lượng của bệnh.

## 2. NGUYÊN NHÂN

– Bỏng do axit gồm các loại như axit vô cơ (axit sunfuric, axit Clohydric) hay axit hữu cơ.

– Bỏng do bazơ như bỏng vôi, bỏng kiềm.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### a. Lâm sàng

– Cơ năng:

+ Đau rát mắt, kích thích dữ dội, khó mở mắt, chảy nước mắt dần dụa.

+ Nhìn mờ hoặc không nhìn thấy gì.

– Thực thể:

+ Mi mắt bỏng các mức độ, đặc biệt bờ mi, có thể điểm lệ cũng bị tổn thương.

+ Kết mạc có thể gặp: cương tụ, phù kết mạc, chấm xuất huyết xung quanh rìa, xuất huyết dưới kết mạc, thiếu máu kết mạc test Amler (+).

+ Giác mạc có thể mờ đục nhẹ, có thể xước biểu mô giác mạc hay nặng hơn là giác mạc mờ đục thậm chí đục trắng sứ, nên không thấy mống mắt, thể thủy tinh.

+ Có phản ứng với màng bồ đào: Tyndal (+), dính mống mắt, có thể tăng nhãn áp.

+ Đo độ Ph xác định tính chất bỏng là axit hay bỏng kiềm.

– Triệu chứng toàn thân

+ Mệt mỏi, lo lắng, hoảng hốt

+ Nếu bỏng nặng, có diện tích bỏng rộng có thể gây sốc.

### b. Cận lâm sàng

– Siêu âm: xác định các tổn thương phối hợp.

– XQ: xác định những tổn thương phối hợp như dị vật nội nhãn trong nổ (Ví dụ như nổ bình ắc-quy).

– Đo pH

### c. Phân loại bỏng:

Theo phân loại của Poliak (1957): Bỏng được chia làm 4 độ.

Độ	Biểu hiện ở mi	Biểu hiện ở kết mạc và củng mạc	Biểu hiện ở giác mạc
<b>I</b>	Cương tụ da	Cương tụ kết mạc	Chợt biểu mô nông
<b>II</b>	Bọng nước	Màng giả (thiếu máu kết mạc)	Đục nông, vẫn thấy rõ hình ảnh mống mắt
<b>III</b>	Hoại tử da	Hoại tử kết mạc một phần	Đục sâu không hoàn toàn (như kính mờ)

<b>IV</b>	Hoại tử dưới da và sụn	Hoại tử kết mạc và củng mạc	Đục sâu hoàn toàn (màu trắng sứ)
-----------	------------------------	-----------------------------	----------------------------------

**d. Chẩn đoán xác định**

- Dựa vào hỏi bệnh
- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng như đau nhức, nhìn mờ, bóng mi, bóng kết mạc ở các mức độ, bóng giác mạc ở các mức độ.
- Đo pH
- Cận lâm sàng như siêu âm và X quang tìm các tổn thương phối hợp.

**e. Chẩn đoán phân biệt**

Phân biệt giữa bóng axit hay bóng bazơ.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**a. Nguyên tắc chung:**

- Loại trừ chất gây bỏng
- Chống đau.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Chống dính.
- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Điều trị biến chứng, di chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

**b. Điều trị cụ thể**

- Rửa mắt, rửa nhiều nước, nhiều lần, mỗi lần rửa ít nhất 15' - 30'. Dung dịch để rửa mắt là nước muối sinh lý, dung dịch Ringer hoặc nước sạch sẵn có tại nơi xảy ra tai nạn. Tốt nhất là truyền nhỏ giọt liên tục Ringer. Mục đích rửa mắt làm loãng chất gây bỏng và giảm độc tố chất gây bỏng.

- Lấy hết dị vật nếu có, kiểm tra kỹ ở các túi củng, đặc biệt với bóng vôi phải lấy hết vôi. Vì vậy phải bóc lột củng đồ rộng bằng hai vành mi, lấy dị vật bằng panh.

- Chú ý: trường hợp bỏng vôi sống, trước khi rửa phải lấy hết vôi bám kết mạc sau đó rửa mắt.

- Chống đau bằng các thuốc an thần, giảm đau tại chỗ và toàn thân. Chú ý khi sử dụng các thuốc giảm đau tại chỗ như Dicain nhỏ mắt nhiều có thể gây độc cho biểu mô. Thuốc giảm đau toàn thân như Paracetamol (Efferangan...).

- Chống nhiễm khuẩn, chống viêm

- Điều trị chủ yếu để lớp biểu mô giác mạc tái tạo tránh loét, thủng giác mạc. Sau bỏng trên nền loét giác mạc có thể gặp nhiễm trùng thứ phát.

– Kháng sinh tra và uống kết hợp: kháng sinh phổ rộng như Quinolol thế hệ 4; mỡ Tetracyclin. Đường uống sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.

– Corticosteroid tại chỗ và toàn thân: tác dụng chống viêm màng bồ đào, dừng quá trình phát triển tân mạch vào giác mạc trong 2-3 tuần đầu sau bỏng.

– Atropin 1%: tác dụng chống viêm chống dính. Nếu tăng nhãn áp uống Acetazolamide.

– Chống dính: rửa mắt lau sạch tiết tố hàng ngày, tách dính cùng đồ và hướng dẫn bệnh nhân tập vận động nhãn cầu, không được băng mắt.

– Các thuốc tăng cường dinh dưỡng: CB2, nước mắt nhân tạo, các thuốc tăng cường dinh dưỡng toàn thân.

– Kính tiếp xúc: có thể dùng sau vài tuần để bảo vệ lớp biểu mô và mô nhục, giúp lớp biểu mô tái tạo nhanh.

– Điều trị biến chứng: điều trị các biến chứng như viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp bằng các thuốc kháng sinh, chống viêm và hạ nhãn áp tại chỗ và toàn thân.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

– Đặc điểm của hoá chất là quá trình tiến triển nặng đặc biệt bỏng kiềm thường tiên lượng khó khăn hơn, phụ thuộc vào những yếu tố sau:

+ Mức độ thiếu máu kết mạc

+ Tình trạng hở mi

+ Tình trạng giác mạc: giác mạc không có lớp biểu mô che phủ sẽ phát triển màng máu từ kết mạc vào giác mạc. Loét giác mạc mãn tính, mạch máu xâm nhập vào lớp nhu mô làm cho giác mạc mờ đục và thị lực giảm.

– Những tổn thương nhãn cầu kết hợp:

+ Khô mắt do tắc ống bài tiết nước mắt.

+ Tăng nhãn áp do tổn thương góc.

+ Đục thể thủy tinh thứ phát với nghẽn đồng tử.

## 6. PHÒNG BỆNH

– Giáo dục ý thức phòng chống tai nạn bỏng mắt cho tất cả mọi người.

– Đối với những người làm nghề có nguy cơ bỏng cao phải được trang bị đồ dùng bảo hộ lao động và chấp hành tốt các nội qui quy định về an toàn lao động.

– Cải thiện điều kiện làm việc: nơi làm việc phải thoáng khí, đủ ánh sáng, đủ rộng, không quá chật chội.

– Tổ chức tuyến sơ cứu, cấp cứu và xử trí tốt từ cơ sở lên đến tuyến trên. Cần phải chẩn đoán, xử trí kịp thời trong giai đoạn cấp cứu.

## 16. VIÊM KẾT MẠC CẤP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn) hoặc dị ứng. Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái:

– Viêm kết mạc cấp tiết tố mũ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tối cấp.

– Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tố có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.

– Viêm kết mạc do virus: Là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tố và hoặc có giả mạc, bệnh thường kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trước tai, thường phát triển thành dịch.

### 2. NGUYÊN NHÂN

– Viêm kết mạc cấp tiết tố mũ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Menigitidis*).

– Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Diptheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu,...

– Viêm kết mạc do vi rus: do virus Adeno virus, Entero virus ...

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng

– Tại mắt: Bệnh xuất hiện lúc đầu ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt. Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mũ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh:

+ Mi phù nề

+ Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh. Có nhiều tiết tố mũ bản, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+ Có thể có xuất tiết hoặc màng giả.

+ Nếu không điều trị kịp thời giác mạc bị thâm nhiễm rộng, tiến triển thành áp xe giác mạc và có thể hoại tử thủng giác mạc.

– Toàn thân:

+ Có thể có hạch trước tai, sốt nhẹ.

#### b. Cận lâm sàng

– Nhuộm soi: Nhuộm gram.

– Nuôi cấy trên môi trường thạch máu: phân lập vi khuẩn

#### c. Chẩn đoán xác định

– Tại mắt

+ Mi phù nề.

- + Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh, có nhiều tiết tố bản.
- Toàn thân
- + Có thể có sốt.
- + Có hạch trước tai.

**d. Hình thái**

- Viêm kết mạc cấp tiết tố có mũ.
- + Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mũ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh.

- + Bệnh xuất hiện ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt.
- + Có nhiều tiết tố mũ bản, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.
- + Xét nghiệm: Nhuộm soi (tiết tố mũ kết mạc): có song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê.

- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn.
- Tại mắt

- + Mi phù nề, căng cứng khó mở. Sau 1-3 ngày mi mềm dần.
- + Kết mạc cương tụ, phù nề. Sau 1-3 ngày xuất hiện màng thật hoặc màng giả trên bề mặt kết mạc. Màng thường bản, màu xám. Màng thật khi bóc sẽ lộ lớp tổ chức liên kết phía dưới và chảy máu nhiều. Màng giả bóc dễ dàng và ít chảy máu.
- + Nếu không điều trị kịp thời có thể bị viêm loét giác mạc, viêm nội nhãn. Toàn thân: Có thể có sốt, khó thở.

- Cận lâm sàng:

- + Nhuộm soi: Vi khuẩn Gram (+)
- + Nuôi cấy: phân lập vi khuẩn.
- Viêm kết mạc do virus Tại mắt:
- + Cảm giác xốn cộm như có bụi trong mắt.
- + Mi phù nề.
- + Kết mạc cương tụ, phù nề, ra nhiều tiết tố trắng hoặc dịch hồng.
- + Sau 3-5 ngày có thể thấy có giả mạc màu trắng ở kết mạc sụn mi dày mỏng tùy từng trường hợp.
- + Giác mạc có thể viêm chấm biểu mô.
- Toàn thân:
- + Triệu chứng cảm cúm: nhức đầu nhẹ, đau mũi người sốt nhẹ...
- + Hạch trước tai.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**a. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị tích cực và khẩn trương
- Điều trị tại chỗ và toàn thân
- Điều trị theo nguyên nhân
- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

**b. Phác đồ điều trị**

- Tại mắt:
  - + Bóc màng hằng ngày
  - + Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tố
  - + Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau:

- Aminoglycosid: tobramycin...
- Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin...

• Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon. Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt. Phối hợp tra thuốc mỡ một trong các nhóm trên trưa và tối.

- + Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

– Toàn thân: Chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau khi bệnh tiến triển nặng, kèm theo triệu chứng toàn thân

- + Cephalosprin thế hệ 3: Người lớn:

♣ Nếu giác mạc chưa loét: Liều duy nhất 1 gram tiêm bắp

♣ Nếu giác mạc bị loét: 1 gram x 3 lần / ngày tiêm tĩnh mạch Trẻ em: Liều duy nhất 125mg tiêm bắp hoặc 25mg/kg cân nặng 2-3 lần/ngày x 7 ngày tiêm bắp.

- + Fluoroquinolon: chống chỉ định dùng cho trẻ em dưới 16 tuổi.

- + Thuốc nâng cao thể trạng.

**5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

– Đối với hình thái viêm kết mạc do lậu cầu: Tốt nếu điều trị sớm và tích cực, có thể thủng hoại tử giác mạc nếu điều trị muộn và không tích cực.

– Đối với hình thái viêm kết mạc do bạch hầu thường không tốt nếu không điều trị toàn thân kịp thời và đúng.

– Đối với hình thái viêm kết mạc do vi rus: điều trị tích cực, đúng phác đồ bệnh sẽ khỏi sau 5-10 ngày, bệnh có thể kéo dài gây viêm giác mạc biểu mô.

**6. PHÒNG BỆNH**

- Điều trị bệnh lậu đường sinh dục (nếu có).

- Vệ sinh và tra thuốc sát khuẩn/kháng sinh cho trẻ sơ sinh ngay khi đẻ ra.
- Tiêm phòng đầy đủ các bệnh theo đúng qui định của trẻ.
- Luôn nâng cao thể trạng
- Nếu bị bệnh cần điều trị tích cực tránh lây lan thành dịch.

## **17. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm kết mạc dị ứng cấp tính là hình thái dị ứng nhanh của viêm kết mạc dị ứng khi bệnh nhân tiếp xúc với dị nguyên.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Dị nguyên thường là các mỹ phẩm lạ, thuốc tra mắt, hóa chất, bụi, phấn hoa,....

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng xảy ra rất cấp tính.
- Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân có cảm giác bỏng rát trong mắt, ngứa mắt, đau, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhiều khi không mở được mắt.
- Dấu hiệu thực thể: mi sưng nề, mọng đỏ, kết mạc cương tụ, phù nề mọng nước, chảy nhiều dịch, tiết tổ nhày, phát triển nhú to trên kết mạc sụn mi, đôi khi xuất hiện viêm giác mạc chấm.

#### **b. Cận lâm sàng**

Xét nghiệm tìm dị nguyên khi có điều kiện.

#### **c. Chẩn đoán xác định**

Lâm sàng:

- Ngứa mắt, đau, bỏng rát, sợ ánh sáng, chảy nước mắt
- Mi kết mạc phù nề, tiết tổ nhày, nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

#### **d. Chẩn đoán phân biệt**

Viêm kết mạc cấp: không có tiền sử tiếp xúc dị nguyên, kết mạc cương tụ nhưng không phù nề nhiều như dị ứng, nhiều tiết tổ nhày...

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Ngừng tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng (nếu xác định được)
- Chống dị ứng tại chỗ và toàn thân.
- + Tra tại chỗ: chống viêm, chống dị ứng
- + Toàn thân: chống dị ứng chống phù (nếu cần)

**b. Điều trị cụ thể**

– Việc đầu tiên là phải loại trừ tác nhân gây dị ứng bằng rửa mắt bằng dung dịch như nước muối sinh lý

– Dùng thuốc:

Thuốc tra:

+ Corticosteroid: prednisolon acetate 1%, fluorometholone 0,1% 6-8 lần/ngày, trong vài ngày đầu, sau đó bệnh giảm có thể tra rút xuống 3-4 lần/ngày và dừng khi các triệu chứng khởi hẳn.

+ Nếu da mi phù, đỏ ngứa: bôi da mi mỡ có corticoid: mỡ hydrocortison 1%....bôi da mi 3 lần/ ngày

Thuốc uống:

+ Thuốc kháng histamin: có thể dùng 1 trong các loại thuốc chống dị ứng như: loratadine, fexofenadine hydrochloride.

+ Loratadine 10mg: Người lớn, trẻ em  $\geq 12$  tuổi: 1 viên/ngày Trẻ em 6-12 tuổi  $\geq 30$ kg: 1 viên/ngày Trẻ em 6-12 tuổi  $\leq 30$ kg: 1/2 viên/ngày

+ Fexofenadine hydrochloride: người lớn, trẻ em  $\geq 12$  tuổi: 60mg/viên x 2 lần/ngày hoặc 120mg-180mg/ 1 lần/ngày.

+ Trong những trường hợp có kèm theo triệu chứng toàn thân nặng cần phối hợp hoặc chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa dị ứng.

**5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

– Bệnh thường khỏi sau vài ngày.

– Bệnh có thể tái phát khi bệnh nhân lại tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng.

**6. PHÒNG BỆNH**

Tránh tiếp xúc với dị nguyên nếu xác định được tác nhân gây dị ứng.

**18. VIÊM KẾT GIÁC MẠC MÙA XUÂN****1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm kết giác mạc mùa xuân là một hình thái lâm sàng của viêm kết mạc dị ứng, gặp chủ yếu ở nam giới, tuổi thanh thiếu niên. Bệnh thường khởi phát ở trẻ em vào khoảng 4-5 tuổi, bệnh tiến triển mạn tính, thường theo mùa và hay có những đợt kịch phát.

**2. NGUYÊN NHÂN**

– Bệnh có cơ chế dị ứng rõ ràng, tuy nhiên việc xác định dị nguyên là gì còn gặp nhiều khó khăn.

– Dị nguyên thường gặp: phấn hoa, bụi nhà.. .

– Bệnh có liên quan mật thiết với sự thay đổi thời tiết lúc giao mùa (nhất là xuân hè), ánh nắng, thay đổi nội tiết và yếu tố di truyền.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng

– Triệu chứng cơ năng

+ Ngứa là dấu hiệu điển hình của viêm mùa xuân, thường xuất hiện thành từng cơn vào những giờ nhất định (có thể vào buổi sáng khi mới ngủ dậy lúc tiếp xúc với ánh nắng hoặc buổi chiều tối).

+ Bệnh nhân có cảm giác như có dị vật trong mắt, cộm, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực. Dữ mắt nhiều, có đặc điểm dính, dai và có thể kéo thành sợi.

– Dấu hiệu thực thể Tổn thương đặc hiệu trong viêm mùa xuân:

+ Nhú viêm hình đa giác: trên diện kết mạc sụn (chủ yếu mi trên, đôi khi cũng thấy có vài nhú to trên kết mạc sụn mi dưới) có những nhú đa giác, mặt phẳng xếp sát nhau với các rãnh ngăn cách sâu, mạch máu đan thành lưới trong lòng nhú. Trường hợp tiến triển nặng, các nhú phì đại không lờ với tiết tố nhày mù lấp đầy các khe giữa các nhú.

+ Viêm giác mạc chấm nông: là tổn thương thường gặp trong những đợt bệnh tiến triển cấp. Các chấm bắt màu fluorescein dày đặc và đồng đều trên khắp diện giác mạc, gây kích thích chói sáng và co quắp mi. Triệu chứng này sẽ hết đi khi đợt viêm cấp được điều trị ổn định.

+ Màng máu giác mạc: có hình thái giống lưới liềm màu xám, bờ sắc nét, các mạch máu đi song song hướng tâm, không nối thành quai như mạch máu mắt hột.

+ Loét giác mạc: ổ loét có màu trắng xám, đáy phẳng, sạch, bờ gọn, đặc biệt ít gây kích thích, nếu không có bội nhiễm kèm theo, do vậy nên được gọi là “loét tro”.

– Các hình thái lâm sàng: Có 3 thể lâm sàng tùy vị trí tổn thương đặc hiệu: kết mạc sụn mi, rìa và hỗn hợp.

+ Hình thái sụn mi: cương tụ kết mạc kèm theo nhú tăng sản chủ yếu trên kết mạc sụn mi trên, hình thái nhú khác nhau tùy theo giai đoạn phát triển của bệnh.

+ Hình thái rìa cầu: đặc trưng bởi cương tụ vùng rìa giác mạc, kết mạc vùng rìa dày lên, màu hồng xám hay vàng xám. Trong những trường hợp bệnh nặng trên nền kết mạc vùng rìa dày xuất hiện những chấm trắng (hạt Trantas).

+ Hình thái hỗn hợp: gồm tổn thương điển hình phối hợp cả ở vùng rìa và trên kết mạc sụn mi.

#### b. Cận lâm sàng

– Xét nghiệm tế bào học: chất nạo kết mạc sụn mi trên: có bạch cầu ái toan.

– Xét nghiệm tìm dị nguyên.

#### c. Chẩn đoán xác định:

– Lâm sàng:

+ Ngứa mắt, cộm mắt, chảy nước mắt, dữ mắt dai dính.

+ Nhú viêm hình đa giác trên kết mạc sụn mi trên, viêm kết mạc vùng rìa.

- Cận lâm sàng:
- + Tê bào học: có bạch cầu ái toan.

#### **d. Chẩn đoán phân biệt:**

- Mắt hột:
- + Tổn thương đặc hiệu: hột trên kết mạc sụn mi, hột có thể ở tất cả các lứa tuổi.
- + Màng máu trên giác mạc: các mạch máu nối với nhau thành quai mạch.
- Viêm kết mạc hột
- + Viêm kết mạc hột có tổn thương đặc hiệu là: hột trên kết mạc sụn mi dưới thường cùng lứa tuổi, và hết khi điều trị viêm kết mạc ổn định.
- + Viêm kết mạc mùa xuân tổn thương đặc hiệu là: nhú viêm ở kết mạc sụn mi trên và nhú còn tồn tại trong thời gian dài dù điều trị chống viêm tích cực
- Viêm kết mạc nhú gai không lồ.

Thường tìm thấy nguyên nhân: kính tiếp xúc (bị cả 2 mắt), mũi chỉ khâu trên bề mặt nhãn cầu (thường chỉ ở 1 mắt). (Viêm kết mạc mùa xuân không thấy nguyên nhân trên mắt)

- Viêm kết mạc dị ứng do cơ địa
- + Tổn thương đặc hiệu: không có nhú viêm trên kết mạc sụn mi
- + Thường kèm tổn thương trên da.
- Viêm kết mạc dị ứng theo mùa
- + Tổn thương đặc hiệu không có nhú viêm trên kết mạc sụn mi trên.
- + Tính chất theo mùa rõ.

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Tại mắt điều trị triệu chứng là chủ yếu
- + Chống dị ứng: kháng Histamin, ổn định dưỡng bào...
- + Chống viêm: corticoid.
- + Tăng cường dinh dưỡng cho biểu mô kết giác mạc, điều trị khô mắt phối hợp.
- + Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.
- Toàn thân:
- + Điều trị giải mẫn cảm nếu tìm được dị nguyên.
- + Nếu ngoài biểu hiện ở mắt bệnh nhân còn có các biểu hiện dị ứng ở các cơ quan khác: viêm mũi dị ứng, hen phế quản, viêm da dị ứng... cần dùng thuốc chống dị ứng toàn thân (uống hoặc tiêm), cần thiết phải phối hợp điều trị với chuyên khoa dị ứng.

#### **b. Điều trị cụ thể**

- Ngoài cơn kịch phát Tra tại chỗ
- + Các thuốc kháng histamin và ổn định dưỡng bào như: Pemirolast K 0,1% tra mắt 3 lần/ngày, Olopatadine hydrochloride 0,2% tra mắt 1 lần/ngày, Ketotifen 0,025% tra mắt 2 lần/ngày, Epinastine HCL 0,05% tra mắt 2 lần/ngày...cho đến khi hết triệu chứng. Có thể dùng lại khi xuất hiện bệnh.
- + Nước mắt nhân tạo như: Cacboxymethyl cellulose sodium, Polyethylene glycol 0,4% và Propylen glycol 0,3%, acid Hyaluronic tra mắt 4 lần/ngày.
- Trong cơn kịch phát. Tra theo phác đồ như ngoài cơn kịch phát.
- + Phối hợp với thuốc tra có corticosteroid: Prednisolon acetate 1% hoặc Fluorometholon 0,1%: 4-6lần/ngày, tra một đợt 7-10 ngày. (khi dùng corticosteroid để điều trị cơn kịch phát phải lưu ý những tác dụng phụ của corticoid, đặc biệt là biến chứng tăng nhãn áp: phải theo dõi nhãn áp định kỳ)
- + Thuốc kháng sinh nhỏ mắt: phòng nhiễm trùng, có thể dùng 1 trong các loại chỉ có kháng sinh đơn độc hoặc thuốc phối hợp cả kháng sinh và corticosteroid: 3-4 lần/ngày.
- + Thuốc co mạch: Naphazoline HCL hoặc Naphazolin Nitrat đơn thuần 3 – 4 lần/ngày hoặc thuốc nhỏ mắt phối hợp cả thuốc co mạch và kháng histamin: Naphazoline HCL và Pheniramin maleat tra mắt 3-4 lần/ngày....dùng trong thời gian ngắn 3-5 ngày giúp làm giảm nhanh triệu chứng đỏ mắt và ngứa mắt.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG.

- Tiến triển.
- + Bệnh hay có những đợt kịch phát dù có điều trị liên tục.
- + Một số trường hợp bệnh có thể thuyên giảm khi bệnh nhân đến tuổi dậy thì.
- Biến chứng.
- + Tổn thương giác mạc: viêm giác mạc, loét giác mạc, loét thủng giác mạc, sẹo giác mạc.
- + Biến chứng do dùng thuốc có Corticoid: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể.

## 6. PHÒNG BỆNH

- Hạn chế tiếp xúc với nắng, gió.
- Trong đợt kịch phát phải đến khám và điều trị tích cực.
- Ngoài đợt kịch phát vẫn nên khám định kỳ.

# 19. SÂU RĂNG SỮA

## I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng sữa là một bệnh gây tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

## II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường có  $\text{pH} < 5$  thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng

- + Men răng: Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị hủy khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

- + Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng. Ngoài ra một số bất thường về hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, núm phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng.

- + Vị trí răng: Răng lệch lạc, chen chúc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

- + Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

- + Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

- + Vệ sinh răng miệng đóng vai trò quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ gây sâu răng, là yếu tố làm sạch cơ học giúp làm giảm hoặc mất các tác động gây sâu răng của các yếu tố gây sâu răng khác.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

- Các dấu hiệu lâm sàng ở giai đoạn này dựa vào một trong các dấu hiệu sau:

- + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục hoặc nâu vàng, bề mặt men răng còn nguyên vẹn.

- + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục khi thổi khô bề mặt.

- + Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường khi chiếu đèn sợi quang học do hiện tượng tán xạ ánh sáng của tổn thương sâu răng.

- + Vùng tổn thương là một vùng thay đổi màu sắc trên nền phát huỳnh quang màu xanh lá cây của men răng bình thường khi sử dụng một nguồn sáng đặc biệt kích thích phát huỳnh quang của men răng.

- + Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang

- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

## 2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang.

- Triệu chứng cơ năng
- Có thể có hoặc không có triệu chứng cơ năng.
- Nếu có thì biểu hiện: Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.
- Triệu chứng thực thể
- Tổn thương mất mô cứng của răng có thể rất nhỏ chỉ xác định được khi thăm khám với dấu hiệu mất thâm châm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu với các đặc điểm sau:
  - Vị trí: mặt nhai các răng hàm sữa, mặt gần- xa, mặt ngoài và mặt trong các răng.
  - Kích thước: có thể nhỏ giới hạn trong một mặt răng hoặc lan rộng sang hai/ ba mặt.
  - Độ sâu: có thể chỉ tổn thương lớp men răng hoặc tổn thương đến lớp ngà răng.
  - Đáy: có thể mềm có nhiều ngà mủn hoặc đáy cứng tùy vào giai đoạn tiến triển của sâu răng.
- + Màu sắc: màu men ngà răng hoặc màu vàng nâu, đen.
- + Nghiệm pháp thử tủy.
- + Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.
- + Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- + Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

## 3. Chẩn đoán phân biệt

a. Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

b. Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Ê buốt ngay khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm	Không đau, không ê buốt khi có kích thích
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau.	Đau nhẹ.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Không đau.	Đau nhiều.	Không đau.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

#### IV. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Nguyên tắc

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.

- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

##### 2. Điều trị cụ thể

a. Tổn thương sâu răng sớm: Tăng cường tái khoáng.

- Liệu pháp Fluor: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

- Bổ sung canxi, phot pho ở dạng gel lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

- Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

- Hướng dẫn bệnh nhân ăn uống hợp lý, bổ sung thêm các khoáng chất để tái khoáng.

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

## V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiên lượng

- Các tổn thương sâu răng sớm: nếu thực hiện tốt việc tăng cường quá trình tái khoáng thì các tổn thương có thể tự phục hồi.

- Các trường hợp đã hình thành lỗ sâu: nếu hàn phục hồi tốt đúng quy trình thì hoàn toàn có thể phục hồi được mô cứng của răng ngăn ngừa được các biến chứng.

### 2. Biến chứng

- Viêm tủy răng.

- Viêm quang cuống răng.

## VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.

- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.

- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.

Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

## 20. VIÊM TỦY RĂNG SỮA

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tủy răng sữa là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng sữa, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy răng ở trẻ em.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: Thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua các ống ngà hoặc hở sừng tủy.

- Chấn thương....

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục

Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.

##### a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

Đau: bệnh nhân có cảm giác đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn. Khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt... thì có cảm giác đau hoặc ê buốt tăng lên và sớm hết đau khi ngừng chất kích thích.

- Triệu chứng thực thể

+ Có tổn thương mô cứng của răng: có thể có lỗ sâu ở thân răng.

+ Thử tủy: bệnh nhân có cảm giác đau ê buốt và sớm hết đau, ê buốt khi loại bỏ chất kích thích thử tủy.

+ Răng không đổi màu

+ Gõ: gõ dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

### b. Cận lâm sàng

X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

### c. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với hai bệnh sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục, dựa vào các dấu hiệu khác nhau dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy có hồi phục	Sâu ngà sâu	Viêm tủy không hồi phục
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu, Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
Gõ dọc	Không đau.	Không đau.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Có thể có đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Có cảm giác ê buốt và hết ngay khi ngừng kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

## 2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục

Là tình trạng tổn thương viêm cấp mô tủy răng sữa ở trẻ em không còn khả năng hồi phục.

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
- Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:

Thời gian cơn đau: có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn vài phút, làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.

+ Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt...hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.

+ Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm.

+ Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau.

- Triệu chứng thực thể:

+ Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.

+ Gõ dọc: đau nhẹ.

+ Gõ ngang: đau nhiều.

+ Răng không đổi màu, không lung lay.

+ Thử tủy: đau nhiều và kéo dài khi đã loại bỏ yếu tố kích thích. Tuy vậy, ở trẻ em không có giá trị chắc chắn vì trẻ em đang đau sẽ rất cảnh giác và sợ hãi khi phản ứng lại với bất kì kích thích nào.

b. Cận lâm sàng

X quang: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng.

c. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống cấp, dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trời cao.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Đau tăng khi có kích thích, hết kích thích đau còn kéo dài.	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Không đau.
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan tỏa.	Đau tại răng.	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương.

Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân.	Không có phản ứng toàn thân.	Sốt, có hạch tương ứng.
Sung lợi	Không sung lợi và vùng cuống tương ứng.	Không sung lợi và vùng cuống tương ứng.	Sung nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng.
Gõ ngang	Đau nhiều.	Có thể đau nhẹ.	Đau nhiều.
Gõ dọc	Đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.
Thử tủy	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Có hình ảnh thấu quang vùng cuống.

#### IV. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Viêm tủy có hồi phục

- Nguyên tắc
- + Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn
- Bảo tồn tủy.
- + Bảo vệ tủy.
- + Hàn phục hồi tổn thương mô cứng.
- Điều trị cụ thể
- + Chuẩn bị xoang hàn.
- + Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit, hoặc MTA...
- + Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,...

##### 2. Viêm tủy không hồi phục

- Nguyên tắc
- + Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.
- + Hàn kín hệ thống ống tủy và phục hồi tổn thương mô cứng.
- Điều trị cụ thể + Vô cảm.
- + Mở tủy.
- + Sửa soạn hệ thống ống tủy.

- + Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.
- + Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp.
- + Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp.

## V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng: Nếu thực hiện đúng quy trình thì có kết quả điều trị tốt.
- Biến chứng: Viêm quanh cuống răng cấp.

## VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng định kì để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy.

## 21. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi liên quan đến mảng bám răng là tổn thương viêm mạn tính xảy ra ở mô mềm xung quanh răng, nguyên nhân do vi khuẩn trong mảng bám răng gây ra.

Tổn thương khu trú ở lợi, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và xương răng.

### II. NGUYÊN NHÂN

Các bệnh lợi được phân chia làm hai nhóm là các bệnh lợi do mảng bám răng và các tổn thương lợi không do mảng bám răng. Trong bài này chúng tôi đề cập đến bệnh viêm lợi chỉ do mảng bám răng với hai nhóm nguyên nhân:

- Viêm lợi chỉ do mảng bám răng, không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp.
- Viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng, đó là:
  - + Hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng.
  - + Đường nứt xi măng: Có những đường như bị nứt chạy ngay dưới đường ranh giới men xi măng.
  - + Chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách.
  - + Tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng.

a. Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng: Có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng: Sau trên 2 tuần tiên triển có các tổn thương ở lợi với những đặc điểm lâm sàng:

+ Có mảng bám răng ở răng giáp bờ viền lợi, có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng.

+ Thay đổi hình thể của lợi: Bờ lợi, nhú lợi sung, phù nề, phì đại tạo nên túi lợi giả.

+ Thay đổi màu sắc của lợi: Lợi bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.

Độ săn chắc giảm: Bình thường lợi săn chắc, ôm sát cổ răng nhưng khi bị viêm thì giảm độ săn chắc và tính đàn hồi.

+ Chảy máu: Tự nhiên hay khi khám.

+ Tăng tiết dịch túi lợi.

+ Phục hồi lợi sau khi làm sạch mảng bám răng.

+ Hình ảnh mô học là tổn thương viêm.

+ Không có mất bám dính quanh răng.

+ Không có túi lợi bệnh lý.

+ Biểu hiện viêm có thể ở một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hai hàm.

+ Trường hợp viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các lợi viêm khu trú ở các răng có hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

c. Các biểu hiện cận lâm sàng

X quang: Không có hình ảnh tiêu xương ổ răng.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm.

Triệu chứng	Viêm lợi do mảng bám răng	Viêm quanh răng tiến triển chậm
Có mảng bám răng	+	+
Thay đổi màu sắc lợi	+	+
Thay đổi hình thể lợi	+	+
Chảy máu lợi	+	+
Tăng tiết dịch lợi	+	+
Mất bám dính quanh răng Túi lợi bệnh lý	-	+
Tiêu xương ổ răng	-	+

## IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bao gồm các bước sau:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đây là yếu tố rất quan trọng nhằm loại trừ mảng bám răng là nguyên nhân gây bệnh.
- Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng như cao răng, mảng bám và các chất màu.
- Dùng nước súc miệng có tác dụng tìm khuẩn hoặc sát khuẩn cho những người không thể làm sạch mảng bám răng bằng các biện pháp cơ học như bị tật, đang phẫu thuật vùng miệng, hàm mất, mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Loại bỏ các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng: sửa lại chỗ hàn, cầu chụp sai quy cách, hàn răng sâu..
- Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp lợi phì đại, xơ hóa.

## V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiên lượng

Nếu điều trị kịp thời mô lợi có thể phục hồi bình thường, tiên lượng tốt.

### 2. Biến chứng

Nếu không được điều trị, viêm lợi có thể có các biến chứng sau:

- Áp xe lợi.
- Viêm quanh răng khu trú hoặc lan tỏa.

## VI. PHÒNG BỆNH

Để phòng bệnh viêm lợi do mảng bám răng cần thực hiện các biện pháp dưới đây:

- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp: Chải răng sau khi ăn, dùng các biện pháp cơ học khác để làm sạch bề mặt răng, nhất là vùng khe giữa hai răng như chỉ tơ nha khoa, tăm nước.
- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý để tăng sức đề kháng.
- Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiện sớm các bệnh răng miệng và loại trừ cao răng, mảng bám răng.

## 22. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh răng tiến triển chậm là hậu quả của sự lan rộng quá trình viêm khởi đầu ở lợi tới tổ chức quanh răng, gây phá hủy xương ổ răng, dây chằng quanh răng và xương răng.

Viêm quanh răng tiến triển chậm thường tiến triển nhiều năm, kéo dài nên còn được gọi là viêm quanh răng ở người lớn hoặc viêm quanh răng do viêm mạn tính.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm quanh răng tiến triển chậm là bệnh đa yếu tố. Đó là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ.

- Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự tích tụ của mảng bám vi khuẩn hay liên quan chặt chẽ với tình trạng vệ sinh răng miệng.

- Mặc dù khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường.

- Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang tồn tại, làm tăng thêm tiến triển viêm quanh răng và làm tăng mức độ và phạm vi phá hủy mô.

- Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm chiếm ưu thế.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### a. Lâm sàng

Trên lâm sàng có các thay đổi viêm mạn tính ở lợi và sự có mặt của các túi quanh răng.

- Viêm lợi: là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vòm lợi ở phía trước hai răng liền kề. Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày.

- Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chải răng khi thăm khám

- Dịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợi. Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thì sẽ gây ra đau cho bệnh nhân.

- Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau. - Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên là m cho các răng bị lung lay. Nếu mất nhiều xương và tiến triển kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng.

- Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau. Đôi khi các chân răng đã bộc lộ nhạy cảm với nóng lạnh. Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú, và có khi lan đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứa. Trường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu ở các chân răng gây viêm tủy răng.

- Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Các vùng nặng hơn thường liên quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn như vùng kẽ chân răng hoặc các răng mọc sai vị trí. b. Cận lâm sàng

Trên phim X quang có các biểu hiện là:

- Có tiêu xương ổ răng.

- Có thể có di lệch răng.
- Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng kẽ giữa các chân răng của các răng nhề u chân.
- Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộ ng.

2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng tiến triển chậm phân biệt với viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn.

- Dựa vào bệnh sử và đáp ứng với điều trị.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Nguyên tắc**

- Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.
- Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.
- Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.
- Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mù.
- Ngăn chặn sự phá hủy mô mềm và xương.
- Làm giảm lung lay răng bất thường.
- Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu.
- Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá hủy.
- Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.
- Ngăn ngừa tái phát bệnh.
- Giảm mất răng.

##### **2. Phác đồ điều trị**

- Bước 1: Pha điều trị mở đầu

+ Trong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng như viêm tủy răng cấp, viêm quanh cuống răng cấp, viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi, áp xe quanh răng cấp.

+ Nhờ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạm thời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn.

- Bước 2: Điều trị pha 1 (Pha bệnh căn) + Kiểm soát mảng bám răng.

+ Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan.

+ Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

+ Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chỗ hàn hoặc các cầu chụp răng hoặc hàm giả sai quy cách.

+ Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng.

+ Điều trị chống vi khuẩn: Bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai.

- + Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai.
- + Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lung lay.
- Bước 3: Đánh giá đáp ứng với điều trị pha 1

Hẹn bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị các yếu tố bệnh căn. Cần kiểm tra lại các tình trạng dưới đây:

- + Chiều sâu túi lợi và tình trạng viêm lợi.
- + Tình trạng mảng bám răng và cao răng.
- + Sâu răng.
- Bước 4: Điều trị pha 2 (Pha phẫu thuật)

Ở lần điều trị này thực hiện các biện pháp điều trị phẫu thuật, có thể bao gồm các loại phẫu thuật dưới đây:

+ Phẫu thuật quanh răng, có thể là nạo lợi, phẫu thuật cắt lợi, phẫu thuật vạt, hoặc các loại phẫu thuật khác.

- + Đặt Implant.
- Bước 5: Điều trị pha 3 (Pha phục hồi) + Làm các phục hồi cuối cùng.
- + Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp.
- Bước 6: Đánh giá đáp ứng với các thủ thuật phục hồi.

Khám tình trạng quanh răng, ghi nhận các biểu hiện về đáp ứng quanh răng với các thủ thuật phục hồi, bao gồm:

- + Tình trạng lợi.
- + Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng.
- + Tình trạng xương ổ răng.
- + Tình trạng lung lay răng.
- Bước 7: Điều trị pha 4 (Pha duy trì)

- + Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về.
- + Mảng bám răng và cao răng.
- + Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi.
- + Tình trạng khớp cắn.
- + Mức độ lung lay răng.
- + Các thay đổi bệnh lý khác.

+ Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

+ Điều trị ngay khi có các biểu hiện tái phát viêm quanh răng và loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới xuất hiện.

### **3. Các biện pháp điều trị tại chỗ**

#### **a. Loại trừ các kích thích tại chỗ**

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng
- Kiểm soát mảng bám răng + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- + Chải răng.
- + Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng: Dùng chỉ tơ nha khoa, bàn chải kẽ răng, tăm đúng cách.
- + Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn.
- + Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học như dùng nước súc miệng Chlohexidine.

### **b. Loại trừ các yếu tố tại chỗ khác**

- Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên.
- Sửa lại các cầu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sang chấn.
- Sửa lại các hàm giả sai quy cách.
- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được.
- Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai.
- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.
- Liên kết các răng lung lay.
- Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

### **c. Chống viêm**

Các biện pháp bảo tồn: dùng thuốc bôi tại chỗ. Các thuốc bôi tại chỗ có tác dụng giảm đau, kích thích tái tạo mô, sát khuẩn và chống viêm.

**d. Phẫu thuật:** trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng.

## **V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tốc độ tiến triển chậm vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau.

- Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn nảy sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quan với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn.

- Ở các vị trí không kiểm soát được mảng bám răng, bệnh có thể tiếp tục tiến triển và dẫn tới mất răng.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Kiểm soát mảng bám răng:

- + Các biện pháp cơ học: Chải răng đúng cách, làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ..., làm sạch bằng phương tiện phun tưới.
- + Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày.
- Chế độ ăn uống cân bằng, sử dụng các thức ăn có lợi cho lợi.
- Khám răng định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời những tổn thương sớm vùng quanh răng.

## 23. BỆNH SÂU RĂNG

### I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

### II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có pH < 5,5 thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

- Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

+ Men răng

Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị hủy khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng

Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

+ Vị trí răng

Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt

Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

### III. CHẨN ĐOÁN

## 1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt.

+ Thay đổi màu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường.

+ Có biểu hiện thay đổi chỉ số huỷ khoáng khi sử dụng đèn Laser huỳnh quang. Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang.

- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

1.2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang:

a. Triệu chứng cơ năng

Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt. b. Triệu chứng thực thể

- Tổn thương mất mô cứng của răng

+ Vị trí: có thể gặp ở tất cả các mặt của răng.

+ Độ sâu: < 4mm, chỗ tổn thương đến tuỷ răng.

+ Đáy: có thể nhẵn bóng hay nhiều ngà mủn tuỷ vào giai đoạn tiến triển.

+ Màu sắc: thường sẫm màu, có màu nâu hoặc đen.

+ Kích thước: thường trong giới hạn một răng nhưng đôi khi lan sang răng bên cạnh với những lỗ sâu mặt bên.

- Trường hợp tổn thương mất mô cứng rất nhỏ, không biểu hiện rõ thành lỗ sâu thì khi dùng thám châm thăm khám có thể tìm thấy tổn thương với dấu hiệu mắc thám châm.

- Nghiệm pháp thử tuỷ

+ Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.

+ Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

+ Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.

Vị trí	- Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. - Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Không đau, không ê buốt khi có kích thích.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau.	Đau nhẹ.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Không đau.	Đau nhiều.	Không đau.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

#### IV. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Nguyên tắc

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.

- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

## **2. Điều trị**

### **a. Tổn thương sâu răng sớm**

- Tái khoáng hóa

+ Liệu pháp Flour: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

+ Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

### **b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu**

- Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng

+ Lấy ngà mủn.

+ Sửa soạn thành lỗ sâu.

+ Sửa soạn đáy lỗ sâu.

+ Làm sạch lỗ sâu.

+ Hàn lót che phủ bảo vệ tủy.

+ Hàn kín phục hồi mô cứng: chọn vật liệu và màu sắc vật liệu.

+ Hoàn thiện.

- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng để phòng sâu tái phát ở vùng ranh giới.

- Hẹn kiểm tra định kỳ.

## **V. BIẾN CHỨNG**

- Viêm tủy răng.

- Viêm quang cuống răng.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.

- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.

- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.

- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.

- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

## 24. VIÊM TỦY RĂNG

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tủy là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....

- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hờ tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau hàn.

- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo lỗ hàn ảnh hưởng đến mô tủy.

- Chấn thương khí áp: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Viêm tủy có hồi phục

##### 1.1. Chẩn đoán xác định

###### a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

+ Viêm tủy có hồi phục có thể không biểu hiện triệu chứng.

+ Nếu có thường là các triệu chứng đặc thù: nhạy cảm với các kích thích nóng lạnh, không khí. Chỉ kéo dài vài giây hoặc vài chục giây sau khi loại bỏ kích thích.

+ Kích thích nóng đáp ứng ban đầu có thể chậm nhưng cường độ nhạy cảm tăng lên khi nhiệt độ tăng. Đối với các kích thích lạnh thì thường ngược lại. - Triệu chứng thực thể

+ Có lỗ sâu.

+ Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.

+ Lỗ hờ tủy do tai nạn trong điều trị.

+ Răng không đổi màu.

+ Gõ không đau.

###### b. Cận lâm sàng

- X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng, khoảng dây chằng quanh răng bình thường.

- Thử nghiệm tủy: bình thường hoặc có thể nhạy cảm mức độ nhẹ.

##### 1.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tủy có hồi phục chẩn đoán phân biệt với sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục: Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

#### 2. Viêm tủy không hồi phục

## 2.1. Chẩn đoán xác định

### a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Đau với các tính chất dưới đây:
  - + Đau tự nhiên, từng cơn.
  - + Thời gian cơn đau: Có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn trong vòng vài phút, hoặc rất ngắn làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.
  - + Tính chất lan truyền: Cơn đau thường lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, bệnh nhân thường chỉ khu trú được vùng đau chứ không xác định được răng đau.
  - + Đau khi có các tác nhân kích thích tác động và kéo dài sau khi đã hết tác nhân kích thích.

### - Triệu chứng thực thể

- + Lỗ sâu trên mô cứng của răng: răng có thể có lỗ sâu giai đoạn tiến triển, đáy nhiều ngà mềm, ngà mủn, có thể có điểm hở tủy.
  - + Vết rạn nứt răng: có thể có sau sang chấn mạnh.
  - + Mòn mặt răng: cũng có thể có.
  - + Lỗ hình chêm ở cổ răng: có thể có.
  - + Hở tủy răng.
  - + Gõ ly tâm từng nướu răng hoặc thực hiện nghiệm pháp cắn bệnh nhân đau.
  - + Đường nứt ngấm màu bông xanh metylen.
  - + Răng có hiện tượng gián đoạn dẫn quang qua đường nứt khi chiếu đèn.
  - + Có thể không thấy lỗ sâu có biểu hiện viêm quanh răng toàn bộ, một răng hay một nhóm răng gây viêm tủy ngược dòng.
  - + Gõ răng chỉ nhạy cảm khi có viêm lan tỏa tới vùng cuống và dây chằng quanh răng.
  - + Thử nghiệm tủy: dương tính, ngưỡng thấp, kéo dài đáp ứng sau thử nghiệm.
- ### b. Cận lâm sàng

- X quang: có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới chất hàn sát hoặc thông với mô tủy, vùng cuống có phản ứng nhẹ, dây chằng hơi giãn rộng. Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.

## 2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy có hồi phục.
- Viêm quanh cuống răng cấp.

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Viêm tủy có hồi phục

Chụp tủy bằng Hydroxit canxi hoặc MTA. Sau đó hàn kín phía trên bằng Eugenate cứng nhanh, GIC.

- Sửa soạn xoang hàn:

- + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.
- + Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.
- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- + Làm khô xoang hàn.
- Đặt Hydroxit canxi:
  - + Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi hoặc MTA và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.
  - + Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.
- Hàn phục hồi xoang hàn:
  - + Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam... phục hồi phần còn lại của xoang hàn.
- + Kiểm tra khớp cắn.
- + Hoàn thiện phần phục hồi Composite hoặc Amalgam.

## **2. Viêm tủy không hồi phục**

### **a. Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ với nguyên tắc**

- Vô trùng.
- Làm sạch và tạo hình ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy theo không gian ba chiều.

### **b. Các bước điều trị tủy**

- Bước 1: Vô cảm khi tủy răng sống bằng gậy vùng hoặc gậy tê tại chỗ với Xylocain 2%.
- Bước 2: Mở tủy, lấy tủy buồng, tủy chân.
  - + Dùng mũi khoan kim cương đầu tròn mở đường vào buồng tủy.
  - + Dùng mũi khoan Endo Z để mở toàn bộ trần buồng tủy.
  - + Lấy tủy buồng và tủy chân bằng châm gai.
- Bước 3: Thăm dò số lượng, kích thước ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tủy.
- Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy .
  - + Tạo hình bằng các phương pháp tạo hình như: Stepback, Stepdown và phương pháp lai. Sử dụng các trâm xoay máy và trâm xoay cầm tay để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
  - + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng các dung dịch: nước muối sinh lý, Ôxy già 3V, Natri hypoclorid 2,5-5 %.
- Bước 6: Chọn, thử công gutta-percha chính.
- Bước 7: Chụp X quang kiểm tra.

- Bước: Hàn kín hệ thống ống tủy bằng các kỹ thuật lèn dọc, lèn ngang với gutta-percha nóng, nguội.

- Bước 9: Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

#### **V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

- Biến chứng gần: Viêm quang cuống, u hạt, nang chân răng.

- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc.

#### **VI. PHÒNG BỆNH**

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.

- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.