



SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN MẮT - TAI MŨI HỌNG - RĂNG HÀM MẶT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Năm 2022
Tái bản lần 3
Lưu hành nội bộ

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN MẮT – TAI MŨI HỌNG – RĂNG HÀM MẶT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

Năm 2022
Tái bản lần thứ 3
(Lưu hành nội bộ)

LỜI NÓI ĐẦU

Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật trên mọi lĩnh vực cùng với những thành tựu trong nghiên cứu về sinh học, đặc biệt trong lĩnh vực y tế.

Phác đồ điều trị là một tài liệu pháp lý đánh giá chất lượng điều trị và chất lượng bệnh viện. Nhận thức được tầm quan trọng của phác đồ điều trị nên tập thể Bác sĩ Bệnh viện Mắt-THM-RHM An Giang cùng với sự hỗ trợ của lãnh đạo Sở Y tế An Giang, Bảo hiểm xã hội An Giang đã xây dựng nên phác đồ điều trị chuyên khoa Mắt, Tai mũi họng, Răng hàm mặt.

Tuy là một quyển sổ tay nhỏ nhưng sẽ là người bạn đồng hành cùng với các Bác sĩ Bệnh viện Mắt-THM-RHM An Giang trong công tác chuyên môn hàng ngày.

Ấn phẩm tái bản lần thứ ba này cập nhật hướng dẫn chẩn đoán các bệnh về chuyên khoa Mắt, Tai mũi họng, Răng hàm mặt theo mô hình bệnh tật. Trong quá trình biên soạn chắc chắn còn nhiều thiếu sót. Rất mong sự góp ý của quý đồng nghiệp, để ấn phẩm lần sau hoàn thiện hơn./.

An Giang, ngày 01 tháng 11 năm 2022

GIÁM ĐỐC
BSCKII. Mã Lan Thanh

BAN BIÊN SOẠN

CHỦ BIÊN:

BSCKII Mã Lan Thanh

Giám đốc Bệnh viện Mắt-TMH-RHM An Giang

THAM GIA BIÊN SOẠN:

1. BSCKII Trần Tuấn Huy

Phó Giám đốc Bệnh viện Mắt-TMH-RHM An Giang

2. BSCKII Trần Thị Lại

Phó Giám đốc Bệnh viện Mắt-TMH-RHM An Giang

3. BSCKII Dương Tòng Chính

Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp

4. BSCKI Thái Đức Lộc

Quyền Trưởng khoa Tai Mũi Họng

5. BSCKI Trần Thanh Bình

Trưởng khoa Mắt

6. ThSBS Nguyễn Viết Bình

Bác sĩ khoa Mắt

7. ThSBS Phan Thị Trường Xuân

Trưởng khoa Răng-Hàm-Mặt

8. BSCKI Phạm Thị Anh Thư

Phó Trưởng khoa Răng-Hàm-Mặt

9. DSCKI Đào Châu Khanh

Trưởng khoa Dược

DANH SÁCH
HỘI ĐỒNG KHOA HỌC KỸ THUẬT
BỆNH VIỆN MẮT - TAI MŨI HỌNG - RĂNG HÀM MẶT
AN GIANG

1. BSCKII Mã Lan Thanh	<i>Giám đốc Bệnh viện</i>	<i>Chủ tịch</i>
2. BSCKII Trần Tuấn Huy	<i>Phó Giám đốc Bệnh viện</i>	<i>Phó Chủ tịch</i>
3. BSCKII Trần Thị Lại	<i>Phó Giám đốc Bệnh viện</i>	<i>Phó Chủ tịch</i>
4. BSCKII Dương Tông Chinh	<i>Trưởng phòng KHTH</i>	<i>Thư ký</i>
5. BSCKI Trần Thanh Bình	<i>Trưởng Khoa Mắt</i>	<i>Thành viên</i>
6. BSCKI Thái Đức Lộc	<i>Q. Trưởng Khoa TMH</i>	<i>Thành viên</i>
7. ThSBS Phan Thị Trường Xuân	<i>Trưởng Khoa RHM</i>	<i>Thành viên</i>
8. DSCKI Đào Châu Khanh	<i>Trưởng Khoa Dược</i>	<i>Thành viên</i>
9. CN Đoàn Văn Tiến	<i>Trưởng phòng Điều dưỡng</i>	<i>Thành viên</i>
10. ThS Nguyễn Thành Hậu	<i>Trưởng phòng Tài chính kế toán</i>	<i>Thành viên</i>
11. BSCKI Nguyễn Hồng Nam	<i>Trưởng phòng Nghiệp vụ Y</i>	<i>Chuyên gia</i>
12. BSCKII Ngô Hữu Trí	<i>Phó Trưởng phòng Nghiệp vụ Y</i>	<i>Chuyên gia</i>
13. DSCKI Châu Hoàng Dũng	<i>Trưởng phòng Giám định BHYT</i>	<i>Chuyên gia</i>

MỤC LỤC

KHOA MẮT	1
H25- H28 BỆNH THỦY TINH THỂ.....	2
H25.0 ĐỤC THỂ THỦY TINH BẮT ĐẦU Ở NGƯỜI GIÀ	2
H25.1 ĐỤC THỂ THỦY TINH VÙNG NHÂN Ở NGƯỜI GIÀ.....	2
H25.2 ĐỤC THỂ THỦY TINH HÌNH THÁI MORGAGNI	2
H25.8 ĐỤC THỂ THỦY TINH NGƯỜI GIÀ KHÁC.....	2
H25.9 ĐỤC THỂ THỦY TINH NGƯỜI GIÀ, KHÔNG ĐẶC HIỆU	2
H26- ĐỤC THỦY TINH THỂ KHÁC, H26.0 – H26.9.....	2
H40- H42- BỆNH GLÔCÔM.....	9
H40.2 GLOCOM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT	9
H40.0- NGHI NGỜ GLOCOM.....	16
H11.0 – MÔNG THỊT.....	19
H26.4- ĐỤC BAO SAU MÔ ĐỤC THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO	23
H36.0*- BỆNH LÝ VỒNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (E10-E14 VỚI KÝ TỰ THỨ TƯ CHUNG LÀ 3†).....	26
H02.6- U VÀNG Ở MI MẮT; D23.1-U LẠNH DA CỦA MI MẮT KỀ CẢ GÓC MẮT.....	31
H00.1 – CHẤP.....	35
H20 – VIÊM MÔNG THỂ MI.....	38
H20.0 VIÊM MÔNG MẮT THỂ MI CẤP VÀ BÁN CẤP.....	38
[VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO TRƯỚC CẤP].....	38
H02.0- QUẬM VÀ LÔNG XIÊU CỦA MI MẮT	43
S05 TÔN THƯƠNG MẮT VÀ Ô MẮT	46
S05.1 ĐỤNG GIÁP NHÃN CẦU VÀ TỔ CHỨC HỒ MẮT [ĐỤNG DẬP NHÃN CẦU DO CHẤN THƯƠNG].....	46
H40.1 GLOCOM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT	51
H35.7 BONG CÁC LỚP VỒNG MẠC [BỆNH LÝ HẮC VỒNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH].....	58
H35.3 THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM VÀ CỰC SAU [BỆNH LÝ LỖ CỦA HOÀNG ĐIỂM].....	62
H44.2 CẬN THỊ THOÁI HÓA [TÂN MẠCH HẮC MẠC DO CẬN THỊ]	71
H35.3 THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM VÀ CỰC SAU [THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ], [AMD]	74
H16.0 LOÉT GIÁC MẠC [VIÊM LOÉT GIÁC MẠC].....	80
H44.0 VIÊM MỦ NỘI NHÃN	84
H05.0 VIÊM HỐC MẮT CẤP TÍNH [VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT].....	89
H10.2 VIÊM KẾT MẠC CẤP KHÁC.....	94
H10.3 VIÊM KẾT MẠC CẤP, KHÔNG ĐẶC HIỆU [VIÊM KẾT MẠC CẤP].....	94
KHOA TAI - MŨI - HỌNG	99
PHẦN HỌNG - THANH QUẢN	100
T18.1. VẬT LẠ TRONG THỰC QUẢN [DỊ VẬT THỰC QUẢN]	101
J35.2. PHÌ ĐẠI VA [VIÊM VA CẤP VÀ MẠN TÍNH].....	107

J36. ÁP XE QUANH AMIDAN.....	113
J39.0. ÁP XE SAU HỌNG VÀ ÁP XE CẬN HỌNG [ÁP XE THÀNH SAU HỌNG].....	117
J03.9. VIÊM AMIDAN CẤP, KHÔNG PHÂN LOẠI [NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP TRÊN].....	121
J35.0. VIÊM AMIDAN MÃN TÍNH.....	121
J38.2. NỐT NHỎ Ở DÂY THANH ÂM [HẠT DÂY THANH].....	128
PHẦN MŨI XOANG	132
J01.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG CẤP [VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH].....	133
J33.0. POLÍP MŨI.....	139
J32.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG MẠN [VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH DO NẤM].....	145
J32.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG MẠN [VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH].....	150
J30.3. VIÊM MŨI DỊ ỨNG KHÁC [VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG].....	156
J32.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG MẠN.....	160
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinuitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.	165
J34.1 UNANG VÀ UNHÀY CỦA MŨI VÀ XOANG MŨI [UNHÚ VÙNG MŨI XOANG].....	166
J34.2. LỆCH VÁCH MŨI [LỆCH (VẼO) VÁCH NGÃN].....	171
S02.2. VỠ XƯƠNG MŨI [GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI].....	175
R04.0. CHẢY MÁU CAM.....	179
PHẦN TAI–XƯƠNG CHŨM.....	185
H65.3.VIÊM TAI GIỮA TIẾT NHẢY MẠN.....	186
H72.8. THŨNG MÀNG NHĨ KHÁC.....	186
H70.1. VIÊM XƯƠNG CHŨM MẠN.....	191
H72.8. THŨNG MÀNG NHĨ KHÁC.....	191
H70.1. VIÊM XƯƠNG CHŨM MẠN [VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM MẠN CHOLESTEATOMA CỦA TAI GIỮA].	196
H72.1. THŨNG MÀNG NHĨ Ở VỊ TRÍ THƯỢNG NHĨ [THŨNG MÀNG NHĨ CÓ CHOLESTEATOMA].....	196
H91.2. ĐIẾC ĐỘT NGỌT KHÔNG RÕ NGUYÊN DO.....	203
Q18.1. XOANG VÀ MANG TRƯỚC TAI [DÒ LUÂN NHĨ - ÁP XE DÒ LUÂN NHĨ].....	208
G51.0. LIỆT BELL [LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN].....	212
KHOA RĂNG HÀM MẶT	218
K01.1 – RĂNG MỌC KẾT [RĂNG KHÔN MỌC LỆCH].....	219
K05.0 – VIÊM NƯỚU CẤP - K05.1- VIÊM NƯỚU MÃN [VIÊM NƯỚU LIÊN QUAN ĐẾN MÀNG BẨM RĂNG].....	223
K02.0 – SÂU GIỚI HẠN Ở MEN - K02.1 - SÂU NGÀ.....	227
K04.0 – VIÊM TỦY [VIÊM TỦY RĂNG].....	230
K04.6 – ÁP XE QUANH CHÂN RĂNG CÓ Ổ [VIÊM QUANH CHÓP RĂNG].....	233
K09.0 – NANG RĂNG PHÁT TRIỂN [NANG THÂN RĂNG].....	237
K11.6 – NANG NHẢY CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT [NANG NHÁI SÀN MIỆNG].....	241
K11.6- NANG NHẢY CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT [NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỠI].....	245
L03.2 – VIÊM MÓ BÀO Ở MẶT [VIÊM TẤY TỎA LAN VÙNG HÀM MẶT].....	249
K11.2 – VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT [VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH].....	254

G50.0 – ĐAU DÂY THẦN KINH TAM THOẢ [ĐAU DÂY THẦN KINH V].....	257
S01.4 – VẾT THƯƠNG HỔ CỦA MÁ VÀ VÙNG THÁI DƯƠNG – XƯƠNG HÀM DƯỚI.....	260
S01.5 – VẾT THƯƠNG CỦA MÔI VÀ KHOANG MIỆNG [CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT].....	260
S02.6 – GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI.....	265
S02.4 – VỠ XƯƠNG GÒ MÁ VÀ GÃY XƯƠNG HÀM.....	269
K10.2 - TÌNH TRẠNG VIÊM CỦA XƯƠNG HÀM.....	273
[VIÊM XƯƠNG HÀM DO RĂNG].....	273
K06.8 – RỐI LOẠN ĐẶC HIỆU KHÁC CỦA NƯỚC VÀ SỐNG HÀM [U NƯỚC].....	278
K04.8 – NANG CÓ CUỐNG [NANG XƯƠNG HÀM DO RĂNG].....	281
K14.0 – VIÊM LƯỖI.....	286
D10.0 – U LÀNH CỦA MÔI [U MÔI, U NIÊM MẠC MIỆNG LÀNH TÍNH] D10.1 - U LÀNH CỦA LƯỖI.....	293

KHOA MẮT

H25- H28 BỆNH THỦY TINH THỂ
H25.0 ĐỤC THỂ THỦY TINH BẮT ĐẦU Ở NGƯỜI GIÀ
H25.1 ĐỤC THỂ THỦY TINH VÙNG NHÂN Ở NGƯỜI GIÀ
H25.2 ĐỤC THỂ THỦY TINH HÌNH THÁI MORGAGNI
H25.8 ĐỤC THỂ THỦY TINH NGƯỜI GIÀ KHÁC
H25.9 ĐỤC THỂ THỦY TINH NGƯỜI GIÀ, KHÔNG ĐẶC HIỆU
H26 - ĐỤC THỦY TINH THỂ KHÁC, H26.0 – H26.9

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng thủy tinh thể mất đi độ trong suốt, làm cản trở ánh sáng đi vào mắt, từ đó dẫn đến tình trạng giảm thị lực gây mờ mắt dẫn đến mù lòa.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Đục thể thủy tinh già

2.1.1. Đục dưới bao (đục hình chén):

- Đục dưới bao trước
- Đục dưới bao sau

2.1.2. Đục nhân: thường gặp ở người cận thị và người già

2.1.3. Đục vỏ

- Đục vỏ trước
- Đục vỏ sau
- Đục vỏ chu biên
- Đục hình chêm

2.2. Đục thể thủy tinh do chuyển hóa

2.2.1. Đục thể thủy tinh do tiểu đường: Thường gặp 2 loại đục thể thủy tinh do tiểu đường.

- Đục thể thủy tinh thật sự do tiểu đường: Điển hình ở bệnh nhân tiểu đường type 1 người trẻ đục dưới bao, xuất hiện đột ngột và tiến triển nhanh, dẫn đến đục vỏ toàn bộ rất nhanh gây mù.
- Đục thể thủy tinh già trên bệnh nhân tiểu đường: Bệnh nhân tiểu đường đục thể thủy tinh xuất hiện sớm hơn so với bệnh nhân cùng lứa tuổi và thường ở hình thái đục dưới bao sau thường hay phát triển thành đục thể thủy tinh, nhân nâu, dai và là một trong những dạng đục thể thủy tinh khó phẫu thuật nhất và dễ gặp nhiều biến chứng.
- Galactosaemia, Lowe's syndrome, hypocalcaemic syndrome.

2.3. Đục thể thủy tinh do ngộ độc

- Đục thể thủy tinh do corticoid: Hình thái đục hay gặp dạng đục dưới bao sau.
- Đục thể thủy tinh do dùng các thuốc khác: Một số thuốc nhóm hướng tâm thần như phenothiazis, thuốc chống loạn nhịp tim (Amiodaron), thuốc co đồng tử (kháng cholinesteraza) có thể gây đục thể thủy tinh.

2.4. Đục thể thủy tinh thứ phát

2.4.1. Đục thể thủy tinh thứ phát xảy ra với một bệnh mắt trước đó như:

- Viêm màng bồ đào mãn tính
- Viêm màng bồ đào dị sắc Fuchs
- Thoái hoá sắc tố võng mạc
- Bệnh Leber's
- Sau glaucoma cấp góc đóng
- Sau mổ cắt bè củng mạc
- Sau mổ lấy dị vật nội nhãn
- Phẫu thuật dịch kính – võng mạc
- Ngộ độc vàng
- Điều trị ung thư
- Các bệnh viêm da dị ứng
- Hội chứng giả tróc bao
- Cận thị nặng
- Glaucoma do tiêu T3, do chất T3

2.4.2. Biến chứng của đục T³ chín hay quá chín:

Tắc vùng bè và protein của T³ vào pha lê thể hay đại thực bào.

2.5. Đục thể thủy tinh chấn thương:

Một trong những nguyên nhân chính ở đục thể thủy tinh người trẻ

2.5.1. Sa và lệch thể thủy tinh chấn thương

- Thể thủy tinh bán lệch
- Thể thủy tinh sa tiền phòng
- Thể thủy tinh sa buồng pha lê thể.

2.5.2. Nguyên nhân

- Do chấn thương đụng dập
- Sau chấn thương xuyên (ít).

2.6. Tổn hại thể thủy tinh bẩm sinh

- Không có thể thủy tinh
- Thể thủy tinh hình chóp và thể thủy tinh hình cầu
- Khuyết thể thủy tinh
- Đục hình sao trên bao (màng)
- Thể thủy tinh nhỏ hình cầu (cận thị nặng gia tăng) gặp trong hội chứng Weill-Marchesani (thấp bé, ngón tay ngắn và mập)
- Đục thể thủy tinh bẩm sinh, đục ở trẻ sơ sinh và trẻ em.

2.7. Phân loại đục thể thủy tinh

2.7.1. Phân loại theo nguyên nhân

- Đục thể thủy tinh bẩm sinh

- Đục thể thủy tinh già
- Đục thể thủy tinh do chấn thương
- Đục thể thủy tinh thứ phát
- Đục thể thủy tinh do chuyển hóa
- Đục thể thủy tinh do ngộ độc

2.7.2. Phân loại theo giải phẫu

- Đục bao : Hay gặp đục bao trước ở người trẻ. Đục bao sau ít gặp hơn.
- Đục dưới bao : Đục dưới bao sau cơn glaucoma cấp, đục dưới bao trước hoặc dưới bao sau , đục dưới bao sau thường khu trú ở lớp vỏ sau và nằm ở trục.
- Đục nhân : Nhân xơ cứng theo tuổi và sự xơ cứng và chuyển màu vàng quá mức gọi là đục nhân thể thủy tinh
- Đục vỏ: Đục vỏ (còn gọi là đục hình chêm) thường bị 2 mắt và chức năng thị giác rất khác nhau tùy thuộc vị trí đục so với trục thị giác do biến đổi thành phần Ion của lớp vỏ thể thủy tinh dẫn đến đục lớp vỏ. Một số trường hợp thể thủy tinh hút nước và căng phồng rất nhanh gọi là đục vỏ toàn bộ hay đục căng phồng làm thị lực giảm rất nhanh và có thể dẫn đến đục thể thủy tinh căng phồng gây tăng nhãn áp thứ phát. (Đục quá chín) cần phẫu thuật gấp phòng ngừa biến chứng glaucome do tiêu thể thủy tinh.

- Đục cực sau

2.7.3. Phân loại theo độ chín thể thủy tinh

- Đục chưa hoàn toàn
- Đục toàn bộ (đục chín) : chất vỏ và nhân ngậm nước toàn bộ (đục thể thủy tinh phồng)
- Đục quá chín : chất vỏ hóa lỏng thoát khỏi nhân, bao nhãn
- Đục morgagni: chất vỏ tiêu, nhân thể thủy tinh sa xuống dưới đáy bao, bao vôi hóa từng chỗ

2.7.4. Phân loại theo độ cứng nhân:

Dùng trong phẫu thuật nữ tương hóa để chỉ định, lựa chọn kỹ thuật mổ cho từng hình thái đục và độ cứng nhân.

Bảng phân loại độ cứng nhân (Lucio Buratto)

- Độ 1: nhân màu xám nhạt, mềm, đục vỏ hay đục dưới bao sau, thường gặp ở người trẻ.
- Độ 2: nhân hơi cứng, xám hay xám vàng, thường gặp ở người trẻ hay < 50 tuổi. Ở bệnh nhân đứng tuổi đặc biệt đục dưới bao sau.
- Độ 3: nhân cứng trung bình, đục thủy tinh thể già đặc trưng, có thể loại đục vàng nhạt ở bệnh nhân tuổi 60 – 65 cũng xếp vào độ này.
- Độ 4: nhân nâu cứng, nhân lớn, màu vàng hổ phách (yêu cầu thao tác nhiều khi phẫu thuật).
- Độ 5: nhân rất cứng, nhân nâu, đen. Đục thể thủy tinh già rất lâu năm.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Giảm thị lực: Các loại đục thể thủy tinh khác nhau, các giai đoạn đục thể thủy tinh tiến triển ảnh hưởng đến thị lực khác nhau.
- Lóa mắt: Do giảm cảm thụ tương phản trong các môi trường sáng nhiều.
- Cận thị hóa: Sự phát triển của xơ cứng nhân làm tăng thêm công suất khúc xạ của thể thủy tinh và thường gây cận thị mức độ nhẹ hoặc trung bình ở bệnh nhân lão thị, bệnh nhân có thể bỏ kính để đọc sách, tức là có “thị giác thứ hai”, thường gặp ở hình thái đục nhân xơ cứng.
- Song thị một mắt: đôi khi.

3.2. Cận lâm sàng

- Đo thị lực.
- Soi đáy mắt (nếu còn soi được).
- Đo nhãn áp (Maclakov, Goldmann, Schiötz.....).
- Đếm tế bào nội mô giác mạc: Trung bình 2.400 – 3.000 tế bào/mm², nếu < 1.000 → bất thường. Đếm tế bào nội mô có chỉ định trong phẫu thuật nhũ tương hóa (vì tế bào nội mô thường mất nhiều sau phẫu thuật này). Số lượng nội mô giảm có thể gây ra mất bù trừ nội mô giác mạc sau mổ, cần dè dặt trong chỉ định mổ nhũ tương hóa nếu số lượng tế bào nội mô $\leq 1.500/ \text{mm}^2$.
- Đo (chụp) bản đồ giác mạc .
- Điện võng mạc.
- Đo công suất giác mạc, javal.
- Siêu âm mắt lấy độ IOL.
- Siêu âm B cần thiết khi đục thể thủy tinh quá chín không soi được đáy mắt giúp loại trừ một số trường hợp đục và có tổn thương võng mạc dịch kính đi kèm như bong võng mạc, xuất huyết, vẩn đục dịch kính, khối u, dị vật...
- Chụp hình đáy mắt, OCT chẩn đoán bệnh lý đáy mắt kèm theo như đái tháo đường, cao huyết áp, thoái hóa hoàng điểm, lỗ hoàng điểm, phù hoàng điểm...
- Cận lâm sàng tiền phẫu: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, SGOT, SGPT, Bun, Creatinin, ion đồ, TQ, TCK, XQ tim phổi thẳng, đường huyết, ECG, HIV, HBsAg, antiHCV...
- Các cận lâm sàng khác tùy theo bệnh lý kèm theo.

4. ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH

4.1. Nguyên tắc

- Dùng thuốc nhỏ trong các trường hợp đục thể thủy tinh khởi phát, đục thể thủy tinh tiến triển, chờ đến giai đoạn phẫu thuật.
- Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất cho tất cả các loại đục thủy tinh thể.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

Kary-uni, nước mắt nhân tạo, vitamin...

4.2.2. Ngoại khoa

4.2.2.1. Chỉ định phẫu thuật:

- Cải thiện thị lực.
- Giải quyết biến chứng do thủy tinh thể gây ra.

4.2.2.2. Các phương pháp phẫu thuật:

- Mổ lấy thể thủy tinh trong bao (ICCE)
- Mổ lấy thể thủy tinh ngoài bao: đặt IOL, không đặt IOL (ECCE)
- Cắt thể thủy tinh (Lensectomy)
- Phacoemulsification (phaco), phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh
- Laser phaco: ngày nay hầu hết đều sử dụng phương pháp Phaco + IOL đặt trong bao để phẫu thuật thủy tinh thể.
- Đối với những trường hợp đứt dây chằng zinn thủy tinh thể nhiều: có thể dùng vòng căng bao để dễ phẫu thuật.
- Những trường hợp không còn bao sau: áp dụng treo IOL cũng mặc.

4.2.2.3. Thuốc dùng trong phẫu thuật:

Thuốc: Kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau, giảm phù, vitamin, nước mắt nhân tạo..

- Kháng sinh: toàn thân, tại chỗ, phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...

- Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.

- Tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon

- Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.

- Nước mắt nhân tạo.

- Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ

- Bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid ...

- Giảm đau.

- Vitamine.

- ❖ Theo dõi hậu phẫu:

- Kiểm tra thị lực, nhãn áp, tình trạng khúc xạ của mắt, soi đáy mắt, chụp đáy mắt, OCT phát hiện biến chứng đáy mắt: phù hoàng điểm dạng nang...

- Bổ sung nước mắt nhân tạo tránh khô mắt.

4.2.2.4. Biến chứng phẫu thuật:

- Trong mổ:

- + Rách bao sau.

- + Sa T³ buồng dịch kính.

- + Bong võng mạc, hắc mạc, xuất huyết tống.

- Sau mổ:
 - + Tăng nhãn áp.
 - + Lệch IOL.
 - + Viêm giác mạc khứa, tổn thương nội mô giác mạc nặng có thể gây loạn dưỡng giác mạc.
 - + Viêm màng bồ đào.
 - + Xuất huyết dịch kính.
 - + Phù hoàng điểm dạng nang.
 - + Viêm mủ nội nhãn: đây là biến chứng rất nặng, cần điều trị rất tích cực.
- Xử trí: tùy thuộc vào biến chứng sẽ có phương pháp cụ thể khác nhau.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Đục thủy tinh thể ngâm nước căng phòng gây tăng áp thứ phát gây đau nhức, thị lực giảm rất nhiều, nhãn áp tăng.
- Đục thủy tinh thể quá chín, thoát chất nhân gây viêm màng bồ đào cấp (viêm màng bồ đào do ly tán T3).
- Đục thủy tinh thể quá chín gây đứt dây chằng zinn, thủy tinh thể sa tiền phòng hoặc buông pha lê thể.
- Cả 3 dạng trên đều là tình trạng cấp cứu nhãn khoa.
- Nên phẫu thuật khi đã ảnh hưởng đến chức năng thị giác cản trở đến sinh hoạt, nhằm tránh để quá muộn dễ xảy ra biến chứng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt phẫu thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Đục T3 có kèm các bệnh lý về tim mạch, tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị, vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Lệch thủy tinh thể vào dịch kính, bán lệch T3 nhiều gây khó khăn cho phẫu thuật.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Tránh tiếp xúc trực tiếp ánh sáng mặt trời nhiều.
- Điều trị các bệnh lý nội khoa kèm theo, đặc biệt bệnh đái tháo đường.

– Nên đi khám mắt định kỳ nhằm phát hiện và điều trị đúng thời điểm, tránh biến chứng muộn gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt””.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “ Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Bộ Y tế (2018) “Quyết định số 7328/ QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chuẩn chất lượng về chẩn đoán và điều trị Đục thể thủy tinh”
8. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
10. American Academy of Ophthalmology (2008), Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis.
11. Annie Mathai, Virender S Sangwan (2005) Modern Ophthalmology, posterior Uveitis, Jaypee.
12. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
13. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.
14. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
15. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
16. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.
17. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

H40- H42- BỆNH GLÔCÔM

H40.2 GLOCOM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT

1. ĐỊNH NGHĨA

Glôcôm góc đóng nguyên phát là một tình trạng rối loạn về giải phẫu do mống mắt ngoại vi áp ra trước che lấp vùng bè và gây nghẽn góc tiền phòng.

Những tổn thương thần kinh thị giác do bệnh glôcôm gây ra là không có khả năng hồi phục. Vì vậy việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử

Trong hình thái bệnh lý này, cấu trúc vùng bè là bình thường. Bệnh thường xảy ra do 2 cơ chế chính:

– Nghẽn đồng tử: Trên địa trạng mắt có cấu trúc giải phẫu đặc biệt, khi đồng tử ở trạng thái giãn nửa vờ, diện tiếp xúc giữa mống mắt và mặt trước của thể thủy tinh tăng lên gây cản trở lưu thông thủy dịch từ hậu phòng ra tiền phòng. Thủy dịch bị ứ lại trong hậu phòng, áp lực trong hậu phòng tăng lên đẩy chân mống mắt nhô ra trước, áp vào vùng bè gây đóng góc và tăng nhãn áp.

– Nghẽn góc tiền phòng: lúc đầu mống mắt chỉ áp vào vùng bè nhưng chưa có dính góc thực thể (làm nghiệm pháp ấn góc, vùng mống mắt áp dính sẽ được tách ra). Nếu không được điều trị kịp thời, quá trình đóng góc kéo dài sẽ đưa đến tình trạng dính góc thực sự. Ở giai đoạn này, điều trị bằng thuốc co đồng tử hoặc bằng laser thì góc tiền phòng cũng không có khả năng mở ra được.

2.2. Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử

Hội chứng mống mắt phẳng: do thể mi to, xoay ra trước gây nghẽn góc tiền phòng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử

3.1.1.1. Glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp: đây là tình trạng cấp cứu nhãn khoa.

Xảy ra khi nhãn áp tăng cao một cách nhanh chóng do mống mắt chu biên đột ngột áp ra trước làm tắc nghẽn vùng bè.

– Triệu chứng cơ năng: Bệnh khởi phát đột ngột, diễn biến rầm rộ, thường xảy ra vào chiều tối, sau một xúc động mạnh bệnh nhân đột ngột đau nhức mắt, nhức xung quanh hố mắt, nhức lan lên nửa đầu cùng bên, nhìn mờ như qua màn sương, nhìn đèn

có quầng xanh đỏ, sợ ánh sáng, chói chảy nước mắt kèm theo, bệnh nhân có thể buồn nôn hoặc nôn, đau bụng, vã mồ hôi, sốt...

– Triệu chứng thực thể:

+ Thị lực giảm sút nhiều

+ Nhãn áp tăng rất cao

+ Thị trường thường không đo được do phù nề các môi trường trong suốt.

Trong trường hợp cơn glôcôm đã từng xuất hiện trước đó thì thị trường có thể đã có tổn thương ở các mức độ khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh

+ Khám: mi mắt xung nề, mắt cương tụ đỏ, giác mạc phù mờ có thể có bọng biểu mô, đồng tử giãn méo, giảm hoặc mất phản xạ với ánh sáng, tiền phòng nông, góc tiền phòng đóng, thể thủy tinh phù có thể có các vết rạn của bao trước. Đáy mắt rất khó soi do phù các môi trường trong suốt nhưng nếu soi được có thể thấy đĩa thị sung huyết, hệ mạch máu giãn và đôi khi có xuất huyết cạnh đĩa thị. Nếu thị trường đã bị thu hẹp và có lõm đĩa thì có thể cơn glôcôm góc đóng đã phát triển từ glôcôm góc đóng bán cấp hoặc mạn tính.

+ Mắt còn lại thường có biểu hiện tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp

– Chẩn đoán xác định.

+ Triệu chứng chủ quan điển hình

+ Thị lực giảm nhiều.

+ Nhãn áp tăng cao.

+ Đồng tử giãn, méo.

+ Các góc tiền phòng đóng.

– Chẩn đoán phân biệt

+ Viêm màng bồ đào tăng nhãn áp: có tua viêm sau giác mạc, đồng tử dính, co nhỏ.

+ *Lưu ý*: trong cơn glôcôm góc đóng cấp diễn cũng có thể có phản ứng viêm màng bồ đào. Trong trường hợp này cần quan sát triệu chứng đồng tử giãn của mắt bệnh và khám mắt thứ 2 thấy tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp.

3.1.1.2. Glôcôm góc đóng bán cấp

Glôcôm góc đóng bán cấp là những đợt tăng nhãn áp (ở mức vừa phải) do đóng góc được biểu hiện bằng những đợt giảm thị lực, nhìn đèn có quầng, đau nhức nhẹ trong mắt và đầu. Không điều trị gì, các triệu chứng này cũng tự qua đi và nhãn áp thường giữ ở mức bình thường giữa các cơn. Soi góc tiền phòng có những đám dính chân móng mắt. Mức độ tổn thương thị trường và đĩa thị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh.

– Chẩn đoán xác định

+ Bệnh sử điển hình

+ Góc tiền phòng hẹp hoặc đóng dính từng phần.

+ Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm

3.1.1.3. Glôcôm góc đóng mạn tính

- Bệnh biểu hiện âm thầm hầu như không có triệu chứng chủ quan đau nhức hoặc đôi khi chỉ có cảm giác căng tức nhẹ thoáng qua ở trong mắt hoặc đầu.
- Nhãn áp thường tăng ở mức độ vừa phải.
- Làm nghiệm pháp Herrick và soi góc tiền phòng là những khám nghiệm quan trọng để chẩn đoán phân biệt với glôcôm góc mở
- Chẩn đoán xác định
- Hầu như không có dấu hiệu chủ quan
- Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm
- Các góc tiền phòng hẹp hoặc đóng
- Chẩn đoán phân biệt: Glôcôm góc mở: soi góc tiền phòng sẽ thấy các góc mở.

3.1.2. Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử

- Ít hoặc hầu như không có triệu chứng chủ quan đau nhức
- Người bệnh thường đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn muộn với tổn thương nặng của đĩa thị và tổn hại thị trường đặc hiệu của glôcôm.
- Nhãn áp tăng cao
- Độ sâu tiền phòng ở trung tâm không nông như những trường hợp glôcôm góc đóng có nghẽn đồng tử
- Soi góc tiền phòng thấy các góc đóng
- Cận lâm sàng: Khám nghiệm trên máy UBM: thể mi to và xoay ra trước áp vào móng mắt, không thấy rãnh thể mi.

3.2. Cận lâm sàng

- Đo nhãn áp.
- Soi góc tiền phòng.
- Siêu âm mắt.
- Chụp đáy mắt, OCT xác định mức độ tổn thương gai thị.
- Các xét nghiệm khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, SGOT, SGPT, Bun, Creatinin, ion đồ, TQ, TCK, đường huyết, ECG, HIV, HBsAg, anti HCV...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Tích cực, khẩn trương làm hạ nhãn áp bằng thuốc để chống tổn hại thêm cho thị thần kinh

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp

4.2.1.1. Nội khoa

- Co đồng tử: Pilocarpin 2% nhỏ 1 giọt cứ 5 - 10 phút nhỏ 1 lần, với 3 - 6 liều, sau đó nhỏ mỗi lần 1 giọt, cứ 1 - 3 giờ tra lại một lần cho tới khi nhãn áp được kiểm soát.
- Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ: sử dụng đơn trị liệu hoặc phối hợp đa trị liệu.

+ Acetazolamide uống, có thể tiêm tĩnh mạch 5 – 10mg / kg cách 6 giờ / lần nếu bệnh nhân nôn nhiều, thuốc uống không có tác dụng. (Trong trường hợp nhãn áp tăng quá cao có thể phối hợp tiêm tĩnh mạch 500mg và uống 500mg). Bổ sung Potassium clorid.

+ Mannitol 20% (1-2 mg/ kg) truyền TM nhanh, C giọt/phút trong trường hợp cần hạ nhãn áp nhanh, hoặc trước khi phẫu thuật (phải kiểm tra HA, tình trạng tim mạch trước khi truyền).

- Các thuốc nhỏ mắt hạ nhãn áp.

+ Giảm đau, kháng viêm : steroid, non steroid toàn thân và tại chỗ.

+ Nâng tổng trạng: Bù nước điện giải, vitamine.

4.2.1.2. Điều trị bằng phẫu thuật: Là bắt buộc đối với hình thái glôcôm góc đóng

a. *Cắt mỏng mắt chu biên* bằng laser hoặc bằng phẫu thuật sau khi điều trị thuốc nhãn áp điều chỉnh, đồng tử co được và góc tiền phòng còn mở > ½ chu vi của góc.

- Thuốc: kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau.

- Hẹn khám định kỳ: kiểm tra nhãn áp, đĩa thị và soi lại góc tiền phòng.

b. *Tạo hình góc bằng laser (gonioplasty) hoặc mở mỏng mắt ngoại vi (peripheral iridotomy):*

- Trong trường hợp nhãn áp không điều chỉnh sau điều trị bằng laser mỏng mắt chu biên, có thể phối hợp với laser tạo hình góc nhằm làm tăng cường tác dụng mở rộng góc tiền phòng và hạ nhãn áp.

- Chuẩn bị bệnh nhân và chăm sóc sau điều trị: tương tự như với laser cắt mỏng mắt chu biên.

c. *Phẫu thuật cắt bè cứng mạc:*

Thuốc: Kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau, giảm phù, vitamin, nước mắt nhân tạo..

- Kháng sinh: toàn thân, tại chỗ, phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...

+ Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.

+ Tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon

- Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.

- Nước mắt nhân tạo.

- Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid

- Giảm đau.

- Vitamine.

4.2.2. Điều trị glôcôm góc đóng bán cấp

- Laser cắt mỏng mắt chu biên để giải phóng nghẽn đồng tử và làm hạ nhãn áp.
- Phẫu thuật cắt bè khi góc tiền phòng đóng dính nhiều, nhãn áp không điều chỉnh sau laser cắt mỏng mắt chu biên.

4.2.3. Điều trị glôcôm góc đóng mạn tính

- Cắt mỏng mắt chu biên để giải phóng nghẽn đồng tử, ngăn chặn góc đóng tiếp tục và giải quyết mối đe dọa xuất hiện cơn glôcôm góc đóng cấp.
- Thuốc hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ.
- Laser tạo hình mỏng mắt, phẫu thuật cắt bè nếu thuốc không đủ hiệu quả.

4.2.4. Điều trị glôcôm mỏng mắt phẳng

- Thuốc co đồng tử có hoặc không phối hợp các nhóm thuốc hạ nhãn áp khác.
- Laser tạo hình mỏng mắt (laser iridoplasty) phối hợp với laser mở mỏng mắt chu biên: nếu nhãn áp vẫn chưa được kiểm soát tốt bằng thuốc.
- Phẫu thuật cắt bè: khi thuốc và laser không đủ hiệu quả.
- Laser cắt mỏng chu biên cho mắt còn lại khi mắt kia đã bị Glaucoma góc đóng cấp.
- Bổ sung thuốc trong điều trị laser: Hạ nhãn áp, kháng viêm, giảm đau, vitamin.

4.2.5. Điều trị Glaucoma ác tính nguyên phát

4.2.5.1. Điều trị thuốc:

- Atropin: dẫn đồng tử, giảm tiết thủy dịch vào buồng dịch kính.
- Hạ nhãn áp: Đơn trị liệu hoặc kết hợp.
- Chống chỉ định thuốc gây co đồng tử: Pilocarpin...

4.2.5.2. Điều trị Laser: Cắt mỏng mắt chu biên kết hợp bắn thủng màng hyaloid trước tạo đường thoát thủy dịch trực tiếp từ buồng dịch kính vào tiền phòng.

4.2.5.3. Điều trị phẫu thuật: Khi thuốc và laser không hiệu quả.

- Lấy thể thủy tinh, cắt dịch kính, tái tạo tiền phòng.
- Trong nhiều trường hợp nhãn áp quá cao cần phối hợp thêm quang đông thể mi nội nhãn.

4.2.5.4. Theo dõi hậu phẫu

- Nhãn áp, thị trường.
- Đánh giá tình trạng tổn thương gai thị.
- Viêm nội nhãn.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Glôcôm góc đóng cơn cấp nếu không được điều trị, nhãn áp tiếp tục tăng cao kéo dài sẽ dẫn đến glaucoma tuyệt đối gây mù.
- Glôcôm góc đóng thể bán cấp có thể tiến triển xuất hiện dưới dạng cơn glôcôm cấp hoặc chuyển sang thể mạn tính.

– Tiên lượng tùy thuộc vào tình trạng bệnh, giai đoạn bệnh khi bệnh nhân đến khám và điều trị. Nếu không được điều trị tổn thương đĩa thị và thị trường ngày càng nặng hơn dẫn đến mù không có khả năng hồi phục. Nếu được phát hiện sớm, được điều trị sớm, điều trị đúng và theo dõi thường xuyên thì bệnh nhân có thể tránh được mù loà.

5.2. Biến chứng

– Nhìn chung, dù ở thể lâm sàng nào nếu không được điều trị kiểm soát tốt nhãn áp thì bệnh sẽ dẫn đến mù loà vĩnh viễn.

– Biến chứng nặng thường gặp sau điều trị bằng phẫu thuật là:

+ Tăng nhãn áp tái phát: điều trị bằng các thuốc tra hạ nhãn áp và theo dõi định kỳ. Nếu nhãn áp không điều chỉnh có thể xem xét mổ cắt bè lần 2.

+ Sẹo bong thâm quá mỏng hoặc rò, vỡ bong thâm: tùy tình trạng bệnh lý có thể điều trị nội khoa bằng thuốc ức chế tiết thủy dịch, tiêm máu tự thân kích thích tăng sinh xơ vùng sẹo bong, mang kính tiếp xúc mềm hoặc bằng phẫu thuật sửa sẹo bong.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Toàn thân và mắt phẫu thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng

– Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.

– Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

– Glaucoma ác tính, tái phát khó xử lý, không đáp ứng điều trị

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Việc phát hiện sớm, điều trị sớm và theo dõi thường xuyên là rất quan trọng. Cần đo nhãn áp, khám đánh giá tình trạng đĩa thị cho các đối tượng có nguy cơ. Người trên 40 tuổi nên đi khám mắt 1 năm một lần. Những người ruột thịt của bệnh nhân glôcôm nên khám mắt cứ 6 tháng một lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.

2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.

3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. American Academy of Ophthalmology (2008), Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis.
10. Annie Mathai, Virender S Sangwan (2005) Modern Ophthalmology, posterior Uveitis, Jaypee.
11. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
12. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.
13. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
14. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
15. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.
16. Lam D.S, Tano Y., Rich R., Pao S.K (2008), “Glaucoma Diagnostics”, A-Z in Ophthalmology, Section A, Book 1, Hong Kong, Bon Vision Limited.
17. Shields M.B, Allingham R.R, Damji K.F., Freedman s, Moroi S.E, Shafranov G. (2005): “ Shields Textbook of Glaucoma”, 5th Edition, Lippincott Williams and Wilkins.
18. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.
19. Remo S.J, Medeiros F.A. (2006): “The optic nerve in glaucoma”, 2th Edition, Rio de Janeiro, Cultura Medica.
20. Weinred R.N., Friedman D.S. (2006), “Angle Closure and Angle Closure Glaucoma”, Consensus Series-3, Kugler Publications, The Hague, The Netherlands.
21. Weinred R.N., Brandt J.D (2007), “Intraocular Pressure”, Consensus Series-4, Kugler Publications, The Hague, The Netherlands.

H40.0 - NGHI NGỜ GLOCOM

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng góc tiền phòng hẹp lại, thường nằm ở độ I – II khi soi góc tiền phòng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên phát.
- Thứ phát: Đục T3 phòng, tân mạch, do tiểu đường, viễn thị nặng...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng:

3.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Không đau, mỏi mắt, nặng mắt
- Thị lực có thể bình thường

3.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Nhãn áp bình thường
- Góc tiền phòng hẹp
- Gai thị bình thường

3.2. Cận lâm sàng :

- Soi góc tiền phòng: Theo phân độ góc tiền phòng của Schaffer:
 - + Độ IV: góc giữa mống mắt và mặt vùng bè là 45°
 - + Độ III: góc giữa mống mắt và mặt vùng bè $> 20^\circ$ và $< 45^\circ$.
 - + Độ II: góc giữa mống mắt và mặt vùng bè là 20° .
 - + Độ I: góc giữa mống mắt và mặt vùng bè là 10° .
 - + Độ 0: Mống mắt áp vào vùng bè.
- Kết quả: Góc tiền phòng độ I-II: Góc hẹp.
- Ngoài soi góc tiền phòng, cần siêu âm mắt phát hiện bất thường nội nhãn.
- Chụp hình đáy mắt, OCT gai thị nhằm đánh giá tổn thương đáy mắt, mức độ lõm gai thị.
- Các xét nghiệm khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, đường huyết, ECG...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc:

- Tạo một lỗ thủng ở chu biên mống mắt nhằm giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng.

4.2. Điều trị cụ thể: Cắt mống mắt chu biên bằng Laser-Yag.

- Thuốc: kháng viêm, giảm đau, hạ nhãn áp, vitamin, nước mắt nhân tạo
 - + Nhỏ Pilocarpine 2% trước 2 giờ: 3-4 lần

- + Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng acetazolamid.
- + Kháng viêm, giảm đau: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.
- + Nước mắt nhân tạo
- + Vitamin
- Theo dõi biến chứng hậu phẫu
 - + Tăng nhãn áp
 - + Viêm màng bồ đào.
 - + Đánh giá tình trạng tổn thương gai thị: chụp đáy mắt, OCT.

5. TIÊU LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nghi ngờ Glucom có thể gây nên glaucoma góc đóng cấp tính gây tổn thương gai thị trầm trọng, ảnh hưởng đến thị lực bệnh nhân có thể dẫn đến mù lòa.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt làm thủ thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Lỗ mống thông thủy dịch.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám mắt định kỳ, nếu phát hiện góc tiền phòng hẹp cần phải cắt mống chu biên nhằm ngăn ngừa cơn glaucoma góc đóng cấp tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.

4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. American Academy of Ophthalmology (2008), Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis.
10. Annie Mathai, Virender S Sangwan (2005) Modern Ophthalmology, posterior Uveitis, Jaypee.
11. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
12. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.
13. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
14. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
15. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.
16. Lam D.S, Tano Y., Rich R., Pao S.K (2008), “Glaucoma Diagnostics”, A-Z in Ophthalmology, Section A, Book 1, Hong Kong, Bon Vision Limited.
17. Shields M.B, Allingham R.R, Damji K.F., Freedman s, Moroi S.E, Shafranov G. (2005): “ Shields Textbook of Glaucoma”, 5th Edition, Lippincott Williams and Wilkins.
18. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.
19. Remo S.J, Medeiros F.A. (2006): “The optic nerve in glaucoma”, 2th Edition, Rio de Janeiro, Cultura Medica.
20. Weinred R.N., Friedman D.S. (2006), “Angle Closure and Angle Closure Glaucoma”, Consensus Series-3, Kugler Publications, The Hague, The Netherlands.
21. Weinred R.N., Brandt J.D (2007), “Intraocular Pressure”, Consensus Series-4, Kugler Publications, The Hague, The Netherlands.

H11.0 – MỘNG THỊT

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một khối xơ mạch của kết mạc nhãn cầu có hình tam giác : đỉnh quay về phía trung tâm giác mạc, đáy quay về phía cực lệ (nếu là mộng góc trong) hoặc về phía cùng đồ ngoài (nếu là mộng góc ngoài).

2. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều thuyết trong đó có sự rối loạn chức năng của tế bào mầm ở vùng rìa, kết mạc tại đó sẽ bò qua vùng rìa xâm lấn vào giác mạc do rào cản của kết mạc và giác mạc bị phá vỡ. Gần đây nhiều người cho rằng gen p53 có liên quan đến việc hình thành khối u cũng như hình thành mộng.

3. CHẨN ĐOÁN

Mộng thịt được chẩn đoán dễ dàng bởi bệnh nhân. Tuy nhiên nhà lâm sàng cần chẩn đoán một cách chi tiết đầy đủ hơn, để có được tiên lượng và chọn một phương pháp điều trị thích hợp nhất cho bệnh nhân.

3.1. Chẩn đoán xác định

- Mộng nguyên phát hay tái phát.
- Độ mộng: I, II, III, IV. Hoặc đánh giá mức độ theo type: I, II, III.
- Tính chất : tiến triển hay thoái triển.
- Hình thái: dày, trung gian, teo.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Mộng giả: (pseudo pterygium)
- U nhú: (Papilloma)
- Một u nhỏ có nhiều nhú, nhiều mạch máu, dễ chảy máu.
- U dạng bì vùng rìa (Limbal Dermoid)
- Mộng mỡ (Pinguecula)
- Ung thư tế bào vảy ở vùng rìa. (Squamous cell carcinoma)

Khó phân biệt với mộng thịt, u không có dạng tam giác rõ, đỏ và bề mặt không nhẵn như mộng thịt, có nhiều tân mạch ngoằn ngoèo, tiến triển nhanh.

3.3. Phân loại

Có nhiều cách phân loại.

3.3.1. Theo tính chất tái phát

- Mộng nguyên phát (chưa phẫu thuật).
- Mộng tái phát (đã phẫu thuật) .

3.3.2. Theo mức độ tiến triển

- Độ I: tới rìa giác mạc .
- Độ II: qua rìa giác mạc < 2mm.
- Độ III: qua rìa giác mạc từ 2-4mm.

– Độ IV: qua rìa giác mạc > 4mm hay vượt quá bờ đồng tử.

3.3.3. Theo tính chất phát triển

– Mộng tiến triển: thân mộng dày, có nhiều mạch máu đỏ như thịt tươi, đỉnh mộng hình răng cưa hay gập ở những bệnh nhân trẻ, mộng tiến triển nhanh và rất dễ tái phát sau phẫu thuật.

– Mộng thoái triển: thân mộng mỏng, ít mạch máu, ít sung huyết, có đường sắc tố (Stocker's line) hay gập ở bệnh nhân cao tuổi, nguy cơ tái phát sau mổ thấp, nếu có tái phát thì mức độ cũng nhẹ.

3.3.4. Theo hình thái

– Mộng thân dày (Fleshy pterygium) : không thể quan sát lớp mạch máu thượng củng mạc.

– Mộng trung gian (Intermediate pterygium) : có thể thấy một phần mạch máu thượng củng mạc.

– Mộng teo (Atrophy pterygium): có thể quan sát rõ các mạch máu thượng củng mạc.

3.3.5. Theo tổng hợp các đặc tính

Dựa vào hình thái, mức độ xâm lấn giác mạc, mức độ nặng trên lâm sàng, các tác giả đã phân thành 3 loại chính như sau

– Type I: Mộng nguyên phát nhỏ.

– Type II: Mộng nguyên phát tiến triển, hoặc tái phát không ảnh hưởng vùng quang học.

– Type III: Mộng nguyên phát tiến triển, hoặc tái phát ảnh hưởng vùng quang học.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

– Trong những trường hợp mộng nhỏ để làm giảm cảm giác khó chịu, điều trị triệu chứng là chính.

– Phẫu thuật

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Nội khoa:

– Kháng viêm: steroid, non steroid

– Nước mắt nhân tạo

4.2.2. Ngoại khoa:

– Các xét nghiệm: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, đường huyết, ECG, HBsAg, anti HCV, HIV...

– Có nhiều phương pháp:

+ Cắt mộng đơn thuần

+ Cắt mộng có ghép kết mạc tự thân

+ Ghép kết mạc rìa tự thân kết hợp áp Mitomycin C

+ Cắt mộng có vá niêm mạc.

- Thuốc hậu phẫu: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, vitamin, nước mắt nhân tạo...
- Kháng sinh toàn thân, tại chỗ: (phổ rộng: nhóm beta-lactam, Aminoglycosid, Fluroquinolon...)
- Nước mắt nhân tạo.
- Kháng viêm: steroid, non- steroid tại chỗ
- Giảm đau.
- Vitamine.
- Cyclosporin nồng độ thấp chống viêm, sử dụng đến 3 tháng.
- Kháng viêm tại chỗ steroid, non- steroid sử dụng khi giác mạc lành sẹo.
- Theo dõi hậu phẫu:
 - + Thủng giác mạc, củng mạc: xảy ra trong phẫu thuật.
 - + Viêm loét giác mạc.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mộng thị dạng tiền triển rất dễ phát triển xâm lấn sâu vào trung tâm giác mạc, gây ảnh hưởng đến trục thị giác, hoặc co kéo tạo nên loạn thị giác mạc gây giảm thị lực. Ngoài ra sẽ dễ tái phát sau phẫu thuật.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Tránh tiếp xúc môi trường kích thích như gió, bụi, khói, cát, tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh mặt trời do ảnh hưởng của tia tử ngoại, hoặc các tia bức xạ từ ánh nắng mặt trời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.

2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. *Ophthalmology*; 88(6):513-524.
10. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), *Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.*
11. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). *Current Ocular Therapy.*
12. Jack J Kanski (2003), *Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinneman.*
13. *The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.*

H26.4 - ĐỤC BAO SAU MỔ ĐỤC THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng đục bao sau của mắt đã mổ lấy thủy tinh thể, tùy thuộc mức độ đục sẽ ảnh hưởng đến thị lực của bệnh nhân.

2. NGUYÊN NHÂN

Do sợi thủy tinh thể vẫn còn phát triển sau khi đã lấy nhân thủy tinh thể, gặp nhiều ở những bệnh nhân còn sót lại cortex, bệnh nhân trẻ tuổi.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân đã mổ đục T3 có đặt IOL.
- Thị lực giảm hơn so với sau mổ.
- Sinh hiển vi: xác định đục bao sau.
- Soi đáy mắt: đánh giá ánh hồng đồng tử, đáy mắt có bệnh lý kèm theo không?
- Chẩn đoán xác định đục bao sau/IOL.
- Chẩn đoán mức độ đục:

+ Độ 1: (đục bao sau mức độ nhẹ): hình ảnh bao sau là những nếp gấp của bao kèm những dải xơ mảnh có thể có rải rác hạt Elschnig nhưng không che lấp diện đồng tử, ánh đồng tử hồng. Đáy mắt soi còn tương đối rõ các chi tiết.

+ Độ 2: (đục bao sau mức độ vừa): bao sau đục thành mảng xơ kèm thêm màng xuất tiết mỏng dính bám sắc tố hoặc đám hạt Elschnig dày đặc trên diện đồng tử. Soi đáy mắt thấy mờ không rõ chi tiết.

+ Độ 3: (đục bao sau mức độ nặng): bao sau đục thành mảng xơ dày trắng kèm theo màng xuất tiết dày và sắc tố dính chặt vào mặt sau IOL gây co kéo lệch đồng tử, lệch IOL. Không quan sát được tình trạng dịch kính và đáy mắt.

3.2. Cận lâm sàng:

- Soi 3 mặt gương Goldmann đáy mắt xác định.
- Siêu âm mắt xác định bệnh lý nội nhãn kèm theo.
- Có thể chụp đáy mắt, OCT xác định tổn thương đáy mắt, tiên lượng mức độ phục hồi thị lực.
- Nhãn áp.
- Các xét nghiệm thường qui khác: ECG, công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, đường huyết...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc: mở bao sau đục bằng Laser Yag, phẫu thuật.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Nội khoa:

- Khi chưa có chỉ định phẫu thuật: theo dõi tái khám theo yêu cầu

4.2.2. Ngoại khoa: Laser-Yag cắt bao sau

4.2.2.1. Laser-Yag cắt bao sau

Thuốc: kháng viêm tại chỗ, hạ nhãn áp (Toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamide), giảm đau, vitamin.

4.2.2.2. Phẫu thuật mở bao sau

- Khi bao sau đục nhiều, dây khó dùng laser yag.
- Thuốc: Kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau, giảm phù, vitamin, nước mắt nhân tạo..
- Kháng sinh: toàn thân, tại chỗ, phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...
 - + Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.
 - + Tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon.
- Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.
- Nước mắt nhân tạo.
- Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid.
- Giảm đau.
- Vitamine.

4.2.2.3. Theo dõi biến chứng hậu phẫu

- Tăng nhãn áp
- Viêm màng bồ đào.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Khi đục bao sau ảnh hưởng đến thị lực nên điều trị sớm.
- Nên khám mắt định kỳ sau khi mổ đục thủy tinh thể nhằm phát hiện sớm đục bao sau.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt làm thủ thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Khám chuyên khoa Mắt khi bị mờ sau mổ đục thể thủy tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt””.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “ Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Bộ Y tế (2018) “Quyết định số 7328/ QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chuẩn chất lượng về chẩn đoán và điều trị Đục thể thủy tinh”
8. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
10. American Academy of Ophthalmology (2008), Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis.
11. Annie Mathai, Virender S Sangwan (2005) Modern Ophthalmology, posterior Uveitis, Jaypee.
12. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
13. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.
14. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
15. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
16. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinneman.
17. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

H36.0*- BỆNH LÝ VÕNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (E10-E14 VỚI KÝ TỰ THỨ TƯ CHUNG LÀ .3†)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương võng mạc do bệnh đái tháo đường gây ra. Có 2 loại đái tháo đường chính :

- Đái tháo đường phụ thuộc insulin: type 1
- Đái tháo đường không phụ thuộc insulin: type 2
- Bệnh lý võng mạc đái tháo đường là nguyên nhân gây mù thường gặp từ 20 – 65 tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh lý võng mạc do đái tháo đường là bệnh lý vi mạch máu ảnh hưởng đến các tiểu động mạch võng mạc trước mao mạch, mao mạch và các tiểu tĩnh mạch gây nên tình trạng tắc nghẽn vi mạch máu và rò rỉ.

- Tắc nghẽn vi mạch máu : dày màng đáy, tổn thương tế bào nội mô, tăng sinh của mao mạch, sự biến dạng của hồng cầu làm giảm khả năng vận chuyển oxy, tăng sự dính kết và kết tập của tiểu cầu. Hậu quả tạo thành các vi phình mạch trong võng mạc do tạo thông nối động – tĩnh mạch, tân mạch (do yếu tố tân sinh nội mô mạch máu).
- Rò rỉ vi mạch máu : Phá vỡ hàng rào máu võng mạc dẫn đến rò rỉ huyết tương vào võng mạc; Vi phình mạch là những túi thành lập do sự giãn phình mao mạch khu trú, có thể rò rỉ hoặc thuyên tắc. hậu quả làm gây xuất huyết trong võng mạc và phù võng mạc.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bệnh nhân nhìn mờ, nhìn hình biến dạng, méo mó.
- Phù và xuất tiết hoàng điểm:
 - + Hoàng điểm phù khu trú: Vùng rò rỉ giới hạn rõ kèm xuất tiết cứng.
 - + Hoàng điểm phù lan tỏa: Phù hoàng điểm dạng nang.
 - + Hoàng điểm thiếu máu cục bộ: hoàng điểm có thể bình thường, xuất tiết, xuất huyết nơi khác.
 - + Bệnh lý hoàng điểm hỗn hợp: Phù hoàng điểm tỏa lan và thiếu máu cục bộ.

3.1.1. Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tiền tăng sinh

- Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tiền tăng sinh nhẹ: có tối thiểu vi phình mạch và xuất huyết, không có tổn thương khác.
- Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tiền tăng sinh vừa: Xuất huyết và vi phình mạch nhiều hơn, xuất tiết mềm tổn thương của tĩnh mạch và bất thường vi mạch ở trong võng mạc.
- Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tiền tăng sinh nặng: Xuất huyết và vi phình mạch có trên cả 4 phần tư. Bất thường tĩnh mạch gặp trên 2 góc phần tư. Bất thường vi mạch sâu gặp ít nhất trên 1 góc phần tư.

– Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tiền tăng sinh rất nặng: có từ 2 dấu hiệu của bệnh võng mạc đái tháo đường tiền tăng sinh nặng trở lên nhưng chưa có tân mạch.

3.1.2. Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh

– Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh sớm: tân mạch trước võng mạc dưới $\frac{1}{2}$ diện tích đĩa thị.

– Bệnh lý võng mạc đái tháo đường nguy cơ cao:

+ Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh vừa: tân mạch trước võng mạc lớn hơn $\frac{1}{2}$ diện tích đĩa thị, hoặc tân mạch trước đĩa thị có diện tích nhỏ hơn $\frac{1}{4}$ đĩa thị.

+ Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh nặng: tân mạch trước đĩa thị có diện tích lớn hơn $\frac{1}{4}$ đĩa thị.

+ Bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh biến chứng: tân mạch trước võng mạc lớn hơn $\frac{1}{2}$ diện tích đĩa thị cùng xuất huyết mới dịch kính, hoặc võng mạc, bong võng mạc, glaucoma tân mạch.

3.2. Cận lâm sàng

– Đo nhãn áp.

– Soi góc tiền phòng phát hiện tân mạch vùng bè.

– Siêu âm mắt phát hiện biến chứng xuất huyết nội nhãn, bong võng mạc.

– Chụp hình đáy mắt, OCT võng mạc, hoàng điểm đánh giá mức độ tổn thương.

– Các xét nghiệm khác: Công thức máu, đường huyết, ECG, Tổng phân tích nước tiểu....

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc:

– Giảm tính thấm thành mạch và rỉ dịch vào vùng hoàng điểm.

– Điều trị tân mạch trong bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Laser quang đông võng mạc:

– Làm khu trú những vị trí phình mạch và những mạch máu bất thường trong võng mạc. Thuốc dùng trong laser:

– Kháng viêm steroid, non steroid (Toàn thân, tại chỗ) , hạ nhãn áp, giảm đau, nước mắt nhân tạo, vitamin:

4.2.2. Tiêm nội nhãn: Các thuốc anti VEGF: Pegabtanib (Macugen), Ranibizumab (Lucentis) dạng bào chế sẵn, bevacizumab (Avastin) 0,1ml/2,5mg hoặc Corticoid (Triamcinolon: 0,1ml/ 4mg), Ozurdex tùy mức độ bệnh:

– DME chưa ảnh hưởng đến hố trung tâm, thị lực còn tốt ($>20/30$), có thể điều trị bằng laser lưới/ focal nhằm duy trì thị lực (Guideline của ETDRS)

– Những trường hợp DME còn lại, có thể điều trị ngay với anti VEGF (Lucentis, Avastin, Eylea).

- Bệnh nhân được tiêm 6 mũi anti VEGF đầu tiên cách nhau 4 tuần. Sau đó, dựa vào thị lực và giải phẫu (OCT), bác sĩ có thể quyết định tiêm tiếp hoặc không. Các mũi duy trì thường cách nhau mỗi 4 tuần với Lucentis, Avastin và 8 tuần với Eylea (Nghiên cứu RISE và RIDE, VIVID và VISTA).
- Laser lưới/ focal có vai trò hỗ trợ trong một số trường hợp (RISE và RIDE, protocol I- DRCCR.net)
- Ozurdex và Triamcinolone có vai trò hỗ trợ cho anti VEGF trong một số trường hợp phù dai nặng, hiệu quả hơn với những mắt đã lấy thể thủy tinh
- Những trường hợp DME kèm co kéo pha lê thể - võng mạc, có thể kết hợp phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng co kéo.

4.2.2.1. Tiêm thuốc anti VEGF (Lucentis 0,05ml) được thực hiện vào thời điểm:

- Bắt đầu (cho 6 mũi liều tải)
- Duy trì (cho 3 mũi tiếp theo)
- Tái phát (cho 3 mũi tiếp theo)
- Sau đó tùy từng trường hợp trên lâm sàng sẽ quyết định, thông thường bệnh nhân còn phù hoàng điểm sẽ thực hiện tiêm tiếp tục.

4.2.2.2. Thuốc kèm theo tiêm nội nhãn: Kháng sinh tại chỗ (Aminoglycoside, Fluoroquinolon), kháng viêm toàn thân, tại chỗ (steroid, non steroid), giảm đau, hạ nhãn áp toàn thân, tại chỗ, vitamin.

4.2.3. Phẫu thuật cắt dịch kính: Xuất huyết dịch kính, co kéo dịch kính võng mạc, màng trước võng mạc, bong võng mạc. Thuốc kèm theo: kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp...

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh lý võng mạc đái tháo đường nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, nguy cơ bị những biến chứng nặng rất dễ xảy ra, bệnh nhân sẽ bị mất thị lực trầm trọng, dễ dẫn đến mù lòa.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt làm thủ thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Khám mắt ngay khi biết bệnh đái tháo đường.
- Khám mắt định kỳ theo chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa.
- Điều trị bệnh đái tháo đường, bệnh kèm theo như tăng huyết áp, tăng lipid máu...
- Sử dụng các thuốc chống oxy hóa, bổ sung các chất Lutein và Xanthin nhằm làm giảm nguy cơ tổn thương hoàng điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “ Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. American Academy of Ophthalmology (2008), Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis.
10. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Panretinal photocoagulation vs intravitreal ranibizumab for proliferative diabetic retinopathy: A randomized trial. JAMA 2015;314:20:2137- 2146.
11. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network, Wells JA, Glassman AR, Ayala AR, Jampol LM, Aiello LP, Antoszyk AN, Arnold-Bush B, Baker CW, Bressler NM, Browning DJ, Elman MJ, Ferris FL, Friedman SM, Melia M, Pieramici DJ, Sun JK, Beck RW. Aflibercept, bevacizumab, or ranibizumab for diabetic macular edema. N Engl J Med 2015;372:13:1193–1203.
12. D. S. Boyer, J. Sy, A. C. Rundle, et al., Ranibizumab for Vision Loss due to Diabetic Macular Edema—Results of two Phase III Randomized trials, American Diabetes Association 71st Scientific Sessions, San Diego, Calif, USA, 2011
13. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.

14. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. *Ophthalmology*; 88(6):513-524.
15. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), *Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.*
16. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). *Current Ocular Therapy.*
17. Jack J Kanski (2003), *Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinneman.*
18. M. J. Elman, N. M. Bressler, H. Qin et al., “Expanded 2-year follow-up of ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema,” *Ophthalmology*, vol. 118, no. 4, pp. 609–614, 2011.
19. *The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.*
20. Wilkinson CP. Ferris FL. Klein RE et al (2003). Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales. *Ophthalmology*

H02.6- U VÀNG Ở MI MẮT; D23.1-U LÀNH DA CỦA MI MẮT KỀ CẢ GÓC MẮT

1. ĐỊNH NGHĨA

U là một khối mô do viêm, tăng sinh sợi mạch, nang hóa tạo thành.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng:

2.1.1. Bướu lành thượng bì:

– **Dày sừng bã nhờn:** Bướu sắc tố, gồ nhẹ, bề mặt có vảy nhờn, đường kính vài mm, lớn chậm.

– **U nhú gai**

+ Mô học: lớp thượng bì trở nên tăng sừng hóa, và gai hóa, nếu xuất hiện ở bờ mi thường kèm theo viêm kết mạc.

+ Lâm sàng: có chân hoặc không, có sắc tố, bề mặt sùi và đóng vảy, ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

+ Chẩn đoán phân biệt: ung thư tế bào đáy.

– **Ban vàng:** là do thâm nhiễm mỡ ở biểu bì. Biểu hiện mảng màu nâu vàng, mềm, bằng phẳng hoặc gồ cao hơn mặt da, thường xuất hiện ở da mi góc trong, có thể ở cả mi trên, mi dưới, gặp ở nữ nhiều hơn nam, không gây triệu chứng gì, chỉ ảnh hưởng đến vấn đề thẩm mỹ.

– **Sừng da:** Lâm sàng coi như một u nhú sừng hóa thoái hóa, gặp ở người già, tỉ lệ nhỏ hóa ác.

– **U sừng gai**

+ Sang thương đơn độc do sự tăng trưởng không đồng đều của thượng bì với những dãy mô xâm lấn xuống dưới vào lớp bì.

+ Tế bào thường dị dạng và chứa nhiều hình ảnh phân bào. Có tằm nhuận tế bào viêm ở đáy u và ở chính giữa trũng rộng xuống chứa đầy chất sừng. Ban đầu sang thương xuất hiện như 1 khối sần đỏ, rồi trở thành dạng vòm tròn có trũng ở giữa, lớn nhanh trong 6-8 tuần, tối đa 1x 2 cm, tồn tại trong nhiều năm, thoái hóa chậm trong vòng 4-6 tháng, biến mất với sẹo di chứng, tái phát hiếm.

– **U biểu mô vôi hóa**

+ Nguồn gốc mô học chưa rõ, có lẽ từ tế bào thượng mạc chưa phân hóa nguyên thủy và phân hóa thành những tế bào nang lông. Sang thương khu trú trong lớp bì phía dưới và có thể phát triển vào lớp mỡ dưới da, nó thường có bao và hóa vôi.

+ Lâm sàng: thể hiện bằng những nốt cứng dưới da, di động tự do, không đau bên dưới mô lành bình thường, thường khu trú ở mi trên và vùng chân mày.

2.1.2. U nang mi

– **Nang hạt kê**

+ U nang ứ đọng trong da hậu quả của sự nghẽn tắc trong nang nhờn chân lông, thường xuất hiện ở xa bờ mi.

+ Đó là những sang thương nhỏ tròn, nhô cao khỏi bề mặt da, hơi trắng không viêm, thường ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

+ Điều trị: Bôi acid Salicylique 5% , rạch từng cái một nặn chất ứ đọng và đốt mặt trong u bằng acid trichloroacetique.

– U nang bã nhờn

+ Gần giống nang hạt kê nhưng lớn hơn, do nghẽn tắc lỗ thoát của tuyến Meibomius, Zeis hay tuyến nhờn chân lông.

+ Lâm sàng: Sang thương màu hơi vàng, nhú nhẹ khỏi bề mặt, có thể kết hợp với phản ứng viêm, có thể lấy đi bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ với bao.

– **U nang tuyến Moll và tuyến mồ hôi:** Xuất hiện ở bờ mi dạng nang trong suốt, hồng nhạt, thường ở mi dưới.

– U nang thượng bì

+ U lớn chậm, tròn, nhô khỏi bề mặt, di chuyển dưới da, bên trong chứa chất sừng hóa, có sự tăng sản, hoại tử và đôi khi hóa vôi.

+ Nếu u nang bị vỡ có thể gây phản ứng vật lạ đáng kể của mô xung quanh.

– U nang bì

+ Gồm lớp thượng mạc bao quanh mô liên kết, bên trong có thể có các bộ phận phụ thuộc của da, hiếm hơn có cơ trơn, calcium, sụn và chứa đầy các chất bã sừng hóa và chất nhờn.

+ Thường xuất hiện ở vị trí mi vùng thái dương, có thể phát triển sâu trong hốc mắt, xoang và nội sọ.

2.1.3. U mạch

– U mạch mao quản

+ Thường gặp nhất, xuất hiện không lâu sau sinh, tăng nhanh kích thước trong vòng 6 -12 tháng tuổi.

+ Lâm sàng: Sang thương tròn, đỏ tươi, nhú cao thành múi.

+ Mô học: Gồm sự tăng sinh phát triển của tế bào nội mô, hình thành nên mạch khi sang thương trưởng thành.

+ Không có bao, bấu lan vào mô dưới da ngoài giới hạn thấy được của sang thương.

+ Diễn tiến: hiện tượng hóa sợi dần dần thắng thế mạch dẫn đến hiện tượng u co rúm dần. Phần lớn bấu thoái triển ở tuổi lên 6-7 tuổi.

+ Điều trị: do có thể thoái triển tự nhiên nên có thể không cần điều trị.

+ Một vài trường hợp sang thương ở mi lớn che trục nhìn, có thể điều trị: xạ trị, tiêm corticoid, tiêm chất làm xơ hóa.

– U mạch hang

- + Có thể xuất hiện riêng lẻ ở mi nhưng thường liên quan cả hốc mắt.
- + Sang thương gồm những khoảng dạng hang không đều, lớn, chứa đầy máu, lát bằng nội mạch. Hầu hết có sự pha trộn thành phần mao mạch và hang mạch, và thường có bao sợi bao quanh.
- + Lâm sàng : khối mềm ấn thực , nhô cao, da phủ trên bề mặt bình thường. Ở trẻ nhỏ, u thường tăng kích thước và sậm màu khi trẻ khóc hoặc làm test Valsalva.
- + Điều trị: Phẫu thuật, cẩn thận gây chảy máu dữ dội.

2.2. CẬN LÂM SÀNG

Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, SGOT, SGPT, Bun, Creatinin, ion đồ, TQ, TCK, đường huyết, ECG, HIV, HBsAg, anti HCV...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc: phẫu thuật cắt bỏ u

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Nội khoa: không có chỉ định.

3.2.2. Ngoại khoa:

- Có nhiều phương pháp: Cắt bỏ u bằng dao, đốt điện, lạnh đông, laser CO₂, có thể kết hợp với ghép da tùy hình thái kích thước lâm sàng.
- Cận lâm sàng thường qui trước phẫu thuật tùy thuộc bệnh cảnh lâm sàng.
- Bổ sung thuốc: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, vitamin.
- Kháng sinh: toàn thân (phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...
 - + Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.
- Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân.
- Giảm đau.
- Vitamine.

4. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Một số u có thể hóa ác, nên đi khám, sinh thiết dựa vào giải phẫu bệnh và điều trị sớm triệt để.

5. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt phẫu thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Dấu sinh hiệu ổn.

6. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

6.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

6.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

7. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Khám mắt định kỳ theo chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “ Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
10. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.
11. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
12. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
13. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.
14. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

H00.1 – CHẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấp là một viêm mãn tính do các ống dẫn tuyến Meibomius ở sụn mi bị tắc, tạo nên một khối u cứng, bằng hạt đậu nhỏ, hoặc to bằng hạt ngô, xuất hiện trên mi mắt trên nhiều hơn mi dưới.

2. NGUYÊN NHÂN

Do tình trạng tắc các ống tuyến Meibomius ở sụn mi gây nên.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Mi mắt có khối u tròn, cứng.
- Không gây hiện tượng viêm, không đau, chỉ có cảm giác vướng khi chớp mắt.
- Chấp bội nhiễm có thể biểu hiện viêm tấy, tạo mũ vỡ mũ ra da hoặc ra kết mạc mi.
- Chấp nằm trong lòng sụn, nên da mi di động dễ dàng trên chấp.
- Cần phân biệt chấp với ung thư mi lúc đầu.

3.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường qui: Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, ECG, đường huyết, HBsAg, ELISA,...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc: điều trị nội khoa nếu chấp nhỏ và phẫu thuật chấp lấy trọn bao nếu chấp to.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Nội khoa: chườm ấm, kháng viêm steroid, non-steroid.

4.2.2. Ngoại khoa: Phẫu thuật.

Thuốc:

– Kháng sinh: toàn thân, tại chỗ, phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...

- Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.
- Tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon

– Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.

– Giảm đau

– Vitamin

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

– Chấp to dễ gây vỡ dò ngoài da gây bội nhiễm.

– Nếu điều trị nội khoa không kết quả nên chủ động phẫu thuật.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Toàn thân và mắt làm thủ thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng.

– Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Khám mắt định kỳ theo chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa.
- Giữ vệ sinh mắt sạch sẽ.
- Ăn uống đủ chất dinh dưỡng, nâng cao tổng trạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “ Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
10. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.
11. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
12. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
13. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.

14. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

H20 – VIÊM MÓNG THỂ MI
H20.0 VIÊM MÓNG MẮT THỂ MI CẤP VÀ BÁN CẤP
[VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO TRƯỚC CẤP]

1. ĐỊNH NGHĨA

– Viêm màng bồ đào trước cấp tính là viêm cấp tính của mống mắt và thể mi. Bệnh khá phổ biến, nếu không được điều trị kịp thời có thể gây biến chứng nặng và dẫn đến mù loà.

– Là trình trạng cấp cứu nhãn khoa.

2. NGUYÊN NHÂN

– Nhiễm trùng: Vi khuẩn (Tụ cầu, liên cầu, phế cầu...). Virus (Herpes, Zona, cúm...). Nấm (Candida, Aspergillus...). Ký sinh trùng (Toxoplasma, giun, ấu trùng sán...)

– Miễn dịch: Yếu tố kháng nguyên HLA. Hội chứng Behçet. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada...

– Dị ứng: Chất nhân protein của thủy tinh thể.

– Nhiễm độc: Hóa chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

– Triệu chứng cơ năng:

+ Nhìn mờ: do đục các môi trường trong suốt...

+ Đau: Đau do co thắt thể mi và đầu thần kinh bị kích thích bởi độc tố.

+ Sợ ánh sáng và chảy nước mắt: do kích thích dây V.

+ Đỏ mắt: do cương tụ rìa.

– Triệu chứng thực thể:

+ Cương tụ rìa: do ứ đọng và giãn mạch máu sâu quanh rìa, càng xa vùng rìa cương tụ càng giảm dần, có khi màu tím sẫm.

+ Tủa sau giác mạc: Dạng bụi

+ Trong giai đoạn cấp của viêm màng bồ đào mãn tính có thể có hạt trên mống mắt:

- Hạt Koeppel: nhỏ và nằm trên bờ đồng tử.
- Hạt Busacca: lớn hơn ít gặp. Nằm trên bề mặt mống mắt, trong các đợt cấp viêm màng bồ đào mãn tính.
- Tyndall (+): Tế bào trong tiền phòng là dấu hiệu của viêm hoạt tính.
- Xuất tiết: do tổn thương mạch máu mống mắt, rò rỉ protein ra thủy dịch.
- Mủ tiền phòng: Có thể có.
- Dính mống mắt vào mặt trước thủy tinh thể
- Tế bào ở dịch kính trước

- Nhãn áp: giai đoạn đầu nhãn áp hạ do thể mi giảm tiết thủy dịch. Giai đoạn cuối nhãn áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị hủy hoại gây teo nhãn cầu. Trong đợt viêm cấp có thể tăng nhãn áp do nghẽn đồng tử hoặc góc tiền phòng.

3.2. Cận lâm sàng

- Các cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh:
 - + Đo nhãn áp.
 - + Siêu âm để phát hiện tình trạng vẩn đục của dịch kính do viêm màng bồ đào sau hoặc tổ chức hóa dịch kính hoặc bong võng mạc là biến chứng của viêm màng bồ đào.
 - + Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt để phát hiện tình trạng viêm mạch máu, ổ viêm hắc-võng mạc, tình trạng thiếu máu võng mạc hoặc phù võng mạc do viêm ...
 - + Chụp OCT đáy mắt để phát hiện tình trạng phù võng mạc, tân mạch võng mạc... do viêm.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân:
 - + Xét nghiệm sinh hóa
 - + Xét nghiệm huyết học
 - + Xét nghiệm miễn dịch
 - + Chẩn đoán hình ảnh: X quang, CT scanner, chụp cộng hưởng từ...

3.3. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng
 - + Cương tụ rìa.
 - + Tủa sau giác mạc
 - + Tyndall
 - + Xuất tiết
 - + Dính mỏng mắt vào mặt trước thủy tinh thể
- Cận lâm sàng
 - + Để hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- *Viêm màng bồ đào trước tăng nhãn áp và glôcôm góc đóng:*
 - Glôcôm góc đóng:
 - + Lắng đọng mắt sau giác mạc là sắc tố mỏng mắt
 - + Đồng tử có thể dính, nhưng luôn tự giãn
- *Viêm kết mạc cấp*
 - + Ra dử mắt nhiều
 - + Cương tụ nông
 - + Không ảnh hưởng đến thị lực
- *Viêm loét giác mạc:*

+ Có tổn thương trên giác mạc

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Điều trị cụ thể theo nguyên nhân.
- Chống viêm
- Chống dính
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Toàn thân

- Kháng viêm: steroid, non - steroid toàn thân, tại chỗ.
- Hạ nhãn áp (nếu nhãn áp tăng): toàn thân, tại chỗ ... Bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid ...
- Giảm đồng tử liệt thể mi:

+ Col. Atropin 1% x 2 lần / ngày.

- Dùng kháng sinh và các thuốc đặc hiệu theo nguyên nhân.

+ Kháng sinh:

+ Dùng theo kháng sinh đồ nếu có lấy bệnh phẩm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

+ Dùng các kháng sinh phổ rộng (Cephalosporin thế hệ 2,3, nhóm quinolon, nhóm Macrolid) đường uống hoặc tiêm truyền.

- Thuốc chống virus, chống lao, chống nấm.
- Thuốc ức chế miễn dịch

Phối hợp với bác sĩ nội khoa, chỉ định khi không đáp ứng điều trị với corticoid hoặc chống chỉ định với corticoid.

+ Nhóm alkylating: Chỉ dùng trong những trường hợp nặng như: hội chứng Behçet, Wegener, Cyclophosphamide với liều bắt đầu 2mg/kg/ngày.

+ Nhóm chống chuyển hóa: Azathioprine và Methotrexate.

+ Nhóm ức chế hoạt hóa tế bào lympho T qua tác dụng ức chế chức năng interleukin-1 và interleukin-2: Cyclosporin A liều 2,5 đến 5 mg/kg/ngày.

- Giảm đau.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Đa số các trường hợp viêm màng bồ đào trước đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng như glôcôm, đục thủy tinh thể, phù hoàng điểm, bong võng mạc, teo nhãn cầu...

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Mắt giảm phản ứng viêm.
- Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Hiện chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.
- Khám mắt định kỳ theo chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa.
- Giữ vệ sinh mắt sạch sẽ.
- Ăn uống đủ chất dinh dưỡng, nâng cao tổng trạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.

9. American Academy of Ophthalmology (2008), Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis.
10. Annie Mathai, Virender S Sangwan (2005) Modern Ophthalmology, posterior Uveitis, Jaypee.
11. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
12. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
13. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
14. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.
15. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

H02.0 - QUẠM VÀ LÔNG XIÊU CỦA MI MẮT

1. ĐỊNH NGHĨA

Tình trạng úp vào của bờ mi gây kích thích kết mạc gây viêm kết mạc dai dẳng và thậm chí gây loét giác mạc.

2. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân:

- Co quắp: hậu quả của viêm kết mạc, viêm giác mạc, sau phẫu thuật
- Nhão mi: gặp ở người già, thường ở mi dưới.
- Do sẹo: bỏng hóa chất, chấn thương, mắt hột.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Cương tụ kết mạc
- Cảm giác ngoại vật
- Chảy nước mắt sống, sợ sáng.
- Chẩn đoán chủ yếu quan sát trên lâm sàng: mi mắt cuộn vào trong, lông mi quẹt vào giác mạc, có thể kèm sẹo giác mạc, viêm loét giác mạc.
- Mức độ: Tùy thuộc vào tổn thương sụn.
 - + Độ I: chưa có dày sụn
 - + Độ II,III,IV: dày sụn, bờ mi bị mòn hoặc uốn cong, nhiều lông quặm

3.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ,TCK, đường huyết, ECG, HBsAg, HIV,anti HCV...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc: can thiệp bằng phẫu thuật giúp trả lại vị trí giải phẫu bình thường của bờ mi và hàng lông mi.

4.2 Cụ thể: ngoại khoa

4.2.1. Thể co quắp :

Loại trừ tác nhân gây co quắp, cần thiết có thể phẫu thuật

4.2.1.1. Thể nhão: phẫu thuật.

4.2.1.2. Thể sẹo: Phẫu thuật Cuenod-Nataf, Panas.

Bổ sung kháng sinh, kháng viêm, nước mắt nhân tạo, giảm đau, vitamin...

- Kháng sinh toàn thân (phổ rộng: nhóm beta-lactam, Aminoglycosid, Fluroquinolon... 5 – 7 ngày), tại chỗ khi có tổn thương giác mạc.
- Kháng viêm (Steroid, non Steroid) toàn thân, tại chỗ.
- Giảm đau,
- Vitamin

4.2.2. Theo dõi hậu phẫu: Nhiễm trùng vết mổ.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tổn thương lâu ngày sẽ gây viêm loét giác mạc, sẹo giác mạc ảnh hưởng đến chức năng thị giác, thậm chí có thể gây mù lòa.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân và mắt phẫu thuật không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Dấu sinh hiệu ổn.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Giữ vệ sinh mắt sạch sẽ.
- Tránh các bệnh lây nhiễm mắt như bệnh mắt hột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa”.
2. Bộ Y tế (2015), “Quyết định số 40/ QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”.
3. Bộ Y tế (2015) “Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
4. Bộ Y tế (2016) “Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”.
5. Bộ Y tế (2016) “ Quyết định số 4068/ QĐ-BYT Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.
6. Bộ Y tế (2012) “Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”.
7. Đỗ Như Hân (2012) “ Nhãn khoa tập 2”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. Gerhard K Lang (2000): Sclera. In Ophthalmology – A Short Textbook, Stuttgart. New York, Thieme, pp. 157-163.
10. Harvey JT, Anderson RL (1981). The aponeurotic approach to eyelid retraction. Ophthalmology; 88(6):513-524.

11. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease.. 5th Edition.
12. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). Current Ocular Therapy.
13. Jack J Kanski (2003), Clinical Ophthalmology, A systemic approach. 5th Edition. Butterworth Heinemann.
14. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition.

S05 TỔN THƯƠNG MẮT VÀ Ổ MẮT
S05.1 ĐỤNG GIÁP NHÃN CẦU VÀ TỔ CHỨC HỔ MẮT
[ĐỤNG DẬP NHÃN CẦU DO CHẤN THƯƠNG]

1. ĐẠI CƯƠNG

Là tình trạng nhãn cầu bị chấn thương kín, không có yếu tố ngoại vật xâm nhập vào nhãn cầu.

Đây là một cấp cứu nhãn khoa.

2. NGUYÊN NHÂN

Thường gặp do vật đầu tù gây ra, gặp chấn thương trong sinh hoạt, tai nạn lao động...

3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Trên lâm sàng có nhiều tổn thương xuất hiện đồng thời hoặc riêng lẻ

3.1. Chấn thương đụng dập bán phần trước

3.1.1. Xuất huyết tiền phòng (XHTP) :

Lâm sàng :

- + Nhìn mờ sau chấn thương
- + Đỏ mắt
- + Đau nhức
- Khám mắt thấy có máu trong tiền phòng. Có thể chia thành các mức độ qua quan sát trên sinh hiển vi khám bệnh:

- Độ I: Lắng máu tiền phòng hoặc ngăn máu dưới 1/3 tiền phòng
- Độ II: Máu chiếm 1/3 đến 1/2 tiền phòng
- Độ III: Máu chiếm trên 1/2 tiền phòng..

* Trong khi tiến hành điều trị nội khoa cần theo dõi :

– Chảy máu tái phát: thường xuất hiện 3-5 ngày sau chấn thương (hiếm khi sau 7 ngày).

– Tăng áp mắt : ngấm máu giác mạc hầu hết xuất hiện nếu nhãn áp trên 25mmHg kéo dài ít nhất 6 ngày và teo gai có thể xảy đến nếu nhãn áp tăng trên 50 mmHg kéo dài trong 5 ngày hay trên 35 mmHg trong 7 ngày.

* Điều trị phẫu thuật nhằm mục đích:

– Chống tăng áp thứ phát nếu nhãn áp không kiểm soát được bằng thuốc làm tăng nguy cơ ngấm máu giác mạc và teo gai.

– Chống dính trước khi máu tiền phòng hiện diện trên 9 ngày.

Như vậy thời điểm mổ tốt nhất là khoảng thời gian 5-7 ngày sau chấn thương , mổ sớm hơn dễ bị chảy máu tái phát , mổ muộn hơn có nguy cơ dính góc.

3.1.2. Rách chân móng (RCM) :

RCM khu trú và hẹp dưới 30° không nên can thiệp gì. Nếu RCM trầm trọng hơn với dấu hiệu chức năng gây khó chịu, nhất là một tình trạng đa thị, cần phải điều trị phẫu thuật.

3.1.3. Thu đồng tử hay dẫn đồng tử chấn thương:

Đứt một phần hay toàn bộ cơ vòng và sự hiện hữu của nó có thể vĩnh viễn hay tạm thời

3.1.4. Viêm mống mắt thể mi sau chấn thương:

Đây là một phản ứng viêm nhẹ của mống mắt hay thể mi, bệnh nhân kêu đau ở mắt, mắt mờ, Tyndall (+). Điều trị có kết quả nhanh với thuốc liệt đồng tử và corticoid dùng ngoài như prenisolone 1% 4 lần ngày trong 5-10 ngày .

3.1.5. Lùi góc tiền phòng:

Là sự tách rời hay lệch ra sau của mô góc tiền phòng tại vùng lưới bè. Ít nhất 20% mắt với tiền sử xuất huyết tiền phòng có lùi góc tiền phòng và vì vậy phải được theo dõi định kỳ sự phát triển của tăng áp thứ phát.

3.1.6. Lệch và bán lệch thủy tinh thể.

Một bán lệch với triệu chứng thấy vật nhỏ đi hay lớn ra, song thị một mắt,. Chẩn đoán bán lệch nhỏ khó hơn và cần một sự khảo sát góc tiền phòng. Chỉ định điều trị tùy theo sang thương phối hợp như tăng giảm nhãn áp, nghẽn đồng tử, viêm màng bồ đào do tiêu hay quá mẫn với thủy tinh thể, và ngay cả lùi góc tiền phòng.

Trong những trường hợp bán lệch nhẹ, có ít triệu chứng, nên theo dõi. Nếu tiến triển trở nặng, thủy tinh thể trở nên đục hay những biến chứng khác xuất hiện như tăng nhãn áp, lấy thủy tinh thể trở nên bắt buộc. Lệch thủy tinh thể có những kiểu khác nhau hoặc lệch ra tiền phòng hoặc vào pha lê thể. Trường hợp lệch ra trước, nguyên tắc là lấy thủy tinh thể không trì hoãn vì những biến chứng giác mạc thường xảy ra trầm trọng. Trong trường hợp lệch sau trong pha lê thể, bệnh nhân phải được gửi đến một chuyên gia bán phần sau .

3.1.6. Đục T3 chấn thương:

Sự hiện diện ở bao trước thủy tinh thể một vòng sắc tố mống sau khi cho dẫn đồng tử còn gọi vòng VOSSIUS là một dấu hiệu tốt chẩn đoán tiền căn chấn thương trước kia. Phẫu thuật đặt ra khi chức năng thị giác bị ảnh hưởng trầm trọng

3.1.7. Vỡ củng mạc:

Vị trí thường vỡ nhất là (1) vòng củng mạc quanh rìa tại nơi bám của các cơ trực đối diện với vị trí củng mạc bị tác nhân chấn thương xâm kích (2) xích đạo nhãn cầu .

Chẩn đoán phải đặt ra khi đứng trước một mắt bị chấn thương đụng dập với tiền phòng đầy máu, mắt mờ, phù nề kết mạc khu trú và phản ứng thể mi (+) . Thăm sát ngay nếu có nghi ngờ vỡ nhãn cầu.

3.2. Chấn thương bán phần sau

3.2.1. Chấn thương hắc mạc:

Xuất huyết hắc mạc điển hình có dạng đốm xanh xậm, tròn, bờ hồng nhạt, thường ở xích đạo và cạnh gai, tan trong nhiều tuần để lại những vùng biến đổi sắc tố. Xuất

huyết dưới hắc mạc nhiều thường đưa đến tăng áp thứ phát. Nếu phát hiện sớm tình trạng này, mở củng mạc có thể được thực hiện như một cố gắng cứu vãn. Rách hắc mạc tạo những đường sẹo trắng vàng hình liềm đồng tâm và thường ở về phía thái dương với gai thị.

3.2.2. Trần dịch hắc mạc thể mi:

Đó là sự tích tụ chất lỏng nằm giữa hắc mạc phía trong và củng mạc phía ngoài, giới hạn ở phía trước là cửa củng mạc phía sau là gai thị. Có 3 kiểu tích tụ chất lỏng thượng hắc mạc dựa trên hình ảnh lâm sàng:

- Kiểu vòng liên quan đến thể mi và hắc mạc ngoại biên
- Kiểu thùy dạng bán cầu với những thùy ngăn cách bởi tĩnh mạch trích trùng
- Kiểu phẳng thường gặp nhất xảy ra trong những vùng hắc mạc ngoại vi.

3.2.3. Xuất huyết trong pha lê thể:

Do vỡ một mạch máu trong võng mạc hay hắc mạc. Có ba thể lâm sàng

- Xuất huyết sau pha lê thể
- Xuất huyết trong pha lê thể
- Dạng phối hợp.

Về sinh bệnh học, chất huyết cầu tố Hemoglobine do hồng cầu phân rã gây những biến đổi bệnh lý

- Thủy hóa và co kéo trong pha lê thể
- Nhiễm sắt ở võng mạc.

Xuất huyết trong pha lê thể có thể đưa đến những biến chứng muộn như glôcôm, đục thủy tinh thể bao sau, tổ chức hóa pha lê thể với viêm võng mạc tăng sinh hoặc bong võng mạc.

Cận lâm sàng:

- Đo nhãn áp, soi góc tiền phòng.
- Siêu âm mắt: Xuất huyết nội nhãn, bong võng mạc...
- Chụp hình đáy mắt: Phát hiện tổn thương đáy mắt.
- Chụp OCT: Xác định phù võng mạc gai thị, hoàng điểm...
- Các xét nghiệm khác: Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, ECG, HBsAg, ELISA...

4. ĐIỀU TRỊ :

Điều trị nội khoa :

- Nằm nghỉ tại giường, đầu kê cao 30o nếu XHTP.
- Thuốc liệt thể mi Atropin 1% (đồng tử giãn sẽ chèn ép mạch máu bị bẻ)
- Theo dõi NA, nếu NA tăng: sử dụng toàn thân, tại chỗ:
- Giảm đau, kháng viêm: steroid, NSAID.
- Kháng sinh tại chỗ nếu trầy xước giác mạc:
- Kháng viêm toàn thân, tại chỗ: steroid, non steroid.
- Giảm đau

➤ **Nếu có phẫu thuật:**

Thuốc: Kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau, giảm phù, vitamin.

– Kháng sinh: toàn thân, tại chỗ, phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...

+ Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.

+ Tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon.

– Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.

+ Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid ...

– Giảm đau.

– Vitamine.

5. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ:

Tăng cường công tác tuyên truyền về an toàn lao động, đảm bảo trang thiết bị an toàn lao động khi làm việc; giáo dục các cháu thiếu nhi không chơi các đồ chơi bạo lực. Cảnh báo nguy hiểm ở những nơi có công trường lao động, nhà máy, xí nghiệp, hầm mỏ,...

6. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

6.1. Cấp cứu

– Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

6.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...

– Chấn thương gây lệch T3 vào buồng dịch kính, xuất huyết pha lê thể, bong võng mạc...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa*”.
2. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
3. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
4. Bộ Y tế (2015) “*Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh ”*”.
5. Bộ Y tế (2016) “*Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện ”*”.
6. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa ”*”.

7. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 2*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Ehlers, Justis P., Shah, Chirag P. (2008), *Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition.
9. Ferenc Kuhn. (2008), *Ocular Traumatology*. Springer – Verlag Berlin Heidelberg.
10. Jack J Kanski (2003), *Clinical Ophthalmology, A systemic approach*. Chapter 19 - Trauma. 5th Edition. Butterworth Heineman.

H40.1 GLOCOM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Glôcôm góc mở nguyên phát là một tình trạng bệnh lý của thị thần kinh, tiến triển mãn tính, đặc trưng bởi sự tổn hại của tế bào hạch võng mạc và lớp sợi thần kinh, teo lõm đĩa thị giác, tổn thương thị trường điển hình, thường có liên quan với nhãn áp cao.

Các yếu tố nguy cơ cao bị glôcôm góc mở:

- Tuổi > 40.
- Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.
- Tật khúc xạ: Cận thị > 4 diốp; Lão thị sớm, tăng số kính lão nhanh.
- Nhãn áp (NA kể Maclakov, quả cân 10g):
 - + Mức nhãn áp nghi ngờ ($22 < NA < 25$ mmHg), có kèm theo các cảm giác chủ quan đặc hiệu của glôcôm (nhức mắt lan lên đầu cùng bên, nhìn mờ, nhìn nguồn sáng thấy quầng xanh đỏ...).
 - + Giao động nhãn áp giữa các lần đo trong ngày hoặc các lần khám mắt ≥ 5 mmHg.
 - + Nhãn áp hai mắt chênh lệch nhau ≥ 5 mmHg.
- Đáy mắt:
 - Lõm đĩa rộng, chênh lệch độ lõm đĩa giữa 2 mắt $> 2/10$
 - Xuất huyết trước hoặc cạnh đĩa thị giác
 - Teo quanh đĩa thị.
- Bệnh toàn thân: Huyết áp cao, tụt huyết áp về đêm, co thắt mạch trong bệnh lý mạch vành, hội chứng Raynaud, rối loạn tuần hoàn não, đau nửa đầu, tăng mỡ máu, bệnh đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Quá trình xơ hóa vùng bè dẫn đến sự lắng đọng các chất ngoại bào trong lớp bè, gây hẹp, dính các khoang bè, làm tắc đường lưu thông thủy dịch, gây tăng nhãn áp.
- Sự chênh lệch áp lực tiền phòng - ống Schlemm gây xẹp ống Schlemm, cản trở thủy dịch thoát ra ngoài nhãn cầu, gây tăng nhãn áp.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Các triệu chứng thường biểu hiện rất kín đáo trừ trường hợp có tổn thương nặng trên thị trường. Vì vậy người bệnh khó tự phát hiện được bệnh ở giai đoạn sớm. Nhiều người bệnh chỉ được phát hiện trong những hoàn cảnh tình cờ:

- Đa số người bệnh chỉ có cảm giác hơi căng tức mắt hoặc nhìn mờ nhẹ thoáng qua khi làm việc bằng mắt nhiều, khi căng thẳng thần kinh, khi lo lắng nhiều.

- Có những người bệnh nhìn như có màn sương mỏng trước mắt vào buổi sáng.

3.1.2. Dấu hiệu thực thể

- Thị lực: thường chỉ giảm ở giai đoạn muộn của bệnh.
- Thị trường: biến đổi tùy theo 5 giai đoạn tiến triển của bệnh.
- Nhãn áp có thể tăng cao. Tuy nhiên cần lưu ý có hình thái glôcôm nhãn áp không cao.
- Thường ít khi có cương tụ rìa, hoặc chỉ cương tụ rất nhẹ.
- Giác mạc trong.
- Tiền phòng sâu, góc tiền phòng mở rộng hoặc trung bình ngay cả khi nhãn áp cao. Đây là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán phân biệt với glôcôm góc đóng.
- Đồng tử thường tròn đều, phản xạ bình thường, ở giai đoạn muộn có thể giãn nhẹ, mất viền sắc tố, phản xạ lười hoặc mất phản xạ với ánh sáng.
- Đáy mắt: mức độ teo lõm đĩa glôcôm tùy theo giai đoạn bệnh, thường đi kèm dấu hiệu mạch máu đạt phía mũi, đôi khi có xuất huyết đĩa thị hoặc cạnh đĩa thị, viền thần kinh mỏng dần.

3.2. Cận lâm sàng

- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp ảnh đĩa thị giác, chụp cắt lớp võng mạc-đĩa thị (optical coherence tomography OCT, Heidelberg Retina Tomograph HRT), chụp sợi thần kinh thị giác, quét laser đồng tiêu (confocal scanning laser ophthalmoscopy), đo độ phân cực bằng laser quét (scanning laser polarimetry NFL).
- Đo thị trường.
- Siêu âm mắt: xác định tổn thương kèm theo.
- Soi góc tiền phòng, đo nhãn áp.
- Các xét nghiệm khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, SGOT, SGPT, BUN. Creatinin, ion đồ, đường huyết, ECG, HBsAg, antiHCV HIV...

3.2.1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh sử điển hình: xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm, dấu hiệu chủ quan kín đáo, cảm giác căng tức trong mắt, vùng nhìn bị thu hẹp.
- Góc tiền phòng mở.
- Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm.

3.2.2. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý khác của thị thần kinh như viêm thị thần kinh, tổn thương thị thần kinh hậu nhãn cầu, thiếu máu thị thần kinh, tổn thương thần kinh sọ não, lõm đĩa sinh lý rộng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

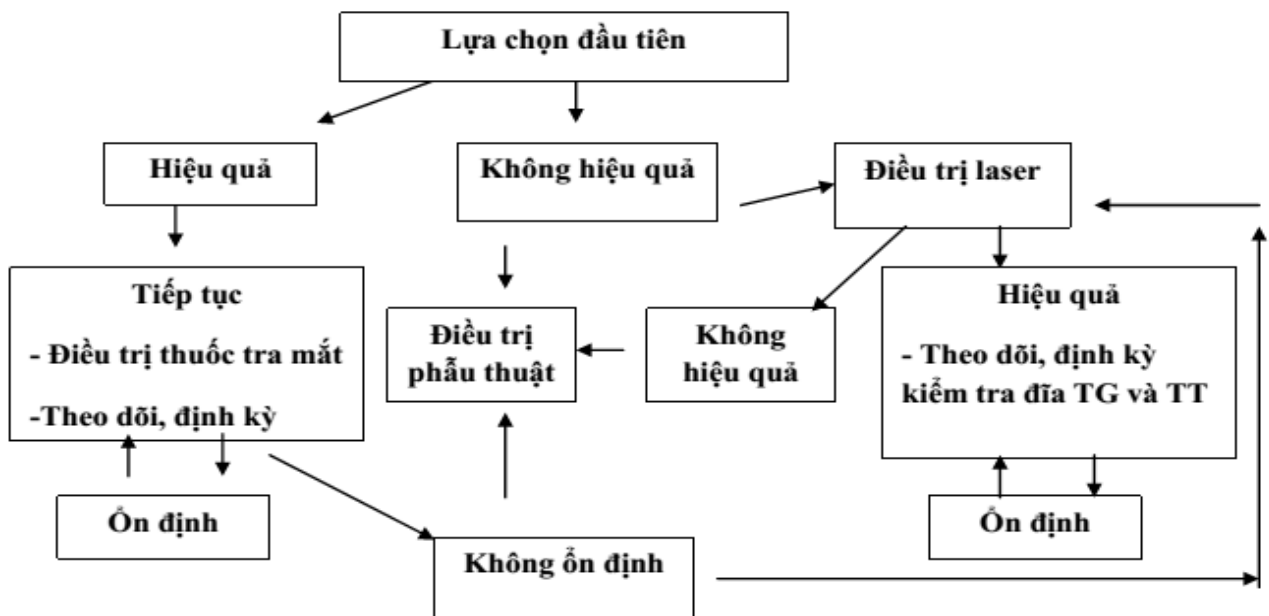
Mục đích điều trị là làm dừng hoặc chậm lại quá trình tiến triển tiếp của bệnh glôcôm, duy trì chất lượng nhìn, chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.1.1. Điều trị hạ nhãn áp

- Xác định nhãn áp đích cần đạt: đó là mức nhãn áp không gây tổn hại tiếp tục thị thần kinh.
- Nhãn áp cần điều chỉnh về mức bình thường của mắt người Việt Nam bình thường ($15 \leq NA < 22$ mmHg), giao động nhãn áp trong 24 giờ không quá 5 mmHg (đo NA kế Maclackov, quả cân 10g).
- Glôcôm giai đoạn sớm: nhãn áp đích ≤ 21 mmHg.
- Glôcôm giai đoạn tiến triển: nhãn áp đích ≤ 18 mmHg
- Glôcôm giai đoạn muộn: nhãn áp đích ≤ 16 mmHg.
- Glôcôm nhãn áp không cao: cần hạ khoảng 30% mức nhãn áp ban đầu.

4.1.2. Điều trị toàn diện

- Phối hợp bảo vệ, tăng cường dinh dưỡng cho thị thần kinh, điều trị bệnh toàn thân.
- Theo dõi định kỳ: Tình trạng nhãn áp (NA), đĩa thị giác (TG) và thị trường (TT).



- Có thể phối hợp điều trị laser hoặc phẫu thuật.

4.2. Phác đồ điều trị

Nếu người bệnh không có điều kiện theo dõi hoặc điều trị thuốc lâu dài hoặc cơ sở y tế không có máy laser điều trị thì cần chỉ định điều trị phẫu thuật sớm.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Điều trị nội khoa:

- Hạ nhãn áp
 - + Thuốc ức chế men Carbonic Anhydrase: toàn thân, tại chỗ.

- + Acetazolamid chỉ định trước mổ và khi cần cấp cứu hạ NA, trẻ em 10 – 15 mg / kg / ngày, chia 2 – 3 lần.
- + Acetazolamid 500mg/5 ml - tiêm tĩnh mạch 1 ống khi NA rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Bổ sung Potassium clorid.
- + Thuốc ức chế β -giao cảm
- + Thuốc cường phó giao cảm
- + Thuốc chế phẩm từ Prostaglandin
- + Thuốc cường α và β - giao cảm
- + Thuốc cường α_2 - giao cảm
- + Thuốc phối hợp cố định
 - Timolol + Chế phẩm từ Prostaglandin: tra mắt ngày 1 lần vào buổi tối.
 - Timolol + Ức chế men Carbonic Anhydrase: tra mắt ngày 2 lần.
 - Timolol + Cường phó giao cảm: tra mắt ngày 2 lần.
 - Timolol + Cường α_2 - giao cảm: tra mắt ngày 2 lần.
- + Thuốc toàn thân
 - Glycerol 50% - Chỉ định trước mổ và khi nhãn áp không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Người lớn: uống 1gr-2 gr/ kg / lần. Trẻ em: uống 1gr-1,5gr/ kg cân nặng/ lần.
 - Mannitol 10%, 20% % (1-2 mg/ kg) truyền TM nhanh, C giọt/phút, chỉ định trước mổ và khi nhãn áp rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Tiêm TM 1,5g -2g/ kg. (phải kiểm tra HA, tình trạng tim mạch trước khi truyền).
- Nguyên tắc lựa chọn thuốc hạ nhãn áp.

Thuốc có tác dụng làm giảm NA: đạt và duy trì NA đích ổn định lâu dài, giao động NA trong ngày không quá 5 mmHg; Dung nạp tốt; Tối thiểu tác dụng không mong muốn; Tiện sử dụng (ít lần tra, giá thành hợp lý).

- Nguyên tắc chỉ định điều trị thuốc

Bắt đầu bằng một thuốc với nồng độ thấp nhất. Nếu chưa đạt hiệu quả hoặc gây tác dụng không mong muốn cần thay một thuốc nhóm khác. Nếu vẫn không đạt hiệu quả cần bổ xung thêm thuốc nhóm khác hoặc dùng thuốc phối hợp cố định.

Trong 1-2 ngày đầu khi NA tăng quá cao có thể dùng kết hợp thuốc tra và uống hạ NA Acetazolamid 250 mg với liều trung bình cho người lớn là 500mg/ngày.

Hướng dẫn cho người bệnh chia khoảng thời gian dùng thuốc hợp lý, các thuốc tra cách nhau ít nhất là 15 phút.

- + Bổ sung Potassium khi dùng acetazolamide.
- Kháng viêm : steroid , non steroid toàn thân, tại chỗ.
- Giảm đau
- Nâng tổng trạng: Bù nước điện giải, vitamin.

4.3.2. Điều trị laser

Loại laser: laser argon, laser diode hoặc laser YAG.

Kỹ thuật: Bao gồm 2 phương pháp: laser vùng bè (trabeculoplasty) và laser vùng bè chọn lọc (selective laser trabeculoplasty).

Bổ sung kháng viêm, giảm đau, vitamin...

4.3.3. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định:

- Sau điều trị tích cực bằng thuốc và laser mà nhãn áp không đạt nhãn áp đích hoặc điều chỉnh không ổn định, chức năng thị giác tiếp tục biến đổi.
- Người bệnh không có điều kiện điều trị bằng thuốc.
- Người bệnh không có điều kiện đi lại khám theo dõi.
- Người bệnh không tuân thủ chế độ điều trị thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Các phẫu thuật điều trị glôcôm góc mở:

- Phẫu thuật lỗ rò cắt bè cứng giác mạc.
- Phẫu thuật cắt bè cứng mạc sâu không xuyên thủng
- Phẫu thuật đặt van dẫn lưu tiền phòng
- Laser quang đông thể mi (Bổ sung kháng viêm, giảm đau, vitamin)

Bổ sung kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau, vitamin khi phẫu thuật.

– Kháng sinh: toàn thân, tại chỗ, phổ rộng: nhóm beta – Lactam, Aminoglycoside, Fluoroquinolon...

- Toàn thân: dùng 5 – 7 ngày: Cephalosporine thế hệ 2 đường uống.
- Tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon

– Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.

– Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ: bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid.

– Giảm đau.

– Vitamine.

4.3.4. Điều trị phối hợp

Điều trị chuyên khoa về các bệnh toàn thân

Thuốc có tác dụng bảo vệ thần kinh hứa hẹn nhiều triển vọng trong điều trị glôcôm hiện đang trong giai đoạn thử nghiệm lâm sàng.

Thuốc dẫn mạch, tăng tuần hoàn nuôi dưỡng thị thần kinh như ginko biloba, cavinton, duxil....

* *Chuyển tuyến: glaucoma tuyệt đối cần hủy thể mi.*

– **Theo dõi hậu phẫu:**

- Nhãn áp, thị trường,
- Viêm màng bồ đào, xuất huyết nội nhãn, viêm mủ nội nhãn
- Tổn thương gai thị: chụp đáy mắt, OCT

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Glôcôm góc mở nguyên phát thường xuất hiện âm thầm, gây tổn thương cả hai mắt, nhưng thường một mắt nặng hơn mắt bên kia. Bệnh tiến triển chậm, lần lượt qua từng giai đoạn, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến mù lòa.

** Đặt vấn đề bỏ mắt khi Glaucoma tuyệt đối, mất chức năng thị giác, đau nhức, kích thích mắt không kiểm soát bằng các phương pháp điều trị.*

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Glôcôm góc mở là một bệnh nguy hiểm gây mù lòa không có khả năng điều trị hồi phục. Tuy nhiên có thể phòng ngừa mù lòa do bệnh glôcôm gây nên bằng cách khám phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều trị kịp thời trong các đối tượng nguy cơ cao và theo dõi, quản lý người bệnh lâu dài theo quy trình để kiểm soát được diễn biến bệnh.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Glaucoma ác tính, tái phát khó xử lý, không đáp ứng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa*”.
2. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
3. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
4. Bộ Y tế (2015) “*Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh ”*”.
5. Bộ Y tế (2016) “*Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện ”*”.
6. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa ”*”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 2*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Jack J. Kanski, *Clinical Ophthalmology*; Butterworth – Heinemann, 1994.
9. Lam D.S, Tano Y., Rich R., Pao S.K (2008), “*Glaucoma Diagnostics*”, A-Z in Ophthalmology, Section A, Book 1, Hong Kong, Bon Vision Limited.
10. Remo S.J., Medeiros F.A (2006), “*The optic nerve in glaucoma*”, 2nd Edition,

- Rio de Janeiro, Cultura Medica.
11. Weinred R.N., Brandt J.D (2007), *"Intraocular Pressure"*, Consensus Series-4, Kugler Publications, The Hague, The Netherlands

H35.7 BONG CÁC LỚP VÕNG MẠC

[BỆNH LÝ HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH]

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (HVMTTTD) biểu hiện bằng một vùng bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Bệnh thường gây giảm thị lực tạm thời một bên mắt, hay gặp ở nam giới trong độ tuổi từ 20 đến 50. Một số trường hợp thị lực giảm không phục hồi dù bong thanh dịch võng mạc đã hết.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ.

- Các giả thuyết trước đây cho rằng nguyên nhân gây bệnh là vận chuyển ion bất thường qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc và bệnh lý khu trú của mạch máu hắc mạc.
- Gần đây, hình ảnh chụp mạch huỳnh quang với Indocyanin Green (ICG) đã cho thấy sự tổn thương của lớp mao mạch hắc mạc gây rối loạn chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc.
- Các cá thể có trạng thái thần kinh căng thẳng, cao huyết áp hay bị bệnh. Bệnh còn được cho có liên quan đến sự tăng nồng độ cortison và epinephrine trong máu, tác động đến cơ chế tự điều hòa của mao mạch hắc mạc.
- Các nghiên cứu gần đây còn cho thấy có sự liên quan giữa bệnh và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*.
- Bệnh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc gây bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Cơ năng:

Bệnh nhân bị giảm nhanh thị lực trung tâm kèm theo các triệu chứng: nhìn vật nhỏ đi, rối loạn thị lực màu, ám điểm dương tính trung tâm.... Bệnh nhân có thể đau nhức nhẹ hố mắt, căng thẳng, mất ngủ.

3.1.2. Soi đáy mắt:

- Thấy vùng bong võng mạc do thanh dịch (không có dịch xuất huyết phía dưới)
- Có thể thấy các tổn thương khác kèm theo như: bong biểu mô sắc tố võng mạc, thoái hóa sắc tố võng mạc, các sợi tơ huyết hoặc các cặn lipid dưới võng mạc...

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp mạch không cản quang : hoàng điểm phù, ánh trung tâm (-).

- Chụp mạch huỳnh quang: Cho thấy hình ảnh các điểm dò riêng rẽ của bệnh HVMTTTD điển hình hoặc các vùng tăng huỳnh quang không đều với các điểm dò kín đáo của bệnh biểu mô sắc tố lan toả. Giai đoạn muộn còn cho thấy hình ảnh lấp đầy huỳnh quang của bong thanh dịch dưới võng mạc.
- Hình ảnh chụp cắt lớp võng mạc (OCT): Cho thấy rõ các tổn thương của bệnh như: dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố... và ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và theo dõi bệnh.
- Hình ảnh ICG: cho thấy hình ảnh tổn thương của mạch máu hắc mạc, mao mạch hắc mạc tăng tính thấm.
- Các xét nghiệm khác: công thức máu, đường huyết, tổng phân tích nước tiểu, ECG...

3.3. Phân loại

Bệnh chia làm hai thể lâm sàng:

- Bệnh HVMTTTD điển hình gây ra bởi một hoặc nhiều điểm dò riêng biệt của lớp biểu mô sắc tố trên phim chụp mạch huỳnh quang.
- Bệnh biểu mô sắc tố toả lan (Bệnh HVMTTTD mạn tính) do rối loạn toả lan chức năng của lớp biểu mô sắc tố, biểu hiện trên đáy mắt là vùng bong thanh dịch võng mạc trên nền một vùng thoái hóa của biểu mô sắc tố, biểu hiện trên phim chụp huỳnh quang là một vùng tăng huỳnh quang không đều với một hoặc nhiều điểm dò kín đáo.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các nguyên nhân gây bong thanh dịch vùng hoàng điểm khác như: hố đĩa thị bẩm sinh, tân mạch hắc mạc, khối u.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị cụ thể

4.1.1. Điều trị nội khoa:

- Kháng viêm (Toàn thân, tại chỗ), hạ nhãn áp (toàn thân, tại chỗ), giảm phù, tăng tuần hoàn, bền thành mạch, vitamin.
- Hyasa 1ml tiêm hậu nhãn cầu, có thể lặp lại mỗi 3 ngày.

4.1.2. Điều trị laser:

- Chỉ định điều trị laser đặt ra nếu điểm dò nằm cách xa hoàng điểm trên 300 micron và bệnh nhân cần phục hồi thị lực nhanh (laser không làm tăng kết quả thị lực cuối cùng), hoặc các trường hợp bong võng mạc thanh dịch kéo dài trên 4 tháng hoặc tái phát trên mắt đã bị giảm thị lực vì bệnh HVMTTTD lần trước.
- Sử dụng nốt laser có đường kính 100 micron, thời gian từ 0,1 - 0,2s, năng lượng vừa đủ để nốt bắn có màu xám nhạt và thường chỉ bắn từ 1 đến 5 nốt cho mỗi điểm dò.
- Thuốc dùng trong laser : Kháng viêm (Toàn thân, tại chỗ), giảm đau, vitamin.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Bệnh HVMTTTD đa số bệnh nhân (80-90%) phục hồi thị lực tốt (từ 8/10 trở lên). Dù thị lực được phục hồi, bệnh nhân vẫn có thể bị các triệu chứng như: nhìn vật biến dạng, giảm độ tương phản...
- Số ít bệnh nhân còn lại phục hồi thị lực kém hơn và có nhiều nguy cơ tái phát hoặc chuyển thành bệnh biểu mô sắc tố lan toả, gây giảm thị lực nặng (từ 1/10 trở xuống) vĩnh viễn.
- Có 40-50% bệnh nhân bị HVMTTTD điển hình bị tái phát bệnh trên cùng một mắt.
- Nguy cơ gây tân mạch hắc mạc là khá thấp (dưới 5%) nhưng nguy cơ này tăng cao hơn ở người lớn tuổi.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Nguyên nhân sinh bệnh chưa được xác định rõ nên chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Tuy nhiên, bác sĩ nên khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi hợp lý, tránh làm việc căng thẳng và không nên sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê...

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Bệnh kéo dài dai dẳng, tái phát nhiều lần, kèm theo xuất hiện tân mạch hắc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
3. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*”.
4. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 3*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

5. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
6. Bouza EA Scott MH et al (1993) *Cental serious chorioretinopathy and endogenous hypercortisolemia. Arch. Ophthalmol.*
7. Burumcek E, Mudun A, Karacorlu S, Arslan Mo (1997). *Laser photocoagulation for persistent cental serious chorioretinopathy: result a long*

term follow-up. Ophthalmology.

8. The Wills Eye Manual: *Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*, 5th Edition

H35.3 THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM VÀ CỰC SAU [BỆNH LÝ LỖ CỦA HOÀNG ĐIỂM]

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hoàng điểm là phần trung tâm của võng mạc chịu trách nhiệm xử lý chi tiết các hình ảnh và là phần nhạy cảm nhất của võng mạc.
- Lỗ hoàng điểm xảy ra khi có một chỗ rách trong hoàng điểm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Có thể do dịch kính hoặc màng trước gây co kéo lên hoàng điểm.
- Chấn thương.
- Phù hoàng điểm dạng nang.

3. TRIỆU CHỨNG

- Chủ quan: giảm thị lực còn khoảng 1/10, có thể nhìn hình biến dạng hoặc ám điểm trung tâm. Tuổi từ 60 – 70, nữ gấp 3 lần nam, 10% ở 2 mắt.
- Khách quan: soi đáy mắt sẽ thấy 1 đốm tròn đỏ ngay trung tâm hoàng điểm, bao quanh là 1 quầng xám tạo ra do dịch dưới võng mạc.

4. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào phân độ và OCT hoàng điểm:

- Độ 1: sắp hình thành lỗ hoàng điểm.
- Độ 2: lỗ hoàng điểm thật sự nhưng nhỏ.
- Độ 3: lỗ hoàng điểm với dịch dưới võng mạc xung quanh nhưng chưa có bong dịch kính sau.
- Độ 4: lỗ hoàng điểm với dịch dưới võng mạc xung quanh và có bong dịch kính sau.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Màng trước võng mạc giả lỗ hoàng điểm.
- Bệnh lý võng mạc do ánh sáng mặt trời.
- Nang trong võng mạc ví dụ phù hoàng điểm dạng nang mạn tính với nang trung tâm to.

6. CẬN LÂM SÀNG

- Cần khám kỹ hoàng điểm với kính Volk 60 hay 90, nếu có bong dịch kính sau thì cần khám kỹ võng mạc ngoại biên để tìm lỗ rách võng mạc.
- Chụp OCT giúp phân độ, đánh giá tiến triển và xác định mức độ co kéo của màng trước võng mạc.

7. ĐIỀU TRỊ

- Lỗ hoàng điểm độ 1 (sắp hình thành) có thể tự hồi phục trong 50% trường hợp.
- Trong một số trường hợp tiến triển, có thể cắt dịch kính và bóc màng giới hạn trong.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE.

- Bệnh nhân có cận thị nặng được tái khám mỗi 6 tháng.
- Các bệnh nhân khác tái khám mỗi năm.
- Tất cả bệnh nhân được tái khám sớm hơn nếu có triệu chứng bong võng mạc (tăng chớp sáng và ruồi bay, bị che một phần thị trường).
- Phát cho bệnh nhân lưới Amsler để theo dõi mắt còn lại.

9. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

9.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

9.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Trường hợp lỗ hoàng điếm cần can thiệp phẫu thuật cắt dịch kính + bóc màng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Đại học Y Dược TPHCM (2011), “*Nhãn khoa lâm sàng*”.
3. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
4. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*”.

H34.8 CÁC TẮC MẠCH VÕNG MẠC KHÁC [TẮC TĨNH MẠCH VÕNG MẠC]

1. ĐỊNH NGHĨA

Tắc tĩnh mạch võng mạc là bệnh lý mạch máu võng mạc biểu hiện sự ngừng trệ tuần hoàn trở về ở võng mạc, xảy ra ở thân tĩnh mạch trung tâm võng mạc ngay đĩa thị, sau lá sàng được gọi là tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc hoặc tắc ở thân tĩnh mạch sau khi phân chia 2 nhánh gọi là tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hoặc tắc ở nơi bất chéo động - tĩnh mạch gọi là tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các nguyên nhân toàn thân

- Tăng huyết áp (vô căn): là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Xơ vữa động mạch: có thể đã gây tăng huyết áp hoặc chưa.
- Tắc hay hẹp động mạch cảnh trong: do bẩm sinh hoặc do mảng xơ vữa động mạch gây nên.
- Bệnh đái tháo đường.
- Rối loạn mỡ máu: cholesterol máu tăng hoặc triglyceride tăng hoặc cả 2 loại đều tăng.
- Bệnh thận: suy thận các mức độ, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mãn...
- Các bệnh về máu: thiếu máu, bệnh bạch cầu cấp, đa hồng cầu, thiếu máu, bệnh lý hồng cầu, rối loạn globulin máu...
- Các bệnh lý mạch máu: viêm tĩnh mạch, viêm thành mạch mãn tính nguyên phát hay thứ phát sau nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân: bệnh giang mai, bệnh Behçet, bệnh Eales, bệnh hệ thống collagen....
- Bệnh còn hay gặp ở những người nghiện thuốc lá.

2.2. Các nguyên nhân tại chỗ

- Tăng áp lực hố mắt
- Tăng nhãn áp do glôcôm mãn tính
- Viêm tổ chức hóc mắt mãn tính...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bệnh thường xảy ra ở một mắt, giảm thị lực từ ít đến nhiều, có thể chỉ còn đếm ngón tay nhưng không hoàn toàn mất thị lực
- Mắt bị bệnh không đau nhức, không đỏ mắt.
- Khám đáy mắt: Tắc tĩnh mạch võng mạc có 4 dấu hiệu chính:
 - + Tĩnh mạch giãn to, ngoằn ngoèo.
 - + Phù đĩa thị, phù võng mạc và phù hoàng điểm.
 - + Xuất huyết võng mạc trải rộng từ đĩa thị ra tận ngoại vi võng mạc, có thể xuất huyết nông hoặc xuất huyết sâu trong võng mạc.

+ Vết dạng bông (xuất tiết mềm) tập trung quanh đĩa thị ít hay nhiều tùy thể (gặp nhiều ở thể thiếu máu).

– Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hay tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: các triệu chứng khu trú ở vùng võng mạc được dẫn lưu bởi nhánh tắc.

– Giai đoạn có biến chứng: ngoài 4 dấu hiệu trên còn có thể xuất hiện tân mạch (đĩa thị, võng mạc hoặc trên mống mắt, góc tiền phòng), xuất huyết dịch kính, bong võng mạc.

3.2. Cận lâm sàng

– Chụp mạch ký huỳnh quang võng mạc: thì tĩnh mạch chậm, không có thuốc huỳnh quang trong lòng mao mạch (thiếu máu võng mạc), mao mạch vùng hoàng điểm không hiện lên (thiếu máu hoàng điểm). Khuếch tán thuốc huỳnh quang qua thành mao mạch và các tĩnh mạch lớn gây tăng huỳnh quang ở võng mạc, đĩa thị, các hóc xung quang hoàng điểm (phù hoàng điểm dạng nang).

– Chụp đáy mắt: phát hiện xuất huyết, xuất tiết dọc theo tĩnh mạch tắc.

– OCT võng mạc (Optical Coherence Tomography): đo chính xác chiều dày võng mạc và thể tích phù hoàng điểm.

– Điện võng mạc: có giá trị tiên lượng bệnh. Tỷ số sóng b/ sóng a < 1 là có nguy cơ xuất hiện tân mạch.

– Siêu âm màu Doppler: đo tốc độ dòng chảy động - tĩnh mạch trung tâm võng mạc, chẩn đoán bệnh lý tại động - tĩnh mạch trung tâm võng mạc.

– Siêu âm mắt: theo dõi xuất huyết pha lê thể kèm theo.

– Các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán các bệnh toàn thân như: sinh hóa máu, huyết học, HIV, HBsAg...

– Các xét nghiệm thường qui khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, đường huyết, ECG...

– Đo nhãn áp.

3.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng

3.4. Phân loại và thể bệnh

3.4.1. Phân theo vị trí tắc giải phẫu

– Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc: tắc ở thân tĩnh mạch võng mạc khi chui qua mảnh sang ở đĩa thị, tắc cả 4 nhánh tĩnh mạch: thái dương trên, mũi trên, thái dương dưới, mũi dưới.

– Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: tắc tĩnh mạch tại nơi bắt chéo động tĩnh mạch võng mạc. Có thể tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên thái dương trên hoặc mũi trên hoặc thái dương dưới hoặc mũi dưới.

– Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc: là tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên và mũi trên (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc trên) hoặc tắc nhánh tĩnh mạch thái dương dưới và mũi dưới (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc dưới).

3.4.2. Phân loại theo lâm sàng

– Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu:

+ Thị lực giảm đột ngột và trầm trọng, thị trường thu hẹp, có ám điểm trung tâm tuyệt đối.

+ Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc rất nhiều, ở cả lớp nông và sâu; có nhiều hơn 10 xuất tiết dạng bông.

+ Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có vùng võng mạc thiếu tưới máu trên 10 đường kính đĩa thị. Giai đoạn sau: bệnh gây biến chứng tân mạch võng mạc, tân mạch đĩa thị, tân mạch mống mắt, góc tiền phòng gây glôcôm tân mạch, xuất huyết dịch kính... Đĩa thị teo.

– Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu:

+ Thị lực giảm vừa, hoặc giảm trầm trọng, có thể có ám điểm trung tâm.

+ Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc chủ yếu ở lớp nông, không có hoặc có từ 1 - 9 xuất tiết mềm.

+ Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có phù võng mạc tỏa lan, phù hoàng điểm hoặc phù hoàng điểm dạng nang ở giai đoạn sau.

+ Phù võng mạc, hoàng điểm trên chụp cắt lớp võng mạc.

– Tắc tĩnh mạch thể lành tính ở người trẻ: thường gặp ở người trẻ < 40 tuổi, không có bệnh toàn thân phối hợp:

+ Thị lực giảm ít, không biến đổi thị trường hoặc điểm mù rộng ra.

+ Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc nông, xuất hiện rải rác ở võng mạc hậu cực; không có hoặc có ít vết xuất tiết mềm nhỏ.

+ Chụp mạch huỳnh quang võng mạc không thấy tổn thương hệ mao mạch võng mạc.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

– Bệnh võng mạc đái tháo đường: có tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh xuất hiện ở 2 mắt, tổn thương chủ yếu là vi phình mạch võng mạc.

– Bệnh thiếu máu đầu trước thị thần kinh cấp tính: đĩa thị phù nhiều, xuất huyết nông tập trung chủ yếu quanh đĩa thị.

– Bệnh tắc, hẹp tĩnh mạch và động mạch mắt gây hội chứng thiếu máu mắt: xuất huyết võng mạc tập trung nhiều ở võng mạc xích đạo và võng mạc chu biên. Xác định hẹp, tắc tĩnh mạch, động mạch mắt trên siêu âm màu Doppler hệ mạch cảnh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

– Điều trị bệnh tại mắt:

+ Kháng viêm giảm phù.

+ Các thuốc tiêu huyết khối

- + Các thuốc tiêu máu
- + Chống thiếu máu
- + Điều trị biến chứng
- + Điều trị phẫu thuật phối hợp khi cần thiết.
- + Phối hợp điều trị các bệnh toàn thân: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu...

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Tắc tĩnh mạch thể lạnh tính: thường gặp ở người trẻ, thị lực giảm ít

– Điều trị nội khoa

- + Thuốc tăng cường tuần hoàn: Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày x 2- 3 tuần.
- + Thuốc giảm phù nề: Alphachymotripsin x 3 - 4 viên/ngày x 2 - 3 tuần.
- + Thuốc chống kết tụ tiểu cầu và giảm độ quánh của máu: Acetyl salicylic Acid 100mg x 1 viên/ngày x 2 - 3 tuần.
- + Thuốc tăng cường bền vững thành mạch máu: Vitamin C 1g/ngày x 2 - 3 tuần.
- + Chống viêm có steroid, non steroid.
- + Thuốc tiêu huyết khối (Streptokinase, Urokinase) hay thuốc tan huyết khối (Thrombolytic Agents) chỉ dùng khi bệnh nhân đã có xét nghiệm tỷ lệ Prothrombin bình thường và dùng theo chỉ định của các bác sỹ nội khoa.

4.2.2. Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu

– Điều trị nội khoa như thể lạnh tính, thêm:

- + Thuốc ức chế men Anhydraza: Acetazolamide 2 - 4 tuần.
- + Thuốc bù kali khi dùng thuốc ức chế men Anhydraza.
- + Tra tại mắt thuốc chống viêm, steroid, non-steroid.

– Điều trị bằng laser

- + Phù võng mạc ngoài hoàng điểm: chỉ điều trị bằng laser khi
 - Có xuất tiết dạng vòng bao quanh vùng mạch máu bất thường, làm khuếch tán huỳnh quang ra ngoài thành mạch, phá hủy các bất thường mạch máu này bằng laser sẽ giảm xuất tiết.
 - Nguy cơ có bong thanh dịch võng mạc khi phù võng mạc nhiều
 - Phù hoàng điểm: chỉ làm laser trong trường hợp
- + Phù hoàng điểm kéo dài trên 3 tháng
- + Thị lực không tăng, dưới 5/10 hoặc ngày càng giảm
- + Trên ảnh chụp mạch huỳnh quang hoặc OCT có phù hoàng điểm ngày càng tăng hoặc phù hoàng điểm dạng nang.
 - Bổ sung kháng viêm, giảm đau, nâng tổng trạng khi laser:
 - Kháng viêm: steroid , non steroid ... tại chỗ, toàn thân.
 - Giảm đau,
 - Nâng tổng trạng: Bù nước điện giải, vitamin.

4.2.3. Tác tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu

- Điều trị nội khoa như thể phù
- Điều trị laser: khi vùng võng mạc thiếu máu trên ảnh chụp huỳnh quang ≥ 10 đường kính đĩa thị.

+ Nếu đã có tân mạch đĩa thị hoặc tân mạch võng mạc: laser toàn bộ võng mạc trừ vùng võng mạc hậu cực.

+ Nếu đã có tân mạch mỏng mắt hoặc glôcôm tân mạch: tiêm nội nhãn thuốc chống tăng sinh tân mạch phối hợp laser toàn bộ võng mạc hoặc lạnh đông củng mạc.

+ Bổ sung kháng viêm, giảm đau, vitamin khi laser.

4.2.4. Tiêm nội nhãn:

- Khi có phù hoàng điểm
- Tân mạch hắc mạc, gai thị ...
 - + Triamcinolone 40mg : 0,1ml/ 1mg, Ozurdex...
 - + Anti VEGF (Avastin, Lucentis, Eylea ...)

Tiêm thuốc anti VEGF (Lucentis 0,05ml...) được thực hiện vào thời điểm:

- + Bắt đầu (cho 3 liều tải)
- + Duy trì (cho 3 mũi tiếp theo)
- + Tái phát (cho 3 mũi tiếp theo)

Sau đó tùy diễn tiến lâm sàng sẽ quyết định, thông thường nếu hoàng điểm còn phù, tân mạch còn tiến triển sẽ thực hiện tiêm tiếp tục.

Bổ sung kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau ...

+ Kháng sinh tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon...

+ Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.

+ Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid .

+ Giảm đau.

+ Vitamine.

- Điều trị toàn thân:

+ Bằng các thuốc đặc hiệu khi tìm thấy nguyên nhân như: xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh hệ thống collagen, bệnh giang mai...

+ Điều trị các bệnh tại chỗ như viêm tổ chức hóc mắt, glôcôm...

- Theo dõi hậu phẫu:

+ Nhãn áp, viêm nội nhãn...

+ Đánh giá lại võng mạc, hoàng điểm: chụp đáy mắt, OCT.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tác tĩnh mạch võng mạc lành tính ở người trẻ: bệnh tự thoái triển.

- Tắc tĩnh mạch thể thiếu máu: có thể gây glôcôm tân mạch sau 100 ngày, hoặc tân mạch đĩa thị, tân mạch võng mạc gây xuất huyết dịch kính, bong võng mạc co kéo...
- Tắc tĩnh mạch thể không thiếu máu: phù hoàng điểm kéo dài gây lỗ hoàng điểm, có thể chuyển thể bệnh sang thể thiếu máu.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Khuyến cáo bệnh nhân phải điều trị các bệnh toàn thân có nguy cơ cao như xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận...
- Khuyến cáo bệnh nhân không nên hút thuốc lá.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Trong một số trường hợp có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật: bong võng mạc, xuất huyết dịch kính do tắc mạch cũ, màng trước võng mạc, biến chứng lỗ hoàng điểm, Glaucoma tân mạch gây đau nhức...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Bộ Y tế (2015), “ *Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
3. Bộ Y tế (2015) “ *Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh ”*”.
4. Bộ Y tế (2016) “ *Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện ”*”.
5. Bộ Y tế (2012) “ *Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa ”*”.
6. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 3*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

7. Berger A.R., et al (2015), “ *Optimal Treatment of Retinal Vein Occlusion: Canadian Expert Consensus*”, *Ophthalmologica* 234(1): 6-25.
8. Coscas, G., et al. (2011). "Management of retinal vein occlusion--consensus document." *Ophthalmologica* 226(1): 4-28.
9. Ho M., et al (2016), “ *Retinal Vein Occlusion, from Basics to the Latest Treatment*”, *Retina* 36(3):432-448.

10. Kenneth W. Wright, MD. *Textbook of Ophthalmology*. William and Wilkins
1997.

H44.2 CẬN THỊ THOÁI HÓA [TÂN MẠCH HẮC MẠC DO CẬN THỊ]

1. ĐẠI CƯƠNG

Tân mạch hắc mạc do cận thị (*myopic choroidal neovascularization - mCNV*) là biến chứng đe dọa thị lực thường gặp của cận thị và cận thị bệnh lý. Tần suất cận thị bệnh lý khoảng 1 – 3% ở người lớn và 5 – 11% bệnh nhân cận thị bệnh lý phát triển mCNV. Khoảng 30% bệnh nhân mắc mCNV ở một mắt sẽ mắc mCNV ở mắt còn lại.

2. TRIỆU CHỨNG

Giai đoạn sớm thường gây giảm thị lực đột ngột và biến dạng hình. Giai đoạn muộn có thể gây ám điểm trung tâm và mất thị lực không hồi phục.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng : Khám đáy mắt:

- mCNV điển hình ở người trẻ thường biểu hiện tân mạch hắc mạc dạng cổ điển (CNV classic type) với mảng xám, giới hạn rõ, phẳng, nhỏ, có thể có bờ tăng sắc tố nếu bệnh mạn tính hoặc tái phát. Xuất huyết võng mạc, nếu có, thường rất ít, và phần lớn không có xuất tiết võng mạc. Bong võng mạc cảm thụ thường thấp, giới hạn và khó phát hiện khi soi đáy mắt.
- mCNV ở người lớn tuổi thường rầm rộ hơn với xuất huyết và xuất tiết võng mạc, cần chẩn đoán phân biệt với CNV do thoái hóa hoàng điểm tuổi già (*age-related macular degeneration - AMD*)
- Ngoài ra có thể gặp các bất thường khác của mắt cận thị bệnh lý như dẫn phình võng mạc cực sau, teo hắc võng mạc, lacquer cracks.

3.2. Cận lâm sàng:

3.2.1. Chụp mạch huỳnh quang (*fundus fluorescein angiography - FFA*): cho thấy sự hiện diện, phân loại, phạm vi và hoạt tính của mCNV, và giúp loại trừ các bệnh khác. Phần lớn mCNV biểu hiện dạng cổ điển trên FFA với tổn thương tăng huỳnh quang, giới hạn rõ thì sớm, dò huỳnh quang ở thì muộn.

3.2.2. OCT: có độ nhạy gần 97% trong việc phát hiện hoạt tính của mCNV. Giai đoạn hoạt tính, mCNV là sang thương nhô cao, dạng vòm, tín hiệu phản xạ cao trên lớp biểu mô sắc tố, với tụ dịch tối thiểu. Giai đoạn se, có sự duy trì tín hiệu phản xạ cao trên bề mặt CNV do sự tăng sắc tố và giảm đáng kể tín hiệu phản xạ bên dưới (hiệu ứng bóng râm – *shadowing effect*). Giai đoạn teo, sang thương CNV phẳng, tăng tín hiệu phản xạ từ hắc mạc do teo hắc võng mạc tỏa lan.

4. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị bao gồm laser quang động (PDT), kháng VEGF và laser quang đông cho một số trường hợp mCNV kích thước nhỏ, nằm ngoài hoàng điểm.

Tuy nhiên, hiện nay các bác sĩ võng mạc trên thế giới có xu hướng sử dụng kháng VEGF như là thuốc đầu tay điều trị bệnh lý này. Thuốc kháng VEGF được sử dụng phổ biến hiện bao gồm: Ranibizumab (Lucentis) và Bevacizumab (Avastin), Aflibercept (Eylea).

Quy trình tiêm anti VEGF vào dịch kính cho mCNV:

– Sau khi chẩn đoán mCNV, bệnh nhân được tiêm 3 mũi kháng VEGF (*loading dose*)

– Sau đó bệnh nhân được điều trị theo kiểu tiêm khi cần (*Prorenata – PRN*): tái khám hàng tháng (đo thị lực chỉnh kính tối đa, chụp OCT- bắt buộc, chụp lại FFA- nếu cần) và được chỉ định tiêm tiếp nếu cần (nghiên cứu RADIANCE và REPAIR với Lucentis, MYRROR với Eylea). Ở mỗi lần tái khám, bệnh nhân được chỉ định tiêm thuốc theo 2 tiêu chuẩn:

1. Tiêu chuẩn ổn định thị lực (không tiêm nếu thị lực chỉnh kính tối đa không thay đổi sau 2 lần tái khám liên tiếp)

2. Hoạt tính của mCNV (tiêm thuốc nếu giảm thị lực liên quan đến dịch trong võng mạc hoặc dịch dưới võng mạc, hoặc các dấu hiệu trên FFA/ OCT gợi ý mCNV còn hoạt tính).

– Nếu mCNV ổn định và không cần tiêm thuốc trong hai lần khám liên tiếp, bệnh nhân có thể được tái khám sau mỗi 3 tháng.

Hiện tại Ranibizumab là loại kháng VEGF duy nhất được cấp phép điều trị mCNV, tuy nhiên nhiều nghiên cứu cũng đã sử dụng Bevacizumab, Aflibercept với kết quả tốt.

Liều tiêm thuốc được thực hiện vào thời điểm:

- + Bắt đầu (cho 3 mũi đầu)
- + Duy trì (cho 3 mũi tiếp theo)
- + Tái phát (cho 3 mũi tiếp theo)

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh nhân mới mắc mCNV có thể biểu hiện nhìn mờ, nhìn méo hình, có ám điểm trung tâm hoặc cạnh tâm. Nếu không được phát hiện điều trị kịp thời bệnh tiến triển đến mCNV giai đoạn muộn, khi đó tân mạch vỡ gây ra xuất huyết dưới võng mạc vùng hoàng điểm sẽ gây ra mất thị lực trầm trọng.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Hiện nay người ta chưa tìm ra biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Người bệnh cần đến khám sớm khi có biểu hiện bất thường ở mắt để được chẩn đoán và điều trị kịp thời tránh tổn thương thị lực trầm trọng.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Trong một số trường hợp có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật: bong võng mạc, xuất huyết dịch kính do tân mạch vỡ vào pha lê thể, Glaucoma tân mạch gây đau nhức...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”*”.
3. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*”.
4. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập I*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

5. Garcia-Layana A., Salinas-Alaman A., Maldonado M. J., Sainz-Gomez C., and Fernandez- Hortelano A., Optical coherence tomography to monitor photodynamic therapy in pathological myopia. Br J Ophthalmol, 2006. 90(5): p. 555-8.
6. Ikuno Y, Ohno-Matsui K, Wong TY, et al. Intravitreal aflibercept injection in patients with myopic choroidal neovascularization: the MYRROR study. Ophthalmology. 2015;122:1220- 1227.
7. Tufail A, Narendran N, Patel PJ, et al. Ranibizumab in myopic choroidal neovascularization: the 12-month results from the REPAIR study. Ophthalmology. 2013;120:1944- 1945.e1.
8. Wong T. Y., Ferreira A., Hughes R., Carter G., and Mitchell P., Epidemiology and disease burden of pathologic myopia and myopic choroidal neovascularization: an evidence-based systematic review. Am J Ophthalmol, 2014. 157(1): p. 9-25 e12.
9. Wolf S, Balciuniene VJ, Laganovska G, et al. RADIANCE: a randomized controlled study of ranibizumab in patients with choroidal neovascularization secondary to pathologic myopia. Ophthalmology. 2014;121:682-692.e2.
10. <https://retinaroundup.com/2017/12/01/coding-corner-icd10-update-on-myopic-degeneration>.

H35.3 THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM VÀ CỰC SAU [THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ], [AMD]

1. KHÁI NIỆM:

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già (THHĐTГ), (AMD) là nguyên nhân chính của sự suy giảm thị lực không hồi phục ở các nước phát triển, xảy ra cho những người tuổi trên 60. Bệnh này ở nước ta chưa được quan tâm đầy đủ. Bệnh xảy ra khi hoàng điểm - là một phần nhỏ trung tâm của võng mạc - bị thoái hóa. Võng mạc là mô thần kinh phần sau nhãn cầu, cảm nhận ánh sáng. Tuy không mấy khi gây ra mù hoàn toàn, THHĐTГ là nguyên nhân quan trọng của sự bất lực về thị giác.

2. PHÂN LOẠI

THHĐTГ là nguyên nhân chính của mù lòa ở người trên 65 tuổi ở Mỹ, Tây Âu, Úc và Nhật. Có nhiều thể bệnh:

2.1. THHĐTГ thể khô: chiếm đa số, tiến triển chậm, dấu hiệu thông thường nhất là các đốm màu vàng ở gần hoàng điểm được gọi là drusen, đó là những cặn lắng ngoại tế bào nằm giữa lớp biểu mô sắc tố võng mạc và màng Bruch. Drusen gồm thành phần mỡ và protein. Giai đoạn sớm, drusen nhỏ và ít, thị giác chưa bị ảnh hưởng. Khi drusen to ra, thị giác trung tâm mất rõ nét và bệnh nhân cần có thêm ánh sáng khi làm các công việc thường ngày.

2.2. Teo hoàng điểm hình bản đồ: giai đoạn muộn của THHĐTГ thể khô. Khi đó có sự thoái hóa lớp biểu mô sắc tố võng mạc, là lớp tế bào sâu nhất của võng mạc.

Thoái hóa các tế bào lớp biểu mô sắc tố võng mạc sẽ đưa đến chết các tế bào que và nón, là các tế bào thụ cảm ánh sáng.

2.3. THHĐTĐG thể ướt: chỉ có khoảng 10% trường hợp chuyển sang thể ướt, diễn biến nhanh đến mù lòa, xảy ra khi các mạch máu nhỏ của lớp hắc mạc (phía dưới hoàng điểm) phân ra các nhánh nhỏ li ti xuyên qua màng Bruch, để đưa đến rò rỉ máu và protein ở dưới hoàng điểm và làm bong võng mạc. Hiện tượng này được gọi là tạo các mạch máu tân sinh lớp hắc mạc. Giai đoạn cuối cùng là một sẹo lớn hình đĩa chiếm toàn bộ hoàng điểm, làm mù hoàn toàn mắt bên đó.

3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM:

Bao gồm: tuổi lớn > 60, bệnh có tính gia đình và có thể di truyền, nữ giới, hút thuốc, béo phì, ăn ít rau và hoa quả, cao huyết áp, cholesterol-máu cao.

4. VỀ SINH LÝ BỆNH CỦA THHĐTĐG:

Người ta cho là có sự kết hợp giữa stress oxy-hóa và viêm. Vai trò trung tâm là sự lắng đọng các chất dọc theo mặt trong màng Bruch. Các chất lắng đọng này làm thay đổi tính thấm của màng Bruch, làm cho các tế bào biểu mô sắc tố võng mạc không đủ các chất dinh dưỡng đến nuôi và bị hư hại, tiếp theo là bị mất các tế bào cảm thụ ánh sáng và lớp vi quản hắc mạc, đưa đến thoái hóa hình bản đồ. Thiếu máu lớp biểu mô sắc tố võng mạc có thể làm các tế bào của lớp này tăng sản xuất yếu tố tăng trưởng nội mạc mạch máu, là yếu tố kích thích chủ yếu cho sự tạo ra các tân mạch của lớp vi quản hắc mạc. Các tân mạch của hắc mạc xuyên thủng màng Bruch làm rò rỉ dịch và lipid dẫn đến tích lũy dịch dưới võng mạc.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Lâm sàng :

- **Bệnh nhân nhìn mờ** từ nhẹ đến nặng, xuất hiện từ từ hoặc đột ngột do xuất huyết dưới võng mạc.
- Có thể xuất hiện ám điểm trung tâm, nhìn hình biến dạng.
- Test Amsler (+)

5.2. Cận lâm sàng:

- Chụp mạch huỳnh quang (với Fluoresceine) để phát hiện những tân mạch hắc mạc.
- Chụp đáy mắt: Phát hiện xuất tiết hoàng điểm, xuất huyết võng mạc.
- OCT võng mạc cũng là các phương pháp hình ảnh học không thể thiếu trong chẩn đoán THHĐTĐG thể khô và ướt.
- Siêu âm phát hiện xuất huyết nội nhãn, bong võng mạc.
- Đo khúc xạ, nhãn áp, thị trường...
- Các xét nghiệm khác: ECG, đường huyết...

6. ĐIỀU TRỊ

- Tiêm anti-VEGF nội nhãn để có thể ngăn cản hay làm chậm lại đáng kể mất thị giác trầm trọng. Các thuốc chống tăng sinh mạch máu (anti VEGF): Bevacizumab (Avastin), Ranibizumab (Lucentis), Aflibercept (Eylea), Pegaptanib (Macugen)...
- Laser quang động (vPDT) chỉ có tác dụng hỗ trợ anti VEGF trong những trường hợp CNV dạng cổ điển hoặc PCV.
- Laser quang đông chỉ tác dụng trong số ít các trường hợp CNV hoặc PCV xa hố hoàng điểm.

6.1. Điều trị bằng thuốc anti VEGF:

- Lucentis (Ranibizumab 0,5mg/0,05ml): có hai phác đồ tiêm thuốc được áp dụng cho Lucentis

+ Tiêm khi cần (*Pro re nata – PRN*): Bệnh nhân được tiêm liều tải (*loading dose*) 3 mũi liên tục, cách nhau 4 tuần. Sau đó, bệnh nhân được tái khám mỗi 4 tuần, được chỉ định tiêm thuốc khi CNV còn hoạt tính, không tiêm nếu CNV không hoạt tính. Sau 24 tháng, bệnh nhân cần tiêm trung bình 9,9 mũi, thị lực cải thiện khoảng 2 hàng (nghiên cứu Pronto)

+ Tiêm và dẫn rộng (*Treat and Extend – TAE*): bệnh nhân được tiêm mỗi 4 tuần cho đến khi CNV bất hoạt. Lúc đó, tiêm thêm 1 mũi và tiêm lại sau 6 tuần. Cứ thế, mỗi lần CNV bất hoạt, bệnh nhân vẫn được tiêm thuốc, nhưng thời gian tái khám lại dẫn ra thêm 2 tuần (nhưng không quá 12 tuần). Mỗi lần có 1 tiêu chuẩn CNV hoạt động trở lại, thời gian tái tiêm được giảm 2 tuần. Nếu có 2 tiêu chuẩn hoạt tính trở lên, khoảng cách sẽ trở về mức 4 tuần. Sau 12 tháng, nghiên cứu cho thấy bệnh nhân cần tái khám và chích trung bình 8 mũi, thị lực cải thiện gần 2 hàng (nghiên cứu LUCAS).

- Tiêu chuẩn hoạt tính:

- + Có xuất huyết mới ở hoàng điểm
- + Thị lực giảm ≥ 1 hàng
- + Dịch trong võng mạc (PED, dịch dưới VM, dịch trong VM)
- + Tân mạch tăng kích thước trên OCT-A, độ dày VM tăng $\geq 10\%$ trên SD-OCT

- Avastin (Bevacizumab 1,25mg/0,05ml): thuốc off-label, có thể sử dụng giống như Lucentis với mong muốn kết quả điều trị gần bằng Lucentis (nghiên cứu CATT, LUCAS)

- Eylea (Aflibercept 2mg/0,05ml):

Phác đồ điều trị tối ưu hiện này là tiêm liều tải 3 mũi đầu, cách nhau 4 tuần, sau đó tiêm mỗi 8 tuần. Sau 12 tháng, thị lực cải thiện tương tự như Lucentis với số lần tiêm và tái khám ít hơn (nghiên cứu VIEW).

Tiêm thuốc Lucentis nội nhãn được chỉ định vào các thời điểm:

- + Bắt đầu (cho 3 mũi đầu)
- + Duy trì (cho 3 mũi tiếp theo)
- + Tái phát (cho 3 mũi tiếp theo)

Bổ sung thuốc hậu phẫu tiêm nội nhãn: kháng sinh, kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau, vitamin ...

- Kháng sinh tại chỗ: Aminoglycoside, Fluoroquinolon...
- Kháng viêm: steroid, non-steroid: toàn thân, tại chỗ.
- Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ, bổ sung Potassium Chloride khi dùng Acetazolamid .
- Giảm đau.
- Vitamine: Các vitamin C, E, beta carotene, kẽm và đồng có thể làm giảm nguy cơ mất thị giác ở những bệnh nhân bị THHĐTG thể khô.

6.2. Điều trị laser quang đông: sử dụng laser năng lượng cao để phá hủy những mạch máu bất thường vùng hoàng điểm.

Bổ sung thuốc sau laser : Kháng viêm steroid, non steroid toàn thân, tại chỗ, giảm đau, vitamin.

6.3. Liệu pháp laser quang động (photodynamic laser therapy): có một số chất nhạy cảm với ánh sáng được tiêm vào dòng máu, các tân mạch vùng hoàng điểm sẽ hấp thu các chất này, sau đó người ta chiếu laser vào vùng tân mạch này, laser sẽ hoạt hóa các thuốc được hấp thu, và phá hủy các tân mạch vùng hoàng điểm.

6.4. Sự trợ giúp thị giác kém: sử dụng những kính đặc biệt và hệ thống điện tử sẽ phóng đại hình ảnh gần bằng vật..

6.5. Phẫu thuật:

- Phẫu thuật lấy bỏ những mạch máu bất thường, máu và dịch rỉ.
- Phẫu thuật chuyên dịch vị trí võng mạc: vị trí hoàng điểm được xoay và di chuyển rời xa khỏi vùng có tân mạch hắc mạc để đến nơi võng mạc lành mạnh, sẽ ngăn cản sự hình thành mô sẹo và tổn hại nặng thêm của võng mạc, khi đã di dời võng mạc thì những tân mạch bất thường của hắc mạc sẽ được điều trị bằng laser.

Mặc dù được điều trị cẩn thận, các diễn biến xấu vẫn có thể diễn ra. Bệnh nhân cần được khám và theo dõi thường xuyên theo chỉ định của bác sĩ.

7. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ:

- Khám mắt định kỳ.
- Điều trị các bệnh lý khác kèm theo như cao huyết áp , đái tháo đường, và tuân thủ điều trị theo chỉ dẫn của bác sĩ.
- Ngưng hút thuốc lá vì hút thuốc sẽ làm bệnh càng tiến triển nặng hơn.
- Duy trì trọng lượng vừa phải, tăng cường tập thể dục rèn luyện sức khỏe.
- Chế độ ăn giàu trái cây và rau quả, các thực phẩm chứa các chất chống oxy hóa làm giảm nguy cơ THHĐTG.
- Hạn chế sử dụng chất béo, thịt đỏ, thay thế bằng cá giàu axit omega 3 giúp hạn chế THHĐTG.

– Kết quả nghiên cứu của viện mắt quốc gia của Mỹ cho thấy kết hợp chất chống oxy hóa và kẽm làm giảm 25 % nguy cơ tiến triển AMD và giảm 19 % nguy cơ mất thị lực ở người bệnh.

– Một số chất chống oxy hóa được điều chế tự nhiên Lutein và Zeaxanthine đã được sử dụng rộng rãi trong việc giảm nguy cơ AMD.

8. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

8.1. Cấp cứu

– Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

8.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Trong một số trường hợp có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật như xuất huyết dịch kính nặng hoặc không đáp ứng với điều trị Lucentis tiêm nội nhãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
3. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*””.
4. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 3*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

5. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
6. American Academy of Ophthalmology (2008): *Basic and Clinical Science course, section 12: Retina and vitreous.*
7. Brown DM, Kaiser PK, Michels M, et al. Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration. N Engl J Med 2006;355: 1432–44.
8. Fung AE, Lalwani GA, Rosenfeld PJ, et al. An optical coherence tomography-guided, variable dosing regimen with intravitreal ranibizumab (Lucentis) for neovascular age related macular degeneration. Am J Ophthalmol 2007;143: 566–83.
9. Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2012;119(12):2537-48.

10. Jack J. Kanski (2003): *Clinical Ophthalmology, 5th edition*. Butterworth.
11. Martin DF, Maguire MG, Ying GS, et al. Ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 2011;364: 1897–908.
12. Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, et al. Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 2006;355:1419–31.
13. The Wills Eye Manual: *Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition*.

H16.0 LOÉT GIÁC MẠC [VIÊM LOÉT GIÁC MẠC]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm loét giác mạc (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do nhiều nguyên nhân, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

2. NGUYÊN NHÂN:

2.1. Do vi trùng: S.aureus, Strept. P neumococcus, Pseudomonas, Moraxella... là tình trạng cấp cứu nhãn khoa.

2.2. Do siêu vi: Herpes simplex, Herpes Zoster, Adenovirus....

2.3. Do nấm: Candida, Fusarium, Cephalosporium, Aspergillus... là tình trạng cấp cứu nhãn khoa.

2.4. Nguyên nhân khác.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Triệu chứng cơ năng:

Cộm, chảy nước mắt, nhức mắt, nhìn mờ.

3.2. Triệu chứng thực thể:

– Kết mạc cương tụ rìa.

– Giác mạc: tổn thương từ nông đến sâu, có thể nhìn thấy bằng mắt thường, hoặc phát hiện bằng test fluorescein. Cần đánh giá mô tả chi tiết hình dạng của tổn thương dưới sinh hiển vi bằng hình vẽ mỗi lần khám.

– Tiền phòng: có thể có mũ tiền phòng.

3.3. Cận lâm sàng:

– Soi tươi, nhuộm Gram, cấy.

– Các xét nghiệm khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, đường huyết, ECG, HBsAg, HIV...

3.4. Dấu hiệu lâm sàng nghĩ nhiều đến nấm:

– Loét âm ỉ không đau nhức hoặc nhức ít.

– Loét bề mặt gồ, mô bề mặt dễ vỡ vụn.

– Dấu chân giả.

– Sang thương vệ tinh.

– Vòng miễn dịch.

– Nếp nhăn màng Descemet.

– Chấm đục nội mô.

– Mũ tiền phòng tái đi tái lại.

3.5. Đánh giá mức độ nặng lúc đầu:

Vị trí	Ngoài trục	Trung tâm hoặc cạnh TT	Trung tâm hoặc cạnh TT
Kích thước	2mm	2-6mm	> 6mm
Độ sâu	1/3 trước	2/3 trước	1/3 sau
Phản ứng viêm bán phần trước	Nhẹ	TB-nặng Xuất tiết	Nặng, mũ TP
Độ	I	II	III

4. ĐIỀU TRỊ:

Theo nguyên nhân, dựa vào hình thái lâm sàng và xét nghiệm.

Nguyên tắc chung:

- Kháng sinh, kháng nấm, kháng virus, tác nhân cụ thể khác.
- Giãn đồng tử.
- Kháng viêm, giảm đau, nước mắt nhân tạo, tăng cường dinh dưỡng giác mạc, sinh tố.
- Điện di giác mạc.
- Khi vết loét sạch, đang tiến triển lành sẹo nên khâu cò mi nhằm bảo vệ giác mạc, tăng quá trình lành sẹo.

4.1 Do vi trùng: sử dụng kháng sinh nhạy cảm với vi khuẩn, nếu khó xác định nên dùng kháng sinh phổ rộng.

- Kháng sinh toàn thân (phổ rộng: nhóm beta-lactam, fluroquinolon...)
- Toàn thân: 7 - 14 ngày
- Tại chỗ: Aminoglycosid, Fluroquinolon
- kháng viêm steroid, non steroid toàn thân.
- Hạ nhãn áp khi cần (thùng, dọa thùng): tại chỗ, toàn thân.
- Giảm đau.
- Nước mắt nhân tạo.
- Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cho giác mạc và hạn chế hoại tử giác mạc. Dùng trong những trường hợp loét hoại tử nhiều (đặc biệt do trực khuẩn mũ xanh).
- Atropin 1% tra mắt 1-2 lần/ ngày
- vitamin nâng tổng trạng.
- Điện di giác mạc.
- Khâu cò mi: khi vết loét tiến triển tốt.

4.2. Do nấm:

Kháng nấm, kháng sinh ngừa bội nhiễm, kháng viêm, nước mắt nhân tạo, dinh dưỡng giác mạc, vitamin, giãn đồng tử, điện di giác mạc, khâu cò mi.

- Kháng nấm: toàn thân, tại chỗ

Itraconazole 100 mg: 2 viên uống sáng x 3 tuần liên tiếp.

Col.Natamycin 5% tại chỗ

- Kháng sinh phòng ngừa bội nhiễm: tại chỗ
- Nước mắt nhân tạo.
- Kháng viêm steroid, non steroid toàn thân.
- Giảm đau
- Hạ nhãn áp (doạ thủng, thủng) : tại chỗ, toàn thân.
- Điện di giác mạc.
- Khâu cò mi: khi vết loét tiến triển tốt.

4.3. Do siêu vi:

- Kháng virus:

+ Herpes simplex: Acyclovir 200mg x 5 lần/ ngày dùng 5 – 10 ngày, trẻ em nửa liều người lớn.

+ Zona : Acyclovir 800mg x 5 lần ngày x 7 ngày. (liều cao 10mg / kg, 8giờ / lần x 10 – 14 ngày. Trẻ em 20mg/ kg/ lần x 5 lần/ ngày.

Pd Acyclovir 3%: tra mắt 4 lần/ ngày.

- Tra atropin 1-4%.
- Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau:
 - + Viêm giác mạc hình đĩa.
 - + Viêm nhu mô kẽ khi có phản ứng màng bồ đào.
- Dùng corticoid dạng tra mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển dùng liều giảm dần.
- Kháng sinh phòng ngừa bội nhiễm: tại chỗ: Aminoglycosid, Fluroquinolon.
- Nước mắt nhân tạo.
- Giảm đau.
- Kháng viêm steroid, non steroid.
- Vitamin.
- Điện di giác mạc.

4.4. Các nguyên nhân khác: Điều trị theo nguyên nhân

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiến triển

Loét giác mạc do vi khuẩn là một bệnh nặng, nhất là những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng corticoid trước đó. Khi bệnh khỏi sẽ để lại sẹo trên giác, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

5.2. Biến chứng

- Loét giác mạc doạ thủng (phồng màng Descemet).
- Tăng nhãn áp.
- Trường hợp nặng có thể gây loét thủng giác mạc, viêm mủ nội nhãn.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ, tránh những sang chấn vào mắt.
- Khi bị chấn thương trên giác mạc cần phải phát hiện và điều trị kịp thời bằng các kháng sinh tra mắt để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do vi khuẩn.
- Cần phải điều trị các bệnh mắt là yếu tố thuận lợi gây viêm loét giác mạc: lông quặm, lông xiêu, hờ mi,...

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Trường hợp viêm loét nặng thủng giác mạc hoặc dọa thủng giác mạc, nghi ngờ viêm mủ nội nhãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TP HCM (2014), “ *Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa*”.
2. Bệnh viện Mắt TP HCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
3. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”*”.
4. Bộ Y tế (2015) “*Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”*”.
5. Bộ Y tế (2016) “*Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”*”.
6. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 2*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. American Academy of Ophthalmology (1998 – 1999): *Basic and Clinical Science course, section 8: External disease and Cornea.*
9. Ehler, Justis P., Shah, Chirag P. (2008) *Wills Eye Manual.*
10. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). *Current Ocular Therapy.*
11. Teruo Nishida (1997): *Cornea. In; Krachmer et al; Cornea – Fundamental of cornea and External disease.* Mosby, St Louis.

H44.0 VIÊM MỦ NỘI NHÃN

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mủ nội nhãn được dùng trong lâm sàng để chỉ tình trạng viêm của các thành phần trong nhãn cầu đặc trưng bởi sự xâm nhập của bạch cầu đa nhân trung tính gây hoại tử mủ do các tác nhân gây bệnh vào mắt sau chấn thương mắt hoặc sau phẫu thuật mắt.

Viêm mủ nội nhãn là bệnh cảnh có thể gặp sau vết thương xuyên nhãn cầu hoặc sau phẫu thuật nội nhãn (phẫu thuật lấy thể thủy tinh đục, phẫu thuật cắt bè, phẫu thuật cắt dịch kính...). Được gọi là viêm mủ nội nhãn khi phản ứng viêm mủ còn khu trú trong lòng nhãn cầu (khi phản ứng viêm mủ đã lan rộng ra các lớp vỏ nhãn cầu và tổ chức hóc mắt thì gọi là viêm mủ toàn nhãn).

Là tình trạng cấp cứu nhãn khoa.

2. NGUYÊN NHÂN

– Do vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng, virus. Hay gặp là vi khuẩn Gram dương khoảng từ 60- 70%, có thể phối hợp nhiều loại vi khuẩn, hoặc vi khuẩn và nấm. Các vi khuẩn Gram âm và ký khí gặp ít hơn. Tác nhân hay gặp sau mổ thể thủy tinh là *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Bacillus spp*. Tác nhân gây bệnh vào nội nhãn qua vết thương, qua các vật gây chấn thương, từ túi kết mạc đi vào nội nhãn trong quá trình phẫu thuật.

– Một số yếu tố nguy cơ như suy giảm miễn dịch, các bệnh lý nhiễm trùng tại mắt, quanh mắt...có thể tạo điều kiện cho sự phát triển bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Thể cấp tính: bệnh thường biểu hiện sau chấn thương hay sau phẫu thuật trong tuần đầu. Các triệu chứng thường rầm rộ.

Cơ năng:

- Sung nề mi mắt, chảy nước mắt, khó mở mắt.
- Nóng: Bệnh nhân có cảm giác nóng ở mi và mắt.
- Đỏ: Mi và kết mạc đỏ rực lên.
- Đau nhức mắt, buồn nôn, có thể kèm nhức đầu.
- Nhìn mờ, sợ ánh sáng.

Thực thể:

- Phản ứng thể mi (+).
- Nhãn áp có thể cao.
- Hai mi sưng nề, bóng đỏ. Nhãn cầu có thể lồi.
- Kết mạc cương tụ toàn bộ (cả hệ thống nông và sâu)
- Giác mạc phù, có tua sau giác mạc, có thể có áp xe giác mạc.
- Tiền phòng: Tyndall (+), có thể có ngân mủ tiền phòng.

- Đồng tử thường dính, kém giãn, có thể thấy màng xuất tiết diện đồng tử. Ánh đồng tử kém hồng, xám, vàng.
- Thể thủy tinh (nếu còn) có thể đục vỡ, hóa mù.
- Dịch kính đục theo nhiều mức độ: vẫn đục nhẹ có thể xem lơ mờ đáy mắt, nặng có thể thấy dịch kính đục trắng ánh vàng bản (ánh đồng tử tối).
- Đáy mắt: thường không soi được do vẫn đục các môi trường trong suốt, nếu còn soi được có thể thấy võng mạc có xuất tiết hay hoại tử võng mạc, viêm tắc mạch võng mạc.
- Thị lực giảm sút nhiều cho đến ST(-).
- Bệnh nhân có thể có sốt cao, mệt mỏi.

3.1.2. Thể mãn tính:

Triệu chứng thường không điển hình, biểu hiện giống như một viêm màng bồ đào âm ỉ. Khám thấy có tế bào viêm trong tiền phòng, dịch kính. Bệnh nhân có cảm giác nhìn mờ, chói sáng, nhức nhẹ. Điều trị với các thuốc chống viêm không đỡ.

3.2. Cận lâm sàng.

– Xét nghiệm vi sinh: Có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh. Có 2 xét nghiệm chính:

- + Soi tươi, soi trực tiếp.
- + Nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ.

Bệnh phẩm là dịch hút trong tiền phòng và có thể chọc hút dịch kính làm xét nghiệm. Qua đây xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh do:

- + Vi khuẩn: Chỉ rõ loại vi khuẩn.
- + Nấm: Chỉ rõ loại nấm.

Có một số trường hợp gặp nhiều tác nhân gây bệnh trên cùng một mắt hoặc kết hợp với 2 loại vi khuẩn và nấm.

- Nếu có điều kiện làm xét nghiệm PCR và giải trình tự cho kết quả dương tính cao hơn và nhanh hơn (6 giờ) so với làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn thông thường (sau 48 giờ).
- Siêu âm: Đánh giá tình trạng dịch kính, võng mạc, có hay không có dị vật nội nhãn, hoặc sót mảnh nhân trong buồng dịch kính. Trong viêm mủ nội nhãn dịch kính thường đục hoặc có đám tổ chức liên kết dày.
- Các xét nghiệm khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, SGOT, SGPT, BUN, Creatinin, ion đồ, TQ, TCK, đường huyết, ECG, HBsAg, anti HCV, HIV...

3.3. Chẩn đoán xác định

Căn cứ vào khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm vi sinh và kết quả siêu âm như: đau nhức mắt, giảm thị lực, giác mạc phù đục, tiền phòng có mủ hoặc Tyndall (+) ánh đồng tử kém hồng (vàng hoặc xám), dịch kính vẫn đục, kết quả xét nghiệm vi sinh có vi khuẩn hoặc nấm.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng bồ đào sau chấn thương. Cần nghĩ đến viêm mủ nội nhãn sau chấn thương xuyên nhãn cầu khi có đau trong mắt tăng lên bất thường, giảm thị lực nhiều, mủ tiền phòng hay áp xe giác mạc. Chú ý các vết thương có kèm theo dị vật nội nhãn, vỡ thể thủy tinh, chấn thương nông nghiệp là những yếu tố nguy cơ cao gây viêm mủ nội nhãn.
- Viêm màng bồ đào tăng nhãn áp.
- Viêm màng bồ đào không do nhiễm trùng, phản ứng viêm do chất thể thủy tinh.
- Các bệnh lý gây đục dịch kính khác.

4. ĐIỀU TRỊ.

4.1. Nguyên tắc chung

- Nếu có vết thương xuyên nhãn cầu phải khâu vết thương. Nếu có dị vật nội nhãn cần lấy dị vật ra khỏi nhãn cầu.
- Điều trị kháng sinh sớm, mạnh, phổ rộng và có khả năng thấm tốt vào nội nhãn, tích cực.
- Khi có kết quả kháng sinh đồ phải dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Phối hợp điều trị với corticoid (khi không có nấm).
- Viêm mủ nội nhãn do nấm: Tuyệt đối không dùng chống viêm bằng corticoid.
- Trong những trường hợp viêm mủ nội nhãn nặng không đáp ứng điều trị nội khoa có chỉ định phẫu thuật phối hợp: Cắt dịch kính mủ, có thể kết hợp bơm dầu Silicon nội nhãn.

4.2. Điều trị cụ thể.

- Điều trị nội khoa viêm mủ nội nhãn do vi khuẩn:
Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, giảm phù, vitamin, an thần.
- Kháng sinh:
 - + Kháng sinh có thể dùng 1 hoặc phối hợp từ 2 nhóm kháng sinh trở lên tùy thuộc vào mức độ bệnh và loại thuốc có (tra thuốc, uống thuốc, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm nội nhãn, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch)
 - + Tại chỗ: Tra thuốc: Dung dịch và mỡ kháng sinh thích hợp với loại vi khuẩn tìm thấy ở kết quả xét nghiệm vi sinh.
 - + Toàn thân: Dùng loại kháng sinh thích hợp với loại vi khuẩn tìm thấy ở kết quả soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn (Ví dụ: Vi khuẩn Gram (-): Gentamycin, Amikacin, Ceftazidime, kháng sinh nhóm Quinolon. Vi khuẩn Gram (+) dùng Vancomycin).
 - + Tiêm kháng sinh trực tiếp nội nhãn (tiêm kháng sinh vào buồng dịch kính): Ceftazidime 2,25mg/0,1 ml hoặc Gentamycin 0,2mg/ 0,1 ml - 0,4mg/0,1ml, Amikacin 0,4 mg, hoặc Vancomycin 1mg/ 0,1 ml (dựa vào kết quả kháng sinh đồ). Cần nhắc khi tiêm kháng sinh nội nhãn lần thứ hai. Có thể kết hợp tiêm kháng sinh dưới kết mạc.

+ Khi chưa có kháng sinh đồ nên dùng kháng sinh phổ rộng Cephalosporin, quinolon.

- Kháng viêm toàn thân, tại chỗ steroid, non steroid.
- Giảm đồng tử: Dung dịch Atropin 1%.
- Giảm phù.
- Vitamin tăng sức đề kháng cơ thể.
- An thần.

* Chú ý: Nếu có tăng nhãn áp thì phải điều trị hạ nhãn áp bằng thuốc tra hoặc thuốc uống.

– Điều trị nội khoa viêm mủ nội nhãn do nấm

Thuốc chống nấm tại chỗ và toàn thân. Dựa vào kết quả xét nghiệm vi sinh. Thường dùng các thuốc chống nấm sau:

+ Thuốc tra

- Dung dịch Ketoconazol 2 % tra mắt ngày 6 lần
- Dung dịch Natamycin 5% tra mắt ngày 6 lần.

+ Tiêm nội nhãn:

- Amphotericin B 0,005mg (5 μ g) - 0,01 mg hoặc Miconazole 10 μ g.

+ Toàn thân:

- Intraconazole 0,1 g x 2 viên/ ngày (21-30 ngày)
- Thuốc tiêm: Amphotericin B: tiêm tĩnh mạch: 2,25mg/kg cân nặng.

* **Khi điều trị nội khoa không đáp ứng nên chỉ định bỏ nhãn cầu.**

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

– Tiến triển của viêm mủ nội nhãn nói chung và viêm mủ nội nhãn ngoại sinh (sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật mắt) rất nặng, có thể dẫn đến teo nhãn cầu, mất chức năng, có khi phải bỏ nhãn cầu, đặc biệt khi viêm mủ nội nhãn do nấm.

– Biến chứng: khi phản ứng viêm mủ đã lan rộng ra cả tổ chức hốc mắt thì dẫn đến viêm mủ toàn nhãn, thủng giác mạc, thậm chí nhiễm trùng huyết. Biến chứng khác: bong võng mạc, teo gai thị, viêm tắc mạch máu võng mạc, xuất huyết võng mạc, teo nhãn cầu.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

– Phát hiện sớm vết thương xuyên nhãn cầu và điều trị cấp cứu khâu vết thương, lấy dị vật nội nhãn sớm (nếu có) dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao.

– Đảm bảo các nguyên tắc vô trùng trong phẫu thuật.

– Điều trị dự phòng kháng sinh trước, trong và sau mổ trong các phẫu thuật nội nhãn.

– Viêm mủ nội nhãn cần được chẩn đoán sớm và điều trị cấp cứu để hạn chế mất chức năng hoặc khoét bỏ nhãn cầu.

- Đề phòng chấn thương mắt: tuyên truyền giáo dục cho người dân biết cách đề phòng chấn thương mắt, đặc biệt đối với học sinh. Người lao động phải tôn trọng quy định về an toàn lao động.
- Khi chấn thương mắt phải đến cơ sở y tế khám bệnh ngay, kịp thời, không tự ý điều trị.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Đây là bệnh rất nặng, nên cân nhắc chuyển tuyến ngay từ ban đầu trừ khi có chỉ định bỏ nhãn cầu..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa*”.
2. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
3. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
4. Bộ Y tế (2015) “*Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh ”*”.
5. Bộ Y tế (2016) “*Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện ”*”.
6. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*”.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 3*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. American Academy of Ophthalmology (2008), *Basic and Clinical Science Course – Intraocular Inflammation and Uveitis*.
9. Bernd Kirshhof, David Wong (2007), “*Endophthalmitis in Vitreo-Retinal Surgery*”, p.70-82.
10. Donald J. Gass M. (1997), *Stereoscopic Atlas of Macular Diseases diagnosis and treatment, Inflammatory Diseases of the Retina and Choroid*, Mosby.
11. P. Croldschmidt, H. Nourry, F. Dromer (2007), “*Diagnosis and Treatment of Keratomycosis and fungal endophthalmitis in General Review*”, p89-108

H05.0 VIÊM HÓC MẮT CẤP TÍNH [VIÊM TỔ CHỨC HÓC MẮT]

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tổ chức hóc mắt là viêm của phần mô mềm trong hóc mắt. Viêm tổ chức hóc mắt gặp ở cả trẻ em và người lớn. Ở trẻ em dưới 5 tuổi thì hay phối hợp với viêm đường hô hấp trên. Ở trẻ em trên 5 tuổi hay phối hợp với viêm xoang. Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hay do dị vật nằm trong hóc mắt.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn, nấm, virus và ký sinh trùng.
- Các yếu tố thuận lợi như:
 - + Ở trẻ em hay gặp do viêm đường hô hấp trên, viêm xoang.
 - + Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.
- Có thể gặp do những nguyên nhân lan truyền trực tiếp từ những cấu trúc như nhãn cầu, mi và phần phụ cận của nhãn cầu cũng như các xoang lân cận.
- Do chấn thương xuyên làm tổn thương vách hóc mắt, đặc biệt những chấn thương có dị vật hóc mắt.
- Những phẫu thuật như phẫu thuật giảm áp hóc mắt, phẫu thuật mi, phẫu thuật lác, nội nhãn... viêm tổ chức hóc mắt cũng có thể gặp sau viêm nội nhãn sau phẫu thuật.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Cơ năng
 - + Xuất hiện đau đột ngột, đau ở vùng hóc mắt
 - + Đau khi vận động nhãn cầu, liếc mắt...
 - + Đau đầu
- Thực thể
 - + Mi phù
 - + Xung huyết kết mạc
 - + Phù kết mạc
 - + Lồi mắt: lồi mắt có thể lồi thẳng trục hoặc không thẳng trục
 - + Song thị
 - + Sụp mi
 - + Hạn chế vận nhãn hoặc liệt vận nhãn
 - + Giảm thị lực nhiều mức độ khác nhau
 - + Nếu viêm gần đỉnh hóc mắt có thể có giảm thị lực trầm trọng
 - + Có thể có viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh
 - + Có thể tăng nhãn áp do chèn ép

- Triệu chứng toàn thân
 - + Mệt mỏi, sốt
 - + Những triệu chứng hô hấp hay xoang

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp XQ, chụp CT Scan: hình ảnh viêm tổ chức hốc mắt, hình ảnh viêm xoang,
- Có thể thấy hình ảnh viêm xoang với những xương và màng xương đẩy về phía hốc mắt. Hình ảnh ổ áp-xe cạnh màng xương: điển hình trên CT là hình ảnh tổn thương cạnh xoang mờ, có bờ xung quanh mềm mại và có thể có khí bên trong. Trong trường hợp chấn thương có thể xác định được dị vật hốc mắt.
- Siêu âm: có giá trị trong một số trường hợp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt như có viền dịch quanh nhãn cầu.
- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, CRP tăng trong nhiễm khuẩn.
- Lấy bệnh phẩm ở hốc mắt hoặc mủ ở ổ áp-xe làm xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn để chẩn đoán nguyên nhân và để điều trị.
- Lấy bệnh phẩm ở xoang hay vùng mũi họng.
- Cây máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết
- Các xét nghiệm thường qui khác: tổng phân tích nước tiểu, đường huyết, ECG, HIV...

3.3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng
 - Đau đầu, đau quanh mắt, đau khi liếc mắt
 - Lồi mắt
 - Phù mi và kết mạc
 - Hạn chế vận nhãn
 - Viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh, phù gai
 - Tăng nhãn áp do chèn ép
- Dựa vào cận lâm sàng
 - CT thấy hình ảnh viêm xoang, hình ảnh ổ áp xe hay dị vật
 - Siêu âm có hình ảnh viền dịch quanh nhãn cầu
 - Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính cao.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Những trường hợp lồi mắt khác như lồi mắt do bệnh Basedow, lồi mắt viêm giả u, viêm tuyến lệ: lồi mắt những không đau khi vận nhãn. Chụp CT có thể giúp chẩn đoán phân biệt.
- Do khối u hốc mắt, ung thư nguyên bào võng mạc xuất ngoại, ung thư cơ vân. Chụp CT thấy hình ảnh khối u hốc mắt.
- Siêu âm có thể thấy hình ảnh khối u nội nhãn có ổ canxi.

- Bệnh sarcoidose: bệnh toàn thân có biểu hiện ở hốc mắt. Chụp XQ phổi và xét nghiệm miễn dịch giúp chẩn đoán phân biệt.
- Bị côn trùng đốt: chỉ ảnh hưởng đến tổ chức ở trước vách hốc mắt.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung:

- Phải điều trị cấp cứu viêm tổ chức hốc mắt cấp tính để phòng biến chứng viêm màng não, tắc xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.
- Người bệnh phải được điều trị nội trú.
- Điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tìm các ổ viêm phối hợp như viêm xoang, viêm đường hô hấp trên để điều trị.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

4.2. Điều trị cụ thể

- Kháng sinh đường tĩnh mạch liều cao, phổ rộng trong giai đoạn sớm và kháng sinh đặc hiệu sau khi đã nuôi cấy phân lập được vi khuẩn.

➤ Trong thời gian chờ đợi nuôi cấy vi khuẩn có thể dùng kháng sinh phổ rộng như:

+ Nhóm cephalosporin thế hệ 3: Cefotaxim 2g (ở trẻ em: 50mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch 3 lần/ngày (8 tiếng 1 lần) hay ceftazidim 1g (ở trẻ em 30-50 mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch 3 lần/ngày.

+ Hoặc phối hợp ceftriaxon 2g (ở trẻ em: 50 mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch/ngày phối hợp với flucloxacilin 2g (trẻ em: 50mg/kg cân nặng) đường tĩnh mạch 4 lần/ngày (6 tiếng 1 lần)

+ Tiếp theo: Amoxicilin-clavulanat 875 + 125 mg (trẻ em: 22,5 + 3,2 mg/kg) đường uống, ngày 2 lần trong 10 ngày.

+ Đối với những trường hợp người bệnh bị quá mẫn với penicilin hay nghi ngờ hoặc nuôi cấy có kháng methicilin thì cần hội chẩn với các chuyên khoa như nhiễm, vi sinh.

+ Nhóm glycopeptid (vancomycin) 1g truyền tĩnh mạch chậm 12h/lần. Ở trẻ em: 10 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm 12h/lần.

➤ Khi xác định được nguyên nhân và có nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ thì điều trị theo nguyên nhân và theo kháng sinh đồ.

- Chống viêm: Steroid đường uống và đường tĩnh mạch: Methyl prednisolon 1mg/kg cân nặng
- Giảm đau.
- Nâng cao thể trạng: vitamin nhóm B, C.
- Điều trị phối hợp những trường hợp viêm xoang, viêm đường hô hấp, đái tháo đường.

– Điều trị ngoại khoa: Khi đã xác định được ổ áp-xe: Chích dẫn lưu ổ áp-xe và xoang viêm. Nếu do nguyên nhân chấn thương có dị vật hóc mắt phải lấy hết dị vật.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

– Viêm tổ chức hóc mắt là bệnh nặng, diễn biến phức tạp và có thể gây biến chứng nặng. Tuy nhiên nếu điều trị tốt bệnh cũng có thể khỏi không để lại di chứng gì.

– Những biến chứng có thể xảy ra là:

– Nhiễm trùng huyết có thể gây tử vong hoặc tắc xoang hang.

– Áp xe hóc mắt.

– Viêm màng não.

– Viêm thị thần kinh giảm thị lực.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

– Điều trị những viêm nhiễm của mi, viêm phần trước vách phòng lan vào tổ chức hóc mắt.

– Phòng những bệnh như hô hấp, viêm xoang ở trẻ em. Khi trẻ mắc bệnh cần được điều trị và theo dõi cẩn thận để những biến chứng không xảy ra.

– Theo dõi và điều trị tốt những người có bệnh mạn tính như đái tháo đường, viêm xoang, viêm răng...

– Khi có viêm tổ chức hóc mắt phòng các biến chứng xảy ra.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Chuyên tuyến: khi có biến chứng, hoặc sau 3 ngày điều trị tích cực bệnh không giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa*”.
2. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
3. Bộ Y tế (2015), “ *Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”*”.
4. Bộ Y tế (2015) “ *Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”*”.
5. Bộ Y tế (2016) “ *Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”*”.

6. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*””.
7. Đỗ Như Hôn (2012) “*Nhãn khoa tập 2*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

8. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.
9. Gordon LK (2003). *Diagnostic dilemmas in orbital inflammatory disease. Ocul Immunol Inflamm.*;11(1):3-15.
10. The Wills Eye Manual: *Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*, 5th Edition.

H10.2 VIÊM KẾT MẠC CẤP KHÁC

H10.3 VIÊM KẾT MẠC CẤP, KHÔNG ĐẶC HIỆU

[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 tổ mủ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhũ tổi cấp.
- Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tổ 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 tổ 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 tổ mủ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Meningitidis*).
- Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Diphtheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu,...
- Viêm kết mạc do vi rus: do virus Adeno virus, Entero virus...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. 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 mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh:

- + Mi phù nề
- + Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh. Có nhiều tiết tổ mủ 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.

3.2. Cận lâm sàng

- Nhuộm soi: Nhuộm gram.
- Nuôi cấy trên môi trường thạch máu: phân lập vi khuẩn.

- Các xét nghiệm khác: công thức máu, Đường huyết, ECG...

3.3. 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.

3.4. Hình thái

3.4.1. 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.

3.4.2. 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.

3.4.3. 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 mỏi người sốt nhẹ...
 - Hạch trước tai.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. 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

4.2. Phác đồ điều trị.

4.2.1. Do vi khuẩn

- 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 kháng sinh nhiều lần trong ngày theo kháng sinh đồ hoặc theo kết quả soi nhuộm vi khuẩn. Trong trường hợp không hoặc chưa có xét nghiệm nên chọn kháng sinh có phổ rộng như thuốc nhóm quinolon (ofloxacin, levofloxacin, ciprofloxacin, moxifloxacin...) hoặc các thuốc phối hợp nhiều loại kháng sinh như gramicidin/neomycin, sulfat/polymyxin B sulfat...(15-30 phút/lần). Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt.

- + Thận trọng khi dùng corticoid: prednisolon acetat, fluorometholon tra 1-2 lần/ngày, 1 giọt/lần.

- + Kháng sinh toàn thân: bệnh tiến triển nặng thường do lậu cầu, bạch hầu: Cephalosprin thế hệ 3, Fluoroquinolon.

- Cephalosprin thế hệ 3: ceftriaxon, ceftazidim... xuống thang Cephalosprin thế hệ 2 sau khi bệnh đỡ giảm:

- ✓ 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. Nhẹ hơn có thể dùng Cephalosprin thế hệ 2 uống.

- Fluoroquinolon (ciprofloxacin 0,5 gram hoặc ofloxacin 0,4 gram): Uống 2 viên/ngày x 5 ngày. Chống chỉ định dùng cho trẻ em dưới 16 tuổi.

- Kháng viêm: steroid, non steroid.

- Giảm đau.

- Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

- Nâng cao thể trạng: Vitamin C, B1...

4.2.2. Do virus :

- Tại chỗ : kháng viêm, kháng virus, nước mắt nhân tạo, dinh dưỡng giác mạc...
- Kháng sinh phòng ngừa bội nhiễm: tại chỗ Quinolon tra mắt...
- Kháng viêm: steroid, non steroid toàn thân.

- Giảm đau
- Vitamin.

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 virus: 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. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Điều trị bệnh lậu đường sinh dục (nếu có).
- Vệ sinh và tra thuốc sát khuẩn /kháng sinh cho trẻ sơ sinh ngay sau khi sinh.
- Tiêm phòng đầy đủ các bệnh theo đúng quy định của trẻ.
- Luôn nâng cao thể trạng.
- Nếu bị bệnh cần điều trị tích cực tránh lây lan thành dịch.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Có kèm các bệnh lý về tim mạch vượt khả năng của bệnh viện.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Bộ Y tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BHYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”*”.
3. Bộ Y tế (2015) “*Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”*”.
4. Bộ Y tế (2016) “*Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”*”.
5. Bộ Y tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa”*”.
6. Đỗ Như Hôn (2012) “ *Nhãn khoa tập 2*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.

TIẾNG ANH

7. Ehler, Justis P., Shah, Chirag P. (2008) *Wills Eye Manual*.
8. F. Hampton Roy, Frederick W. Fraunfelder (2008). *Current Ocular Therapy*.

9. Jack J . Kanski (2003): *Clinical Ophthalmology*. Butterworth- Heinemann, Glasgow.

KHOA TAI - MŨI - HỌNG

PHẦN HỌNG - THANH QUẢN

T18.1. VẬT LẠ TRONG THỰC QUẢN [DỊ VẬT THỰC QUẢN]

1. ĐỊNH NGHĨA

- Dị vật đường ăn là những vật mắc lại trên đường ăn từ họng tới tâm vị.
- Là cấp cứu thường gặp trong cấp cứu tai mũi họng ở nước ta.
- Gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em, nam nhiều hơn nữ. Các loại dị vật hữu cơ và có hình thái sắc nhọn như; xương cá, gà, vịt... dễ gây viêm nhiễm và biến chứng hơn dị vật vô cơ, hình thái tròn tù như: đồng xu, hạt vãi...
- Nếu phát hiện sớm thì xử trí đơn giản, ít tốn kém. Khi phát hiện muộn điều trị phức tạp và tốn kém, thậm chí có thể nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

2. NGUYÊN NHÂN

- Ăn uống vội vàng.
- Vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa.
- Uống rượu say rồi ăn thức ăn lẫn xương.
- Do người già không đủ răng, nhai không kỹ.
- Hẹp thực quản do bệnh lý như sẹo hẹp thực quản, u thực quản...
- Bệnh lý tâm thần hoặc do cố ý.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng: Dị vật thực quản chia làm hai giai đoạn:

3.1.1.1 Giai đoạn đầu: Các triệu chứng xuất hiện ngay sau bị hóc, bệnh nhân thường mô tả đang ăn đột nhiên thấy nuốt đau, nuốt vướng vùng cổ.

- Bệnh nhân thường làm các động tác có hại như: thò tay vào móc họng, cố nuốt miếng thức ăn khác để dị vật trôi đi, hoặc dùng que đũa chọc vào họng.
- Nuốt đau ngày càng tăng, nuốt nước bọt rất đau, sau đó không nuốt cũng đau.
- Tăng tiết nước bọt.

3.1.1.2. Giai đoạn viêm nhiễm: Triệu chứng viêm nhiễm xuất hiện sớm hay muộn tùy bản chất dị vật, thường sau 24- 48 giờ.

Toàn thân: Hội chứng nhiễm trùng rõ: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Mặt hốc hác, mất nước do không ăn uống được gì.

Cơ năng:

- Nuốt đau, không ăn uống được.
- Đau vùng cổ, quay cổ đau.
- Tăng tiết đờm dãi.

Khám thực thể:

- Vùng cổ:
 - + Máng cảnh một bên dày, sưng phồng, thường là bên trái.
 - + Da cổ đỏ.
 - + Ấn vùng trước cơ ức đòn chũm bệnh nhân đau.

- + Tiếng lọc cọc thanh quản cột sống mất.
- + Có thể tràn khí dưới da.
- Khám họng và soi thanh quản gián tiếp: thấy nước bọt ứ đọng nhiều ở miệng và xoang lê hai bên.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi hạ họng.
- X.quang cổ nghiêng.
- Xét nghiệm công thức máu.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hóc giả:
- Dị vật đã trôi đi.
- Khối u thực quản.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân đến sớm, chưa có biến chứng: Tiến hành nội soi gấp dị vật cấp cứu để ngăn chặn biến chứng.
- Khi có biến chứng phải xử trí tùy theo từng loại biến chứng.

4.2. Điều trị cụ thể (nội khoa, ngoại khoa)

4.2.1. Giai đoạn đầu:

- Nội soi thực quản gấp dị vật.
- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh
- Chống viêm.
- Theo dõi biến chứng.

4.2.2. Giai đoạn biến chứng:

- Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản.
 - + Nội soi thực quản gấp dị vật đồng thời hút mủ ổ viêm trong lòng thực quản.
 - + Đặt sonde mũi dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.
 - + Chống viêm bằng các loại kháng sinh chống vi khuẩn Gram âm, Gram dương và vi khuẩn kỵ khí.
 - + Theo dõi bệnh nhân, nếu ổ nhiễm trùng không giảm phải tiến hành mở dẫn lưu ổ áp xe.
 - + Phòng các biến chứng.
- Viêm tấy hoặc áp xe quanh thực quản:
 - + Đối với viêm tấy hoặc áp xe vùng thực quản cổ: mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe, lấy dị vật qua đường mổ hoặc đường nội soi.
 - + Mở lồng ngực dẫn lưu trung thất và lấy dị vật qua nội soi (thực hiện tại khoa phẫu thuật lồng ngực). Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.
 - + Hồi sức tốt, chống choáng, bồi phụ nước điện giải.

+ Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh đường tiêm truyền, đồng thời với các thuốc giảm viêm, giảm phù nề.

+ Nâng cao thể trạng, nuôi dưỡng bằng ống thông mũi- thực quản dạ dày đôi với áp xe quanh thực quản cổ hoặc ống thông mở thông dạ dày đôi với áp xe trung thất.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu được xử trí sớm và đúng, dị vật đường tiêu hóa thường ít để lại hậu quả nghiêm trọng. Trái lại nếu để muộn, không xử trí kịp thời sẽ đưa đến những biến chứng nguy hiểm có thể đe dọa đến tính mạng.

- Viêm tấy, áp xe quanh thực quản cổ: Thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc, đau cổ tăng, ứ đọng nước bọt, vùng cổ máng cảnh sưng phồng, da cổ đỏ, có thể có cảm giác lùng nhùng có mũ, có thể có tràn khí dưới da.

- Viêm trung thất: rất nguy hiểm và có thể đưa đến tử vong.

- Viêm màng phổi mũ.

- Dò thực quản - khí quản.

- Thủng các mạch máu lớn: Thủng động mạch cảnh do dị vật đâm xuyên thành động mạch hoặc do ổ viêm lân cận gây viêm tấy sau đó làm hoại tử thành động mạch cảnh. Phải mổ thắt động mạch cảnh, điều trị ổ viêm do dị vật. Thủng động mạch chủ: phẫu thuật lồng ngực khâu lỗ thủng động mạch (ít kết quả).

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.

- Tổng phân tích nước tiểu

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]

- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]

- Định lượng Creatinin (máu)

- Định lượng Glucose [Máu]

- Định lượng Urê máu [Máu]

- Định nhóm máu hệ ABO

- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]

- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng

- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU SOI THỰC QUẢN

7.1 Nội Trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine (nếu

cần), các thuốc hỗ trợ

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
- + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
- + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.

- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng Histamine.

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- Kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống
- + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- Giảm đau Paracetamol: đường uống

- Kháng Histamine (Khi cần):

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- Kháng sinh: Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .
- + Enzyme: Alphachymotrypsine

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng Histamine (Khi cần):

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Tuyên truyền cộng đồng:

- Không ăn uống vội vàng.
- Không nói chuyện, cười đùa khi ăn.
- Trẻ em, người già cần loại bỏ xương trước khi ăn.
- Không được chữa mẹo khi hóc.
- Thay đổi tập quán chế biến thức ăn: không nên chặt nhỏ thức ăn lẫn xương.

9. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinuitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J35.2. PHÌ ĐẠI VA [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 40 độ C – 41 độ C, 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 nóc 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 chày xuống.

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

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

+ 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 sung 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 nghẽn 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 mủ nhầy chảy từ vòm xuống họng.

+ Khám tai: thấy màng nhĩ se 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 ngầy ngô.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng

- Xét nghiệm công thức máu

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.

4.2.1. 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. Kháng sinh toàn thân có thể sử dụng được: amoxicilline/ acidclavulanic; cephalosporine thế hệ I, II, III; marcolide
- 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 hạn hữu.

4.2.2. Điều trị viêm V.A mạn tính: Nạo V.A hiện nay rất phổ biến.

4.2.2.1. 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.

4.2.2.2. 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.

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 Eustache vào hòm nhĩ.
- Viêm đường tiêu hoá: đau bụng đi ngoài ra nhầy, 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. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT NẠO VA

7.1.Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau

7.1.1. Kháng sinh:

- Nhóm betalactam:
 - + Amoxicilin + Acid clavulanic(0.5 -1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- Cephalosporin thế hệ 2,3
- Nhóm Macrolid
 - + Người lớn: Clarithromycine 250mg- 500mg x 2 lần/ ngày (uống)
 - + Trẻ em: 7,5mg/kg x 2 lần/ ngày (uống)

7.1.2. Kháng viêm:

- Kháng viêm Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm hoặc uống :
 - + Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) 1/2- 1 lọ/ ngày TMC
 - + Hydrocortisol 100mg 1/2- 2 lọ/ ngày TMC
 - + Dexamethasone 4mg 1/2- 2 ống/ ngày TMC
 - + Methylprednisolone 4mg, (1v x 1- 2 lần/ ngày uống)
 - + Prednisolone 5mg (1v x 1- 2 lần/ ngày uống)
- Kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.

7.1.3. Giảm đau:

Trẻ em : Paracetamol 15mg/kg x 2-4 lần/ ngày- uống

7.1.4. Kháng Histamine (Nếu cần):

7.1.5. Thuốc hỗ trợ (Khi cần thiết): Có thể sử dụng thuốc cầm máu như carbazochrom, tranexamic; vitamine; tan nhầy.

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5 ngày

7.2.1. Kháng sinh: Beta lactamase (Penicilline, amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); cephalosporine thế hệ I, II, III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime,...); Macrolide (Clarithromycine, Azithromycine, Spiramycine..).

7.2.2. Kháng viêm:

- Steroid: Có thể sử dụng Methylprednisolone 4mg; Prednisolone 5mg.

7.2.3. Giảm đau: Paracetamol

7.2.4. Kháng Histamine(Nếu cần): Chlopheniramine 4mg

7.2.5. Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine , tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

7.3.1. Kháng sinh: Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Penicilline, amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); cephalosporine thế hệ I, II, III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime,...); Macrolide (Clarithromycine, Azithromycine, Spiramycine..).

7.3.2. Kháng viêm:

- Steroid: Có thể sử dụng Methylprednisolone 4mg; Prednisolone 5mg nếu cần.

7.3.3. Giảm đau: Paracetamol

7.3.4. Kháng Histamine: Chlopheniramine 4mg

7.3.5. Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- 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.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , BộY Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.

2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J36. ÁP XE QUANH AMIDAN

1.ĐỊNH NGHĨA

Áp xe quanh amidan là sự nung mủ của tổ chức liên kết lỏng lẻo ở bên ngoài bao amidan.

2.NGUYÊN NHÂN

Thường do viêm Amidan mạn tính đợt cấp hoặc biến chứng của răng khôn hàm dưới. Vi khuẩn hay gặp là: Vi khuẩn yếm khí có tỷ lệ cao (75%). Vi khuẩn hiếu khí: Streptococcus pneumonie, Hemophilus influenza, Staphylococcus aureus.

3.CHẨN ĐOÁN

3.1.Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Khởi đầu bằng đau họng, đau lan lên tai.
- Sốt 39 – 40 oC, vẻ mặt nhiễm trùng.
- Chảy nước bọt, giọng ngậm hột thị.
- Hơi thở hôi.
- Há miệng hạn chế.
- Họng mất cân xứng: lưỡi gà và màn hầu bị phù nề đẩy lệch sang một bên.
- Trụ trước Amidan sưng phồng, đỏ nhất là 1/3 trên. Amidan bị đẩy vào trong, xuống dưới và ra sau. Trụ sau bị che lấp. Bề mặt Amidan chỉ hơi sung huyết, đôi lúc có ít xuất tiết.
- Hạch góc hàm có thể sưng to và đau.
- Chọc dò thấy có mủ (áp xe) hoặc chỉ có ít xuất tiết không có mủ (viêm tấy).

3.1.2.Cận lâm sàng

- Nội soi hạ họng
- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.
- Cây mủ định danh vi khuẩn (+).
- CT- Scanner: nếu nghi ngờ áp xe lan các khoang cạnh họng.

3.2.Chẩn đoán phân biệt

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

4.ĐIỀU TRỊ

4.1.Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II,III), Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí.-- Chống viêm loại Steroid, Non-steroid hoặc enzyme
- Giảm đau: Paracetamol
- Rửa dẫn lưu ổ mủ, đặt mèche dẫn lưu.

- Cắt Amidan sau 3 tháng.

4.2. Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

4.2.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4.3.Điều trị cụ thể

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/clavulanic acid (0.5 – 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin Thế hệ thứ 2, 3: sử dụng đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Quinolones: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm hoặc uống tối đa 7 ngày

- **Giảm đau:** Paracetamol

- Kháng Histamine:

- Điều trị tại chỗ:

- + Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phỏng nhất ở trụ trước, sâu khoảng 1 cm.
- + Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mủ.
- + Banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.
- + Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 12 đơn vị hoặc dung dịch sát trùng.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Bệnh áp xe quanh amidan nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể gây viêm tấy lan tỏa khoang sau họng, áp xe lan vào trung thất, nhiễm khuẩn huyết.

5.2. Biến chứng

- Viêm phù nề thanh quản,
- Viêm hạch dưới góc hàm,
- Áp xe thành bên họng,
- Nhiễm trùng huyết hoặc tổn thương động mạch cảnh trong.

6. TIÊU CHẨN VÀO VIỆN

- Bệnh áp xe quanh Amidan không đáp ứng với điều trị ngoại trú.
- Triệu chứng tăng lên đau họng nhiều, ăn uống kém...

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh áp xe quanh Amidan khi đã điều trị đủ thời gian từ 5-10 ngày.
- Triệu chứng lâm sàng đã giảm hẳn, các biến chứng không còn nữa.

8. TIÊU CHUYỂN CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị.
- Biến chứng lan vào các cơ quan lân cận.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Để phòng tránh bệnh áp xe quanh amidan, người bệnh cần thực hiện điều trị viêm amidan cấp hay mạn tính kịp thời, triệt để theo đúng chỉ định của các bác sĩ chuyên khoa.
- Không nên tự ý mua thuốc về sử dụng hoặc sử dụng không đúng thuốc, cách dùng cũng như thời gian uống mà bác sĩ đã kê đơn.
- Giữ họng sạch sẽ bằng cách súc miệng hàng ngày bằng những thuốc có tính kiềm nhẹ, ăn uống hợp vệ sinh./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J39.0. ÁP XE SAU HỌNG VÀ ÁP XE CẬN HỌNG **[ÁP XE THÀNH SAU HỌNG]**

1.ĐỊNH NGHĨA

Áp xe thành sau họng là hiện tượng viêm tấy, tụ mủ ở khoang Henke hay khoang sau họng. Chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ dưới 4 tuổi, do viêm tấy mủ hạch lympho Gillete trong khoang này.

2.NGUYÊN NHÂN

Chủ yếu do biến chứng của viêm VA cấp mủ, viêm mũi họng do vi khuẩn (tụ cầu, liên cầu) hay virus (cúm, sởi, bạch hầu) vì hạch Gillete nhận bạch huyết của cả vùng mũi, họng, vòm nhĩ... Ở người lớn có thể gặp do chấn thương, hóc xương vùng thành sau họng.

3.CHẨN ĐOÁN

3.1.Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Trẻ đang bị viêm VA cấp hay viêm mũi họng cấp đột nhiên sốt cao, thể trạng nhiễm trùng, mệt mỏi, quấy khóc nhiều.
- Khó nuốt là triệu chứng cơ bản, có sớm và rõ rệt: Lúc đầu nuốt đau sau đó nuốt vướng.
- Trẻ không bú, không ăn uống được, ứ đọng, chảy nước bọt.
- Có thể khàn giọng
- Khó thở: Lúc đầu thở vướng, khò khè đến khi khối áp xe to cản trở đường thở gây khó thở có thể tím tái. Nếu khối áp xe xuống thấp lan đến vùng hạ họng - thanh quản thì sẽ có khó thở thanh quản, đặc biệt có thể có các cơn ngạt, ngừng thở nhất là khi bị kích thích.
- Hạch cổ sưng to, đau làm bệnh nhân cúi cổ.
- Khám họng: để xác định tình trạng, vị trí áp xe. Nhưng phải khám thận trọng, nhẹ nhàng, nhanh chóng khi đè lưỡi vì có thể gây cơn ngừng thở dẫn tới tử vong. Thành sau họng bị khối áp xe đẩy phồng, căng, mềm, thường nằm giữa họng hoặc lệch sang bên; có thể áp xe nằm thấp dưới đáy lưỡi khó nhìn thấy rõ. Không nên dùng đè lưỡi hay ngón tay đè vào khối áp xe có thể tự vỡ mủ vào đường thở.

3.1.2.Cận lâm sàng

- Nội soi hạ họng
- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.
- Chụp X-Quang cổ nghiêng thấy cột sống cổ mất độ cong sinh lý, phần mềm trước cột sống cổ dày, có thể có mức nước hơi.
- Nội soi hạ họng – thanh quản
- CT-scan: nếu nghi ngờ áp xe lan các khoang lân cận.

3.2.Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thanh quản hạ thanh môn.
- Dị vật thanh quản.
- Áp xe lạnh do lao cột sống cổ.

4.ĐIỀU TRỊ

4.1.Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II,III), Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí.
- Chống viêm loại Steroid, Non-steroid
- Giảm đau: Paracetamol
- Rạch dẫn lưu ổ áp xe.

4.2. Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

4.2.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]
- HIV Ab test nhanh

4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4.3.Điều trị cụ thể

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/clavulanic acid (0.5 – 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin Thế hệ thứ 2, 3: sử dụng đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Quinolones: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm hoặc uống tối đa 7 ngày

- **Giảm đau:** Paracetamol
- **Kháng Histamine:**
- **Điều trị tại chỗ:**

Chọc tháo mủ dẫn lưu: Dùng kẹp Lubet Barbon hoặc kẹp Kocher thẳng, không máu chọc trên đường giữa, nơi thấp nhất của chỗ phồng kéo xuống dưới vài mm rồi banh 2 ngành để mở rộng lỗ chính cho mủ thoát ra. Không để mủ chảy xuống thanh khí quản. Sau chọc tháo mủ cần kiểm tra lại vì ổ áp xe thường dễ tái phát.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Bệnh áp xe thành sau họng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể gây áp xe lan tỏa khoang sau họng, áp xe lớn lan vào trung thất, nhiễm khuẩn huyết, nguy cơ tử vong.

5.2. Biến chứng

- Áp xe trung thất.
- Vỡ mủ vào trung thất gây tử vong
- Nhiễm trùng huyết hoặc tổn thương động mạch cảnh trong.

6. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

- Bệnh áp xe thành sau họng không đáp ứng với điều trị ngoại trú.
- Triệu chứng tăng lên đau họng nhiều, ăn uống kém...

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh áp xe thành sau họng khi đã điều trị đủ thời gian từ 7-14 ngày
- Triệu chứng lâm sàng đã giảm hẳn, các biến chứng không còn nữa.

8. TIÊU CHUYỂN CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị.
- Biến chứng lan vào các cơ quan lân cận.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Xử lý kịp thời và tích cực các viêm mũi họng cấp, nhất là viêm mũi họng trong các bệnh nhiễm trùng lây.
- Xử lý kịp thời các ổ viêm kế cận: Chủ yếu nạo VA sớm khi đã bị viêm nhiều lần.
- Sau chọc áp xe thành sau họng vài tuần cần nạo VA cho trẻ để tránh tái phát./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.

4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J03.9. VIÊM AMIDAN CẤP, KHÔNG PHÂN LOẠI
[NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP TRÊN]
J35.0. VIÊM AMIDAN MÃN 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 β 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 bón.

- 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, ngây ngây sốt về chiều.

- Cơ năng:

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

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

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

- Thực thể:

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

3.1.1.3. *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.

3.1.1.4. *Thể xơ teo*: Thường gặp ở người lớn, amidan nhỏ, mặt gò gề, 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 khăng 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 cấp tính	Bệnh bạch hầu
- Sốt cao, bắt đầu đột ngột-	- Sốt, bắt đầu từ từ
- Mạch nhanh, mạnh	- Mạch chậm, yếu
- Mệt mỏi vừa, mặt đỏ	- Mệt mỏi rõ rệt, mặt xanh tái
- Chấm mủ ở bề mặt amidan hoặc màng mủ, không vượt khỏi amidan	- Giả mạc không giới hạn ở miệng hốc và có thể vượt ra ngoài amidan
- Màng mủ mềm dễ nát và không dính chắc vào tổ chức amidan	- Giả mạc chắc, dính, khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu
- Hạch cổ thường không sưng trừ trường hợp nặng	- Hạch cổ sưng to, ngay cả trường hợp thông thường
- Nước tiểu rất ít khi có albumin	- Nước tiểu thường có albumin
- Không tìm thấy trực khuẩn Klebs -Loeffer	- Có trực khuẩn Klebs-Loeffer khi soi giả mạc

* Viêm amidan mạn tính cần phân biệt với:

- Lao amidan.
- Ung thư amidan.
- Thể lâm sàng: Viêm A do liên cầu β 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 β lactam, amoxicilline/acidclavulanic; cephalosporine thế hệ I, II, III; quinolone, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.
- Nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng nhẹ.
- Súc miệng bằng các dung dịch kiềm ấm: bicarbonat natri, borat natri... (nửa thìa cà phê trong một cốc nước ấm).
- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

4.2.2. Viêm amidan mạn tính

Phẫu thuật cắt amidan hiện nay là rất phổ biến, tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ. Chỉ cắt khi nào amidan thực sự trở thành một ổ viêm (focal infection) 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...

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. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin)

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.

- Tổng phân tích nước tiểu

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]

- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]

- Định lượng Creatinin (máu)

- Định lượng Glucose [Máu]

- Định lượng Urê máu [Máu]

- Định nhóm máu hệ ABO

- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]

- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng

- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN

7.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
- + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm

- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng Histamine.

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- Kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống

- Giảm đau Paracetamol: đường uống

- Kháng Histamine (Khi cần):

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- Kháng sinh: Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng Histamine (Khi cần):

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- 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.

9. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J38.2. NỐT NHỎ Ở DÂY THANH ÂM [HẠT DÂY THANH]

1. ĐỊNH NGHĨA

Hạt dây thanh là tổn thương dạng khối nhỏ, đối xứng dây thanh 2 bên

2. NGUYÊN NHÂN

Hạt dây thanh là một chẩn đoán nên dành sẵn cho những tổn thương đã được chứng minh là mạn tính.

Phần lớn những tổn thương này là kết quả của việc lạm dụng giọng và sử dụng giọng không thích hợp.

Sự rung dây thanh quá mạnh hoặc quá dài sẽ làm mạch máu sung huyết với hiện tượng phù trên niêm mạc. Lạm dụng giọng trong thời gian dài sẽ làm phù kéo dài, kếtcuộc là gây ra sự hyaline hóa trên lớp mỏng bề mặt. Cuối cùng, điều này sẽ dẫn đến sự thành lập hạt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Khàn tiếng là triệu chứng chính.

3.2. Cận lâm sàng:

Nội soi thanh quản

Nội soi hoạt nghiệm dây thanh: giúp chẩn đoán chính xác sự rung động của sớngniêm mạc dây thanh và phát triển sự rối loạn giọng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa: luôn là giải pháp được lựa chọn đầu tiên. Kháng sinh, kháng viêm điều trị trong 2-3 tuần. Giảm nói, giảm hát. Xông họng có Steroids sẽ giúp cho việc khàn tiếng giảm, bệnh ổn.

- Cung cấp thông tin cho bệnh nhân về sử dụng giọng nói sai có thể là nguyên nhân của hạt dây thanh kết hợp với liệu pháp điều trị giọng nói là phương thức đầu tiên của việc điều trị.

- Luyện âm rất hiệu quả khi phát hiện dây thanh giai đoạn sớm. Mục đích luyện âm giúp dây thanh mềm mại, uyển chuyển hơn nhằm cải thiện chức năng giọng nói.

4.2. Điều trị ngoại khoa: Phẫu thuật cắt hạt dây thanh dành cho những hạt nào tồn tại lâu dài tiếp tục làm xấu đi giọng của bệnh nhân(theo bệnh nhân) sau 3 tháng thử nghiệm trị liệu nói giọng nhỏ nhất.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng: Bệnh thường kéo dài và không có biến chứng nguy hiểm đến tính mạng nhưng tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật nên người bệnh không tuân thủ trong điều trị phòng ngừa.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT CẮT HẠT DÂY THANH:

7.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- Kháng sinh: từ 5-7 ngày
- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycin).

- **Kháng viêm:**

+ Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

+ Enzyme: Alphachymotrypsine

- **Giảm đau: Paracetamol**

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phòng ngừa không la hét, nói to, nói nhiều, khạc nhổ gây ảnh hưởng thanh quản không uống đá lạnh hay sử dụng gia vị có tính kích thích như: ớt, hạt tiêu... Không uống rượu bia, hút thuốc lá.

- Trường hợp phải thường xuyên nói nhiều, người bệnh cần sử dụng các thiết bị trợ âm nhằm khuếch đại tiếng.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

PHẦN MŨI XOANG

J01.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG CẤP [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). Có thể phân chia thành viêm mũi xoang cấp tính tái phát (lớn hơn hoặc bằng 4 đợt trong một năm mà không có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính và viêm mũi xoang cấp tính kịch phát).

2. NGUYÊN NHÂN

- Sau cảm cúm (viêm nhiễm virus đường hô hấp trên)

- Các nguyên nhân khác

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

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

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

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

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

- Các triệu chứng chính:

- + Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt
- + 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

- + Thở hôi
 - + 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 mũi, sung huyết, dị hình vách ngăn...

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng.
- 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 bởi vì phương pháp này không tạo được hình ảnh xương rõ ràng.
- Công thức máu

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi do virus (cảm cúm)
- Đau nhức khớp thái dương hàm
- Đau đầu và đau nửa đầu
- Đau răng và đau dây thần kinh số V
- U 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 Cephalosporine thế hệ thứ 2,3.
- 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, cefoperazone; hoặc kết hợp với kháng sinh phổ rộng đối với người lớn và amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone đối với trẻ em.

Hiệu quả của kháng sinh trong điều trị viêm xoang cấp tính được thể hiện trong bảng dưới đây:

KHÁNG SINH ĐƯỜNG UỐNG	TÁC NHÂN GÂY BỆNH		
	S. Pneumonia	Haemophilus SPP	Moraxella Catarrhalis
Penicillin/Amoxicillin	+	0	0
Cephalosporins	Thế hệ thứ nhất	±	0
	Thế hệ thứ hai	+	+
	Thế hệ thứ ba	±	+
Amoxicillin/Clavulanate	+	+	+
Macrolides	±	±	±
Clindamycin	+	0	0
Imipenem/Meropenem	+	+	+
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	-	+	+
Quinolones (cũ) hoặc Aminoglycosides	±	+	+
Quinolones (mới)	+	+	+

0: Không hoặc rất ít tác dụng (<30%)

±: Tương đối tác dụng (30 - 80%)

+: Tác dụng tốt (>80%)

- Rửa mũi và xịt mũi: Cùng với liệu pháp kháng sinh toàn thân, điều trị tại mũi là rất cần thiết:

+ Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương có thể giúp giữ ẩm và làm sạch dịch trong hốc mũi.

+ Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân).

+ Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn.

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 .

- 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 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. Chỉ định 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 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.
- Bệnh nhân chắc chắn có các bất thường về giải phẫu mũi xoang có thể cũng phải phẫu thuật.

5. Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

5.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

5.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

6. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

6.1. 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.

6.2. Biến chứng

- Viêm nhiễm ổ mắt
- Viêm màng não
- Áp xe ngoài màng cứng
- Tắc tĩnh mạch xoang hang
- Khối sưng phồng của Pott

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- 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. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinuitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J33.0. POLÍP MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

Polyp mũi là tổn thương giả u do thoái hoá cục bộ của niêm mạc mũi hay xoang mà chủ yếu là tổ chức đệm.

Polyp mũi là bệnh rất thường gặp, có thể đơn thuần ở hốc mũi, có thể ở các xoang hay cả ở mũi và xoang.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do rối loạn vận mạch, rối loạn nội tiết hay do cơ địa tạo nên.

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.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
 - + Khối u mềm, nhẵn bóng, mỏng, màu hồng nhạt.
 - + Tùy theo kích thước của polyp mũi, chia làm 4 độ:
 - Độ I: Polyp khu trú gọn trong phức hợp lỗ ngách.
 - Độ II: Polyp phát triển ra ngách giữa nhưng chưa vượt quá bờ tự do của cuốn giữa.
 - Độ III: Polyp vượt quá bờ tự do của cuốn giữa đến lưng cuốn dưới.
 - Độ IV: Polyp che kín toàn bộ hốc mũi, ra tận cửa mũi sau.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng.
- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz)
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
- MRI: Cho phép phân biệt polyp với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, dịch trong xoang).

3.1.3. Kết quả mô bệnh học

- Giúp chẩn đoán xác định polyp mũi.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh lý u mũi xoang:
 - + Khối u thường không nhẵn, mật độ không đều, bề mặt sùi, loét, dễ chảy máu.
 - + Ngạt mũi, chảy mũi, giảm ngủ, thường ở một bên.

- + Hay xì ra máu mũi.
- + Hay gặp ở người lớn tuổi.
- + Kết quả mô bệnh học cho kết quả tổn thương u.

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

Chỉ định: khi khối polyp độ I, II.

- Điều trị toàn thân:

- + Thuốc kháng sinh: Chỉ sử dụng khi có viêm mũi xoang kèm theo.
- + Thuốc corticosteroid (Prednisone 5mg hoặc Methylprednisolone 4mg) đường uống

*Liều người lớn: 5- 60 mg/ngày, giảm liều sau 2-3 tuần, 20mg x 3 lần/ngày x4 ngày, sau đó 20mg x 2 lần/ngày x 4 ngày, sau đó 10mg x 3 lần/ngày x 4 ngày, sau đó 10mg x 2 lần/ngày x 4 ngày, sau đó 10mg x 1 lần/ngày x 4 ngày, sau đó 5 mg x 1 lần/ ngày x 4 ngày, sau đó ngưng thuốc.

*Liều trẻ em: 0,05 – 2mg/kg chia 2 – 4 lần/ngày, giảm liều sau 2 – 3 tuần

- Điều trị tại chỗ:
- Dùng thuốc co mạch: Naphthazoline 0,5- 1% nhỏ mũi x 3- 5 ngày
- Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.
- Thuốc corticosteroid dạng xịt: Fluticason propionat; Mometasone furoate; Budesonide...dùng kéo dài từ 1-3 tháng

4.3.2. Điều trị phẫu thuật

- **Chỉ định:**

- + Khi khối polyp độ I, II điều trị nội khoa không đỡ.
- + Khi khối polyp độ III, IV.

- **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 đường uống.
 - Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
- + Điều trị tại chỗ:
- Rút meche, merocel mũi sau 24 giờ.
 - Dùng thuốc co mạch.
 - Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.
 - Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
 - Thuốc corticosteroid dạng xịt kéo dài.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Bệnh polyp mũi do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để có kết quả tốt 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.

6. XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

7.1. Nội Trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- **Kháng sinh:** Từ 5 – 7 ngày

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Nhỏ nước muối liên tục vào mèche mũi sau mổ.
- 7.2. Sau xuất viện:** Thời gian cấp toa tùy theo đánh giá bệnh nhân sau phẫu thuật từ 5 – 7 ngày
 - **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).
 - **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg
 - **Giảm đau Paracetamol:** đường uống
 - **Kháng Histamine (Khi cần):**
 - **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
 - Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...
- 7.3. Tái khám:** Thời gian cấp toa tùy theo tình trạng của bệnh nhân từ 5 -7 ngày
 - **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).
 - **Kháng viêm:**
 - + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine
 - **Giảm đau: Paracetamol**
 - **Kháng Histamine (Khi cần):**
 - **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

9. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thỉnh học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitis: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J32.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG MẠN **[VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH DO NẤM]**

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mũi xoang kéo dài với sự hiện diện của nấm gây tổn thương niêm mạc và tổ chức xung quanh. Nấm mũi xoang có bốn thể: thể không xâm nhập còn gọi là u nấm, thể xâm nhập giả u; thể xâm lấn và thể viêm mũi xoang dị ứng với nấm.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do hít phải các bào tử nấm trong môi trường xung quanh

- Chúng sẽ bám vào hốc mũi xoang chờ cơ hội gây bệnh.

2.2. Nguyên nhân có liên quan đến răng chiếm 1/3 trường hợp

Các sợi nấm phát triển trong chất hàn răng là oxit kẽm có trong eugenat đi qua đỉnh răng vào trong xoang. Thời gian từ lúc chăm sóc răng đến khi chẩn đoán viêm xoang do nấm từ vài tháng đến vài năm. Các yếu tố thuận lợi gây bệnh viêm mũi xoang do nấm:

- Thông khí mũi xoang kém do có bệnh lý mũi xoang kéo dài, dị vật, lệch vẹo vách ngăn.
- Điều trị thuốc làm mất cân bằng nấm-vi khuẩn tại chỗ.
- Điều kiện khí hậu: khí hậu nóng và ẩm ướt thích hợp cho nấm mốc phát triển.
- Người bệnh bị suy giảm miễn dịch, bệnh tiểu đường.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Tùy từng thể và từng xoang mà có các biểu hiện khác nhau.

3.1.1. Thể u nấm không xâm nhập

3.1.1.1. Lâm sàng

- Nấm khu trú ở xoang hàm:

- + Chảy mũi mủ mạn tính, không thối, chảy ra mũi sau là hay gặp nhất.
- + Tắc ngạt mũi.
- + Nhức đầu vùng gò má, thái dương.
- + Một số trường hợp không có triệu chứng, phát hiện bệnh rất tình cờ.

+ Khám nội soi thấy: viêm phù nề kết hợp với chảy mủ. Có polyp hoặc có khối nấm màu nâu đen, kết hợp đôi khi với những thay đổi giải phẫu như conchabullosa, cuốn giữa đảo chiều, lệch vách ngăn.

- Nấm khu trú xoang trán-sàng-hàm:

- + Chảy mủ và có khi kèm theo các dấu hiệu về mắt, phù nề và nhất là nhìn đôi.

- Nấm khu trú xoang bướm: nhức đầu vùng đỉnh, chằm, có những rối loạn ở mắt nghiêm trọng và thường xảy ra ở người có suy giảm miễn dịch.

3.1.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng
- X quang: Blondeau hoặc C.T scan có các nốt cản quang đậm đặc nằm rải rác trong đám mờ toàn bộ xoang là hình ảnh điển hình, hoặc có thể mờ toàn bộ xoang hoặc mở hình khung. Nếu nấm ở xoang bướm ngoài hình mờ trong xoang còn có hình tiêu xương ở thành trên và ngoài.
- Cây nấm: *Aspergillus fumigatus* hay gặp nhất, hiếm hơn là *Aspergillus niger* hoặc *Aspergillus flavus*.
- Giải phẫu bệnh: có mặt các sợi nấm.

3.1.2. Thể xâm nhập giả u (hiếm nhưng nặng)

3.1.2.1. Lâm sàng

- Biến dạng xương hàm trên, lồi mắt, liệt vận nhãn.
- Nội soi thấy khối có màu xám nâu hoặc lục nhạt.
- Thường gặp ở người bệnh có suy giảm miễn dịch, đái tháo đường.

3.1.2.2. Cận lâm sàng

- X quang: hình ảnh khối mờ kiểu u có tiêu xương, tổn thương lan rộng cho thấy quá trình xâm lấn ác tính.
- Cây nấm: *Aspergillus flavus* thường gặp.

3.1.3. Thể dữ dội xâm nhập thật sự

3.1.3.1. Lâm sàng.

- Người bệnh có suy giảm miễn dịch.
- Đau mắt, sốt, phù nề, chảy mũi lẫn máu.
- Viêm mô lan rộng dưới dạng hoại thư da-niêm mạc, tổn thương xoang bướm, ổ mắt, tổn thương dây thần kinh nội sọ, động mạch.

3.1.3.2. Cận lâm sàng

- C.T scan, MRI cho hình ảnh xâm lấn lan rộng.
- Cây nấm định danh chính xác: *Aspergillus fumigatus*, *flavus*, *nidulans*, *niger*, *Mucorales* của lớp *zycomycete*. Nhóm nấm hiếm hơn như *Microsporiumcanis*, *Scedosporum*, *Apiospermum*, *Cladosporum*.
- Giải phẫu bệnh có sợi nấm.

3.1.4. Thể viêm mũi xoang dị ứng với nấm

3.1.4.1. Lâm sàng

- Bệnh polyp mũi không đáp ứng với điều trị thuốc. Là một bệnh lành tính, không xâm nhập, gặp khoảng 6% trong toàn bộ viêm mũi xoang mạn tính, đôi khi chỉ bị viêm mũi xoang một bên.

3.1.4.2. Cận lâm sàng

- X quang: Mờ đồng nhất các xoang, đôi khi vôi hóa, thường tổn thương nhiều xoang.
- Giải phẫu bệnh: giữa tổ chức viêm dày niêm mạc lẫn nhầy trong xoang có chứa:
 - + Tế bào đa nhân eosinophil
 - + Những tinh thể Charcot-Leyden

- + Những sợi nấm.
- + Cây nấm: xác định loài gây bệnh (Aspergillus hoặc họ Dematiaceae)
- + Xét nghiệm huyết thanh: tăng eosinophilie cao trong máu; tăng IgE và IgE đặc hiệu với nấm gây bệnh.
- Test da: dương tính với nấm gây bệnh.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi xoang mạn tính do vi khuẩn
- Viêm xoang do răng
- Khối u hốc mũi xoang

4. XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU

4.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

4.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị phẫu thuật .
- Tùy từng thể viêm xoang do nấm có cách điều trị thích hợp.

5.2. Phác đồ điều trị

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Phẫu thuật kinh điển (Caldwell-Luc)+ cắt lọc khi phẫu thuật nội soi thất bại kết hợp điều trị bệnh toàn thân (suy giảm miễn dịch, tiểu đường, dị ứng).

5.3. Điều trị cụ thể

5.3.1. Thể u nấm không xâm nhập ở xoang hàm

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở rộng khe giữa ± mở khe dưới.

- Thể u nấm không xâm nhập ở xoang trán-sàng-hàm: phẫu thuật nội soi mở sàng trước.
- Thể u nấm không xâm nhập ở xoang bướm: phẫu thuật nội soi mở xoang bướm đường trong mũi hoặc qua xoang sàng.

5.3.2. Thể xâm nhập giả u

Phẫu thuật nội soi mở sàng toàn bộ một bên, một số trường hợp, điều trị kết hợp hóa trị đặc hiệu.

5.3.3. Thể dữ dội xâm nhập thực sự

Tiêm tĩnh mạch Amphotericin B , liều ngày đầu 0,1 – 0,3 mg/kg/ngày, tăng liều 5 – 10 mg/ngày cho tới liều 0,5 – 1mg/kg/ngày, Có thể thay thế bằng itraconazol khi kiểm soát được bệnh

- Điều trị đái tháo đường, dùng corticoid.
- Phẫu thuật cắt lọc tổn thương.
- Oxy cao áp.

5.3.4. Thể viêm xoang dị ứng với nấm

Phẫu thuật nội soi mũi xoang + corticoid tại chỗ kéo dài ± corticoid toàn thân nếu polyp tái phát nhanh.

5.4. Điều trị sau phẫu thuật:

- Kháng sinh toàn thân: Từ 5- 7 ngày
 - + Amoxicilline/ acidclavulanic 1g : đường uống
 - + Nhóm Cephalosporine thế hệ 2, 3 : đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
 - + Marcolide: đường uống
- Thuốc kháng nấm: Intraconazole 100 mg, liều 200mg x 1 lần/ngày x ít nhất 7 - 14 ngày
- Kháng histamin, kháng viêm, giảm đau, hạ sốt.

6. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Viêm mũi xoang do nấm đôi với thể không xâm nhập có tiên lượng tốt nếu được điều trị kịp thời.
- Viêm mũi xoang do nấm đôi với thể xâm nhập có tiên lượng xấu nhất là ở những người có bệnh mạn tính suy giảm miễn dịch, đái tháo đường. Biến chứng chủ yếu khi nấm xâm nhập vào ổ mắt gây lồi mắt, liệt vận nhãn, nhìn đôi, mù; xâm nhập vào sọ não gây tổn thương thần kinh nội sọ; gây biến dạng xương hàm mặt; tổn thương mạch máu gây chảy máu ồ ạt.
- Đặc biệt ở thể dữ dội nếu không được điều trị nấm sẽ xâm lấn lên não bằng đường trực tiếp hoặc huyết khối động mạch cảnh trong dẫn đến tử vong.

7. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Nâng cao sức đề kháng toàn thân.
- Tránh sử dụng kháng sinh nhiều đợt, kéo dài.
- Phát hiện và điều trị sớm các nguyên nhân gây tắc nghẽn mũi xoang .

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

8. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J32.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG MẠN **[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 mủ nhầy hay mủ đặc thường xuyên.
 - + Đau nhức vùng mặt.
 - + Mất ngửi hoặc giảm ngửi.
 - + Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
 - + Dịch mủ nhầy hoặc mủ đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.
 - + Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoá thành polyp.
 - + Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,...
- Các triệu chứng trên kéo dài trên 12 tuần.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng
- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz)
- Phim CT Scanner

3.1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh viêm mũi xoang dị ứng:
 - + Hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi và chảy nước mũi trong là chủ yếu.
 - + Không có mủ ở khe giữa hay khe trên.
 - + Cuốn mũi luôn phù nề, nhọt màu.

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

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

4.2. Phác đồ điều trị

- Điều trị nội khoa
- Điều trị ngoại khoa.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Điều trị nội khoa

Điều trị toàn thân:

- Thuốc kháng sinh: Thường từ 2-3 tuần
 - + Amoxicilline/ acidclavulanic 1g
 - + Nhóm Cephalosporine thế hệ 2,3: đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolide: đường uống
- Thuốc corticosteroid uống: dùng từ 5 - 7 ngày
- Kháng Histamin:

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

Điều trị tại chỗ:

- Dùng thuốc co mạch: Naphtazoline 0,5- 1% nhỏ mũi từ 3- 5 ngày
- Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
- Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
- Thuốc corticosteroid dạng xịt: Fluticason propionat; Mometasone furoate ; Budesonide...

4.3.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:
 - + Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa 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: 1 đến 2 tuần.
 - Thuốc corticosteroid uống.
 - Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
- + Điều trị tại chỗ:
- Rút meche, merocel mũi sau 24 giờ.
 - Dùng thuốc co mạch.
 - Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
 - Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
 - Thuốc corticosteroid dạng xịt.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

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

5.2. Biến chứng

- Biến chứng đường hô hấp:
 - + Viêm tai giữa.
 - + Viêm thanh quản.
 - + Viêm giãn khí phế quản.
- Biến chứng mắt:
 - + Viêm phần trước ổ mắt.
 - + Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.
- Biến chứng nội sọ:
 - + Viêm màng não.
 - + Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.
 - + Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não.

6. PHÒNG BỆNH

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

7. XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU

7.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

7.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

8. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

8.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- **Kháng sinh:** Từ 5 – 7 ngày
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
 - + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolid: đường uống
 - + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Nhỏ nước muối liên tục vào mèche mũi sau mổ.

8.2. Sau xuất viện: Thời gian cấp toa tùy theo đánh giá bệnh nhân sau phẫu thuật từ 5 – 7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống
- **Kháng Histamine (Khi cần):**
 - + **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

+ Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

8.3. Tái khám: Thời gian cấp toa tùy theo tình trạng của bệnh nhân từ 5 -7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycin).

- **Kháng viêm:**

+ Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

+ Enzyme: Alphachymotrypsine

- **Giảm đau: Paracetamol**

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.

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

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

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

10. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J30.3. VIÊM MŨI DỊ ỨNG KHÁC [VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang dị ứng là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang biểu hiện bằng các triệu chứng hắt hơi, ngạt, ngứa và chảy mũi, qua trung gian kháng thể và xảy ra do tiếp xúc với dị nguyên trong không khí

Viêm mũi xoang dị ứng có hai loại:

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa: chủ yếu là do phấn hoa và bào tử.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm: thường gặp do bụi nhà.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Xác định tiền sử dị ứng

- Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mề đay, chàm, hen phế quản,...
- Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

3.1.2. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Ngứa mũi
 - + Hắt hơi từng tràng
 - + Ngạt tắc mũi
 - + Chảy nước mũi trong
- Triệu chứng thực thể:
 - + Soi mũi thấy:
 - Niêm mạc mũi nhợt màu
 - Cuốn mũi phù nề, nhất là cuốn dưới
 - Nhiều dịch xuất tiết: dịch nhày, trong.

3.1.3. Cận lâm sàng

- Các test xác định dị ứng mũi xoang:

- + Test nội bì
- + Test lấy da
- + Test kích thích mũi
- + Các phản ứng in vitro

- Các phương pháp trực tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

- + RAST (Radio allerge sorbent test)
- + RIST (Radio immuno sorbent test)
- + PRIST (Paper Radio immuno sorbent test)

- Các phương pháp gián tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

- + Phản ứng phân hủy mastocyte
- + Phản ứng ngưng kết bạch cầu
- + Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh viêm mũi vận mạch:

- + Ít hắt hơi
- + Ít chảy mũi
- + Ít ngứa mũi
- + Ngạt mũi là chủ yếu
- + Cuốn mũi luôn phù nề
- + Ít dịch tiết ở mũi
- + Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte đều âm tính.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Viêm mũi xoang dị ứng có nhiều nguyên nhân khác nhau, biểu hiện lâm sàng mỗi người một khác, thay đổi theo môi trường, cơ địa, sự quá mẫn của cơ thể nên không thể áp dụng một phương thức điều trị chung, cứng nhắc, cần được thay đổi theo từng người, từng hoàn cảnh, từng thời gian.

4.2. Sơ đồ điều trị

Các phương pháp điều trị chia làm hai nhóm:

- Điều trị đặc hiệu: Tác động vào dị nguyên và kháng thể dị ứng.
- Điều trị không đặc hiệu: Tác động vào các hoạt chất trung gian và triệu chứng lâm sàng.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Các phương pháp điều trị đặc hiệu

- Các biện pháp né tránh dị nguyên:

- + Bằng cách thay đổi nơi ở, nơi làm việc hoặc đổi nghề, thay đổi thuốc, đổi chế độ ăn.
- + Phương pháp này khó thực hiện vì nó làm đảo lộn cuộc sống.

- Phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu:

- + Đây là một trong các liệu pháp miễn dịch.
- + Đây được coi là “vaccin” trong điều trị bệnh viêm mũi xoang dị ứng.
- + Có thể dùng đường tiêm dưới da, nhỏ dưới lưỡi hoặc nhỏ tại chỗ ở mũi.

4.3.2. Các phương pháp điều trị không đặc hiệu

- Thuốc kháng histamin đường uống.
- Thuốc xịt mũi chứa corticosteroid.
- Các biện pháp kết hợp đông y và tây y.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Bệnh hay tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

5.2. Biến chứng

- Làm nặng thêm các bệnh dị ứng khác như viêm kết mạc dị ứng, hen phế quản,...
- Gây viêm mũi xoang mạn tính polyp mũi, viêm thanh khí phế quản,...

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia

7. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.

11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J32.4. VIÊM TOÀN BỘ XOANG MẠN

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

3.1.3. Lâm sàng

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

3.1.4. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng
- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz)
- Phim CT Scanner

3.1.3. Chẩn đoán phân biệt

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

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

4.2. Phác đồ điều trị

- Điều trị nội khoa
- Điều trị ngoại khoa.

4.3. Điều trị cụ thể

4.3.2. Điều trị nội khoa

Điều trị toàn thân:

- Thuốc kháng sinh: Thường từ 2-3 tuần
 - + Amoxicilline/ acidclavulanic 1g
 - + Nhóm Cephalosporine thế hệ 2,3: đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolide: đường uống
- Thuốc corticosteroid uống: dùng từ 5 - 7 ngày
- Kháng Histamin:

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

Điều trị tại chỗ:

- Dùng thuốc co mạch: Naphtazoline 0,5- 1% nhỏ mũi từ 3- 5 ngày
- Rửa mũi bằng nước mũi sinh lý.
- Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
- Thuốc corticosteroid dạng xịt: Fluticason propionat; Mometasone furoate ; Budesonide...

4.3.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:

- + Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa 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: 1 đến 2 tuần.
 - Thuốc corticosteroid uống.

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
- + Điều trị tại chỗ:
 - Rút meche, 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. TIÊN 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.

7. XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU

7.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]

- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

7.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

8. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

8.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- **Kháng sinh:** Từ 5 – 7 ngày
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
 - + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolid: đường uống
 - + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Nhỏ nước muối liên tục vào mèche mũi sau mổ.

8.2. Sau xuất viện: Thời gian cấp toa tùy theo đánh giá bệnh nhân sau phẫu thuật từ 5 – 7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống
- **Kháng Histamine (Khi cần):**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

8.3. Tái khám: Thời gian cấp toa tùy theo tình trạng của bệnh nhân từ 5 -7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh:

Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycin).

- Kháng viêm:

+ Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

+ Enzyme: Alphachymotrypsine

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.

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

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

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

10. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Lidley W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J34.1 U NANG VÀ U NHÚ CỦA MŨI VÀ XOANG MŨI [U NHÚ VÙNG MŨI XOANG]

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhú là loại u thường gặp trong các khối u lành tính mũi xoang, chiếm tỷ lệ 0,5- 4% u mũi xoang. Là một loại u lành tính xuất phát từ biểu mô niêm mạc mũi xoang với các đặc điểm sau:

- + Khuynh hướng dễ tái phát
- + Khả năng hủy, ăn mòn các mô lân cận
- + Có xu hướng kết hợp với u ác tính.

Vì những tính chất này có nhiều tranh luận, nên có nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Do đó cần phải có phương pháp điều trị, quản lý bệnh đúng đắn, phù hợp với vị trí và bản chất của khối u.

2. NGUYÊN NHÂN

Căn nguyên bệnh chưa rõ ràng. Có nhiều giả thuyết về nguyên nhân của u nhú mũi xoang:

- Do virus: Đây là giả thuyết được nhiều tác giả chấp nhận. Nhiều tác giả đã tìm thấy ADN của Human Papilloma Virus (HPV) trong mô của u nhú với hai nhóm gây bệnh chính là HPV 6 và HPV 11.
- Các yếu tố môi trường như ô nhiễm, hoá chất.... bị nghi ngờ là nguyên nhân gây u nhú nhưng chưa có thống kê đầy đủ.
- Do viêm: Giả thuyết này ít được chấp nhận.
- Theo nhiều tác giả viêm thường thấy kèm theo u nhú do hậu quả của khối u gây bí tắc lỗ thông mũi xoang cản trở đường vận chuyển niêm dịch từ xoang ra ngoài.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Nghẹt mũi: Đa số là nghẹt mũi, nghẹt mũi ngày càng gia tăng, nghẹt một bên từ ít đến trung bình, hoặc bị nghẹt hoàn toàn một bên. Khi u lan rộng quá cửa mũi sau vào trong hầu mũi gây nên tắc nghẽn hoàn toàn hai bên bởi u nhú đảo ngược làm tắc hoàn toàn hầu mũi.
- Chảy nước mũi
- Đau, căng vùng mặt chiếm 30% bệnh nhân
- Chảy máu mũi được ghi nhận ở 17% bệnh nhân
- Mất ngủ, nhức đầu vùng trán ở 14% bệnh nhân
- Chảy nước mắt 7% bệnh nhân

3.1.1.2. Triệu chứng thực thể:

Soi mũi thấy khối u ở một bên hoặc hai bên hốc mũi có dạng như chùm nho nhợt màu hoặc như quả dâu sẫm màu. Có thể xác định rõ khối u như đảo ngược mũi xoang với sang thương có nguồn gốc trên một vùng rộng, có vẻ không đều, bờ, thường chảy máu khi đụng vào. Nó có màu xám hơi đỏ và có thể bít hoàn toàn mũi xoang, trải rộng từ tiền đình mũi đến hầu mũi.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng
- X quang thường quy (Blondeau, Hirtz..)
- CT Scanner:
- MRI:
- Kết quả mô bệnh học
 - + Giúp chẩn đoán xác định u nhú và phân loại u nhú.
 - + Theo mô bệnh học, có hai loại u nhú: u nhú thường và u nhú đảo ngược.
- Phân giai đoạn u nhú đảo ngược. Theo John H. Krouse (2000), u nhú mũi xoang chia làm bốn giai đoạn:
 - + T1: Khối u nằm trong hốc mũi, chưa phát triển vào xoang; không có tổn thương ác tính.
 - + T2: Khối u phát triển tới vùng phức hợp lỗ ngách và xoang sàng, hoặc thành trong xoang hàm; không có tổn thương ác tính.
 - + T3: Khối u chiếm toàn bộ xoang hàm; hoặc lan vào xoang bướm; hoặc lan vào xoang trán; không có tổn thương ác tính.
 - + T4: Khối u vượt khỏi phạm vi mũi xoang (xâm lấn ổ mắt, nội sọ, hố chân bướm hàm) hoặc có tổn thương ác tính.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh polyp mũi:
- Với bệnh ung thư mũi xoang:

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bằng phẫu thuật.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
- Lấy hết bệnh tích u.

4.2. Điều trị cụ thể

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang: chỉ định với khối u nhú giai đoạn I, II, III.
- Phẫu thuật mở cạnh mũi: chỉ định với khối u nhú ở giai đoạn IV.

4.3. Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

4.3.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial

Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.

- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]
- HIV Ab test nhanh

4.3.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4.4. Chăm sóc sau phẫu thuật lấy u nhú

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp.
- Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.
- Nâng tổng trạng bằng truyền dịch nếu cần thiết.
- Rút mèche mũi (tại phòng mổ nếu cần), trong khi rút phải nhỏ nước muối thường xuyên vào mèche và rút mèche thận trọng, tỉ mỉ. Sau khi rút hết mèche cho bệnh nhân nội soi mũi xoang để được đánh giá phẫu thuật. Tiếp tục cho bệnh nhân nhỏ nước mũi để tránh sẹo xơ dính.
- Thay băng vết mổ hằng ngày và cắt chỉ vết khâu ngoài da vào ngày thứ 7.
- Bệnh nhân cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên 1 tuần/1 lần trong tháng đầu tiên và mỗi 2 tháng/1 lần trong 2 năm đầu để có thể sớm phát hiện u tái phát. Các vảy mũi được thường xuyên làm sạch trong 1 năm đầu nếu không có xạ trị và trong suốt đời nếu có xạ trị phối hợp với phẫu thuật.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

U nhú thường tiên lượng tốt hơn u nhú đảo ngược do ít tái phát và hiếm phát triển thành tổn thương ác tính. U giai đoạn sớm (I, II) tiên lượng tốt hơn giai đoạn muộn (III, IV).

5.2. Biến chứng

U nhú mũi xoang, đặc biệt là u nhú đảo ngược có khả năng chuyển thành tổn thương ác tính với tỷ lệ từ 7 đến 10%.

6. TIÊU CHẤM VÀO VIỆN

Bệnh nhân được chẩn đoán u nhú mũi xoang có chỉ định phẫu thuật.

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Bệnh nhân sau phẫu thuật u nhú mũi xoang được kiểm soát hậu phẫu tốt, không chảy máu, hóc mủ niêm mạc diễn tiến lành tốt, tổng trạng khỏe.

8. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

- Bệnh nhân u nhú mũi xoang có kích thước khối u lớn, xâm lấn các cơ quan lân cận.
- Khối u nghi ngờ ác tính.
- Phát hiện các biến chứng trong hoặc sau phẫu thuật.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố ô nhiễm môi trường, hoá chất. Trong trường hợp phải tiếp xúc, phải có trang bị lao động đầy đủ.
- Tái khám thường xuyên theo hẹn tại phòng soi mũi xoang./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.

12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J34.2. LỆCH VÁCH MŨI [LỆCH (VỆO) VÁCH NGĂN]

1. ĐỊNH NGHĨA

Vẹo vách ngăn rất thường gặp, xảy ra khi vách ngăn mũi bị lệch về một bên.

2. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương: thường gặp nhất
- Bất thường bẩm sinh: do sức ép lên mũi lúc sanh
- Liên quan đến bệnh rối loạn gen của mô liên kết: như hội chứng Marfan và hội chứng Ehlers-Danlo.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1 Triệu chứng cơ năng:

- Thường xuyên nghẹt mũi một bên hoặc hai bên
- Chảy máu mũi tái phát
- Nhiễm trùng mũi xoang tái phát
- Đau nhức mặt, nhức đầu
- Ngủ ngáy ở trẻ em

3.1.1.2. Triệu chứng thực thể: Khám dưới đèn clar và banh mũi hoặc qua nội soi mũi xoang, có thể gặp nhiều loại vẹo vách ngăn.

- Vẹo theo chiều dọc, tạo mào vách ngăn ở bên vẹo và có rãnh ở bên còn lại.
- Vẹo dọc và gập góc ở phía trước làm vách ngăn lồi ra ở một bên mũi.
- Vẹo do sụp lõm xuống, tạo thành một chỗ phình ít hay nhiều

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng
- X-quang: Blondeau, Hirtz
- CT scanner: giúp xác định chẩn đoán

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa: đa số các trường hợp vẹo vách ngăn được cơ thể thích nghi. Nếu không có triệu chứng gì thì không cần phẫu thuật

4.2. Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định phẫu thuật: Chỉnh hình vách ngăn khi vẹo vách ngăn gây rối loạn chức năng, làm ảnh hưởng đến sự thông khí của xoang và tai.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

- Viêm mũi xoang mạn
- Viêm thanh quản mạn
- Viêm họng mạn

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN

7.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- **Kháng sinh:** Từ 5 – 7 ngày
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
 - + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolid: đường uống
 - + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Nhỏ nước muối liên tục vào mèche mũi sau mổ.

7.2. Sau xuất viện: Thời gian cấp toa tùy theo đánh giá bệnh nhân sau phẫu thuật từ 5 – 7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống
- + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- Giảm đau Paracetamol: đường uống

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

7.3. Tái khám: Thời gian cấp toa tùy theo tình trạng của bệnh nhân từ 5 -7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycin).

- Kháng viêm:

+ Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

+ Enzyme: Alphachymotrypsine

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giữ vệ sinh môi trường sống, đặc biệt những người có sức đề kháng kém, có cơ địa dị ứng.

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

- 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...

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

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.

2. Phát đề điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đề điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

S02.2. VỠ XƯƠNG MŨI [GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI]

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương chính mũi là tình trạng mất liên tục xương chính mũi

2. NGUYÊN NHÂN

Do chấn thương: tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, đánh nhau...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử: có chấn thương vùng mũi, cơ chế chấn thương

3.2. Lâm sàng

- Chảy máu mũi mức độ nhẹ hoặc vừa, nghẹt mũi
- Vùng sống mũi sưng nề, biến dạng.
- Tổn thương da, mô mềm đi kèm
- Sờ xương chính mũi: lạo xạo xương, mất liên tục, điểm đau chói

3.3. Cận lâm sàng:

3.3.1. Nội soi: hốc mũi đọng máu đông, tổn thương vách ngăn (tụ máu, vẹo vách ngăn, rách niêm mạc)

3.3.2. Xquang mũi nghiêng: hình ảnh xương chính mũi gãy

3.3.3. CT- Scan: giúp phát hiện những tổn thương đi kèm: tổn thương hàm mặt, tổn thương não

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích: Khôi phục dáng mũi tự nhiên, khôi phục đường thở mũi

4.2. Nguyên tắc: nên can thiệp sớm, tránh để lâu quá 10 ngày để bị can xương xấu chống dính, chống sẹo hẹp.

4.3. Điều trị nội khoa:

- Khi gãy xương chính mũi kín không di lệch
- Khi bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật

4.4. Điều trị ngoại khoa:

4.4.1. Gãy xương chính mũi kín di lệch: Nâng xương chính mũi, nắn chỉnh vách ngăn, lấy máu tụ vách ngăn (nếu có)

4.4.2. Gãy xương chính mũi hở: rửa sạch vết thương, lấy dị vật, khâu vết thương, sắp xếp lại xương, cố định trong, nắn chỉnh vách ngăn, lấy máu tụ vách ngăn (nếu có)

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

5.1. Biến chứng sớm:

- Phù nề, bầm da và tụ máu vách ngăn mũi.
- Chảy máu vách ngăn mũi
- Tiêu sụn vách ngăn mũi và sống mũi bị sụp hình yên ngựa.
- Nhiễm trùng vách mũi.
- Chảy dịch não tủy hiếm gặp, khi kèm với vỡ mảnh sàng hay vỡ thành sau xoang trán, dịch não tủy có thể chảy ra.

5.2. Biến chứng muộn: Sẹo co rút - thóp mũi dị dạng, sống mũi sụp hình yên ngựa, dính cuốn mũi, thủng vách ngăn... Các triệu chứng này có thể được phòng ngừa dễ dàng. Phải lưu ý trước, xử trí kịp thời các di chứng.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI

7.1. Nội Trú: Trong thời gian hậu phẫu theo dõi tình trạng bệnh nhân M , T⁰, HA 3 l(Ngày đầu).

Ngày thứ 1-2: Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.

- **Kháng sinh:** Từ 5 – 7 ngày

+ Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)

+ Nhóm Cephalosporin thể hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch

+ Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

+ Nhóm Macrolid: đường uống

+ Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- **Kháng viêm:**

+ Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày

+ Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm

+ Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.

- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Nhỏ nước muối liên tục vào mèche mũi sau mổ.
- **Ngày thứ 4 :** rút mèche mũi (tại phòng mổ nếu cần), trong khi rút phải nhỏ nướcmuối thường xuyên vào mèche và rút mèche thận trọng tỉ mỉ.

7.2. Sau xuất viện: Từ 5 – 7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxicilline/acidclavulanic, amoxicilline/Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- **Kháng viêm:**

- + Steroid: đường uống
- + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...
- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

7.3. Tái khám: Từ 5 -7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).

- **Kháng viêm:**

- + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .
- + Enzyme: Alphachymotrypsine

- **Giảm đau: Paracetamol**

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)
- Thuốc xịt mũi tại chỗ: Fluticasone propionate; Mometasone furoate, Budesonide...

Bệnh nhân cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên: 1 tháng sau phẫu thuật,3 tháng sau phẫu thuật: Chụp hình Xquang mũi nghiêng sau 3 tháng

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE:

- Hạn chế những chấn thương va chạm mạnh vùng mũi khi chơi thể thao.
- Khi bị chấn thương vùng mũi nên đi khám sớm để điều trị kịp thời gãy xương mũi tránh tình trạng cal lệch, cal xấu gây ảnh hưởng chức năng sinh lí của mũi.
- Điều trị gãy xương mũi tại nơi những nơi có chuyên khoa tai mũi họng để khôi phục tình trạng thẩm mỹ của mũi một cách tốt nhất.

9. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

R04.0. CHẢY MÁU CAM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu mũi là một cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng, do nhiều nguyên nhân gây ra.
- Chảy máu mũi có thể từ nhẹ (tự cầm) cho đến chảy máu ồ ạt có thể đe dọa tính mạng.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân tại chỗ

2.1.1. Chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất:

- Chấn thương gãy xương mũi, vách ngăn, gãy Lefort I, II, III.
- Ngoáy mũi, xì mũi mạnh hoặc dị vật mũi.
- Phẫu thuật vùng mũi xoang: mổ xoang, mổ vách ngăn, đốt cuộn dưới,...

2.1.2. Do một số chất hóa học như: Cocaine, thuốc xịt mũi (loại corticoide, chống sung huyết), Amoniac, Gasoline, Phosphorus,...

2.1.3. Khối u:

- U ác: carcinoma tế bào gai, ung thư vòm,...
- U lành: u xơ vòm, u nhú đảo ngược, polyp mũi,...

2.1.4. Viêm mũi: viêm mũi cấp hoặc viêm mũi dị ứng.

2.2 Nguyên nhân toàn thân

2.2.1. Bệnh mạch máu: cao huyết áp, xơ vữa động mạch.

2.2.2. Bệnh lý đông máu.

- Dùng thuốc kháng đông (heparin, Coumadin,...), thuốc kháng viêm non-steroid.
- Hemophilia, bệnh Von Willebrand, các bệnh ác tính về máu.

2.2.3. Khác: Suy gan, tăng ure máu.

2.2.4. Các bệnh lý rối loạn tạo mô hạt như: u hạt Wegener, lupus ban đỏ hệ thống, viêm nốt quanh động mạch,...

2.3. Nguyên nhân di truyền

Hội chứng Osler-Weber-Rendu (giãn tĩnh mạch xuất huyết di truyền). Đây là một rối loạn gen hiếm gặp ảnh hưởng đến mạch máu cả cơ thể. Gặp ở cả nam và nữ, người nhóm máu O bị nhiều hơn. Thường biểu hiện bằng chảy máu mũi tái đi tái lại, có thể nôn ra máu nếu giãn tĩnh mạch đường tiêu hóa. Ngoài ra có thể xuất huyết ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Đánh giá lâm sàng chảy máu mũi và nhanh chóng cầm máu:

- Chảy máu ra lỗ mũi trước hoặc lỗ mũi sau xuống họng và nhỏ, phun ra ngoài.
- Chảy máu mũi ồ ạt (nặng), hoặc chảy máu mũi mức độ ít (nhẹ).
- Chảy máu mũi một bên hoặc hai bên.

3.1.2. Đánh giá tình trạng mất máu và hồi sức nội khoa:

- Biểu hiện mức độ mất máu theo tình trạng da niêm (nhợt nhạt, tái xanh), mạch (nhanch nhỏ), huyết áp (hạ, kẹt), trạng thái sốc (tái xanh, vã mồ hôi, huyết áp hạ, lơ mơ,...)
- Mức độ máu mất có thể ước lượng qua lượng máu chảy ra từ mũi, khạc máu ra miệng, lượng máu nôn ra và dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp).
- Chảy máu mũi chia ra làm 3 mức độ:
 - + Nhẹ: thường chảy ở điểm mạch phía trước, máu đỏ tươi từng giọt ra ngoài.
 - + Vừa: máu đỏ tươi, chảy ra ngoài cửa mũi thành dòng, hoặc chảy xuống họng phải nhổ ra từng ngụm.
 - + Nặng: máu chảy nhiều ảnh hưởng đến tri giác và các dấu hiệu sinh tồn.
- Việc hồi sức nội khoa được thực hiện tùy theo tình trạng máu mất từ theo dõi cho đến truyền máu (trường hợp mất máu nặng).

3.1.3. Phân loại lượng máu mất:

(Advanced trauma Life Support Instructor Manual 2015)

	Loại I	Loại II	Loại III	Loại IV
Lượng máu mất (ml)	<750	<750-1500	1500-2000	>2000
Lượng máu mất (%)	<15	15-30	30-40	>40
Nhịp mạch (lần/phút)	<100	100-120	120-140	>140
Huyết áp	BT	BT	Giảm	Giảm
Áp suất thành mạch (mmHg)	BT hoặc tăng	Giảm	Giảm	Giảm
Nhịp thở (lần/phút)	14-20	20-30	30-40	>40
Lượng nước tiểu (ml/g)	>30	20-30	5-15	Bỏ qua được
Tình trạng tâm thần	Hơi lo lắng	Lo lắng nhẹ	Lo lắng, hốt hoảng	Hốt hoảng, hôn mê

3.1.4. Xác định vị trí chảy máu:

Xác định tình trạng chảy máu có ý nghĩa quan trọng trong xử trí tại chỗ chảy máu mũi:

- Chảy máu từ trước cửa mũi: thường gặp nhất là chảy máu điểm mạch Kisselbach, có thể từ phần trước cuốn mũi dưới.
- Chảy máu từ phần sau của mũi: thường gặp nhất là ở phía sau của khe mũi dưới (do các nhánh của động mạch hàm).
- Ngoài ra còn thấy chảy máu ở phần cao giữa vách ngăn và cuốn mũi giữa (do động mạch sàng trước).

- Chảy máu từ các vị trí khác:
- + Máu có thể từ các xoang cạnh mũi sau chấn thương xoang hoặc các khối u.
- + Xuất huyết toàn bộ niêm mạc mũi ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch xuất huyết di truyền hay loạn sản máu.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, xét nghiệm đông máu toàn bộ, chức năng gan (AST, ALT).
- Nội soi mũi xoang nếu được để xác định vị trí chảy máu.
- CT scan mũi xoang.
- DSA và tắc mạch: trong trường hợp u xơ vòm hoặc chảy máu mũi tái phát mức độ nặng.

3.2.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

3.2.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4. ĐIỀU TRỊ

4.1.Điều trị tại chỗ

Áp dụng một trong các phương pháp sau tùy vị trí, mức độ chảy máu:

- Bóp cánh mũi hai bên khoảng 3-5 phút.
- Nhét meche mũi trước qua nội soi
- Đặt sonde foley mũi sau.

4.2. Ngoại khoa: khi cầm máu tại chỗ thất bại. Tùy thuộc vào vị trí, mức độ chảy máu, có thể lựa chọn phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp:

Nội soi kiểm tra đốt cầm máu bằng monolar, bibolar, Coblator dưới gây tê hoặc gây mê tại phòng phẫu thuật : đa số các trường hợp chảy máu mũi.

4.3. Nội khoa

4.3.1. Hồi sức

- Theo dõi tình trạng chảy máu mũi, da niêm, mạch, huyết áp, tri giác,...
- Truyền dịch NaCl 09%
- Truyền máu khi:
 - + Hct < 25%.
 - + Hoặc trường hợp bệnh nhân mất máu cấp lượng nhiều (công thức máu chưa đánh giá chính xác mức độ mất máu) có dấu hiệu mất máu nặng trên lâm sàng như: da xanh, niêm nhợt, mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp kẹt, vật vã, lơ mơ,...

4.3.2. Thuốc:

- Kháng sinh:
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin + Acid clavulanic 1g đường uống
 - + Nhóm Cephalosporin Thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolid: đường uống
 - + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
- Kháng viêm:
 - + Steroid
 - + Non- Steroid
 - + Kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng Histamine
- Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)
- Nhỏ nước muối liên tục vào mèche mũi sau mổ.
- *Thuốc cầm máu* (tiêm tĩnh mạch hoặc uống): dùng khi chảy máu mũi nhiều, hoặc tái phát.
- Tranexamic acid 250mg/2ml 1-2 lọ x 1-2 lần/ngày, hoặc viên 0,5g 1 viên x 2 lần/ngày
- *An thần*: khi bệnh nhân lo lắng, khó ngủ và không có chống chỉ định. Diazepam 5mg 1 viên/ngày.

4.3.3. Điều trị các bệnh lý toàn thân: gây chảy máu kèm theo (nếu có) như: cao huyết áp, bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh lý gan,...

- Theo dõi tình trạng chảy máu mũi, đi cầu (chảy máu nhiều), da niêm, dấu sinh hiệu, tri giác.
- Xét nghiệm lại công thức máu mỗi 1-2 ngày đối với trường hợp mất máu nặng.
- Bệnh nhân nằm viện theo dõi 2-3 ngày, nếu không chảy máu mũi -> xuất viện.
- Những bệnh nhân có Hct < 25%, sau khi truyền máu phải thử lại Hct > 29% mới được xuất viện.

4.3.4. Thuốc sau khi ra viện: cấp toa 5 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxicilline/acidclavulanic, amoxicilline/Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- **Kháng viêm:**

+ Steroid: đường uống

+ Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- **Giảm đau** Paracetamol: đường uống

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

4.3.5 Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).

- **Kháng viêm:**

+ Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

+ Enzyme: Alphachymotrypsine

- **Giảm đau: Paracetamol**

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng tốt xấu còn tùy thuộc vào nguyên nhân gây chảy máu mũi, mức độ chảy máu mũi, vị trí chảy máu mũi, tổng trạng của người bệnh.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Hạn chế ngoáy mũi quá nhiều, quá mạnh hoặc tác động tiêu cực đến mũi, vùng mặt.

- Điều trị tốt các bệnh lý toàn thân đi kèm gây chảy máu mũi.

- Khi thời tiết khô hanh, nóng, cần đeo khẩu trang bảo vệ mũi.

- Không nên ngồi điều hòa quá lâu, cần thường xuyên thay đổi không khí sinh hoạt và làm việc.

- Thường xuyên vệ sinh mũi bằng nước muối sinh lý, vệ sinh mũi đúng cách.

- Ăn uống đủ chất, đặc biệt là bổ sung đầy đủ vitamin C.

7. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị.

- Điều trị tích cực bằng nhiều phương pháp khác nhau nhưng bệnh vẫn còn chảy máu./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitis: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

PHẦN TAI-XƯƠNG CHŨM

H65.3.VIÊM TAI GIỮA TIẾT NHẦY MẠN

H72.8. THŨNG MÀNG NHỄ KHÁC

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.
- Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn.
- Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi. Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.
- Các yếu tố thuận lợi: cấu trúc xương chũm loại có thông bào nhiều, độc tố của vi khuẩn nhất là streptococcus hemolytique, neumococcus 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

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

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

3.1.1.3. 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 hoá... 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 đau đầu, ù tai và chóng mặt. Trong một số trường hợp có thể thấy dấu hiệu xuất ngoại mạt trong xương chũm. Mạt ngoài xương chũm, sau tai, vùng thái dương- gò má, trong bao cơ ức- đòn chũm (thể Bezold)...

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai : mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nham nhở, đáy hòm nhĩ bần, có thể có polype ở hòm nhĩ.

- Cây 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 toả ra bên ngoài tai giữa.
- Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhầy, mủ...) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.
- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.
- Nếu không có chuyên khoa nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.
- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

4.2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc oxy già 6 - 10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.
- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Polydexa, ciplox, 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 toàn thân có thể sử dụng được: amoxycilline/ acidclavulanic; cephalosporine thế hệ I, II, III; quinolone, macrolide.
- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh VTG.
- Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu...

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 bảo thượng nhĩ hoặc tạo hình tai giữa, 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 nhầy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.

- VTG mạn tính mũ 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 hoá màng nhĩ và niêm mạc tai giữa (tympanosclerosis).
- Chuỗi xương con bị phá huỷ 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 ở cả hai tai.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

7.1. Nội Trú:

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
- + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
- + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.

- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng Histamine.

- **Thuốc hỗ trợ:** Chống chóng mặt, chống nôn ói, vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống
- + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .
- + Enzyme: Alphachymotrypsine

- **Giảm đau: Paracetamol**

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Chống chóng mặt, chống nôn ói, vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính như viêm mũi họng, viêm V.A, sâu răng...

- Khi đã bị viêm tai giữa cấp tính 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.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

H70.1. VIÊM XƯƠNG CHŨM MẠN

H72.8. THŨNG MÀNG NHĨ KHÁC

1. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm tai xương chũm mạn tính thủng nhĩ (VTXCMTTN) không có cholesteatoma là viêm tai giữa mạn tính có thủng màng nhĩ và biểu hiện tình trạng viêm niêm mạc tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào) trong hòm tai không có biểu mô Malpighi sừng hoá.

- Viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ vi khuẩn từ tai giữa lan vào các thông bào chũm dẫn đến tắc nghẽn đường thông giữa các thông bào chũm gây ứ đọng, tắc nghẽn kéo dài và dẫn đến bệnh lý niêm mạc hay mô hạt viêm trong tai giữa và xương chũm gây ra tình trạng chảy tai kéo dài mặc dù đã điều trị nội khoa tích cực. Viêm xương chũm mạn tính có thể dẫn đến xơ hệ thống thông bào chũm.

- Bệnh lý này có thể gặp ở mọi lứa tuổi, bệnh nhân thường đến bệnh viện vì triệu chứng chảy mủ tai kéo dài.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm tai giữa mủ cấp không được theo dõi và điều trị tốt hoặc viêm tai giữa cấp thể hoại tử

- Viêm tai xương chũm mạn tính thủng nhĩ (VTXCMTTN) không có cholesteatoma thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm.

- Viêm tai xương chũm mạn tính thủng nhĩ hải nhi thường xảy ra vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn, sào đạo ngắn vì vậy đường thông từ hòm nhĩ sang sào bào rất ngắn nên khi bị viêm tai giữa sào bào rất dễ bị phản ứng dẫn đến viêm xương chũm thủng nhĩ.

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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Lâm sàng

- Toàn thân: Thường không có gì thay đổi, có thể thỉnh thoảng nhức đầu. Nếu có đợt hội viêm thì có hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn...

- Chảy mủ tai kéo dài là triệu chứng cơ bản:

+ Có thể chảy nhiều hoặc ít nhưng không bao giờ hết hẳn.

+ Mủ thường đặc, lờn nhón có màu vàng, xanh, hay nâu bẩn, có khi lẫn máu (thường do polyp).

- Nghe kém:

- + Là triệu chứng luôn luôn có.
- + Ngày càng tăng, mức độ tùy theo bệnh tính ở tai.
- + Lúc đầu nghe kém dần truyền sau nghe kém hỗn hợp.
- + Thường kèm theo ù tai.
- Đau tai ít thấy, thường chỉ gặp trong các đợt hội viêm
- Khám tai: lỗ thủng màng nhĩ, hay polyp hòm nhĩ
- Soi tai: Lỗ thủng màng nhĩ thường rộng, bờ không đều, có thể có mô hạt viêm hay polyp hòm nhĩ.
- Có trường hợp không có phản ứng đau vùng chũm.

3.1.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng
- Chụp X-quang: tư thế (Shuller).
- Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương: Tư thế CORONAL: đánh giá tổn thương từ trước ra sau. Tư thế AXIAL: đánh giá tổn thương từ trên xuống dưới.
- Đo thính lực

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy xương: thường thấy ngay chỗ có mô hạt viêm tại ống tai ngoài
- Viêm ống tai ngoài ác tính (hay gặp ở bệnh nhân suy thận hay đái tháo đường): đau tai kéo dài có thể vài tháng có thể kèm chảy tai hoặc viêm ống tai ngoài mạn tính.

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội thường khó và không hiệu quả nên đa số phải tiến hành phẫu thuật xương chũm (phẫu thuật sào bào thượng nhĩ) làm sạch mô viêm và xương chũm bị viêm để giải quyết tình trạng chảy tai kéo dài. Có thể phối hợp chỉnh hình tai giữa (tạo hình tai giữa), chỉnh hình chuỗi xương con.

4.1. Phẫu thuật

- Lấy sạch bệnh tích.
- Giữ khô hốc mổ.
- Bảo tồn tối đa các cấu trúc tham gia hệ truyền âm của tai.
- Ngăn ngừa và điều trị các biến chứng nếu có.
- Phòng tái phát.

Việc lựa chọn loại phẫu thuật nào phụ thuộc rất nhiều yếu tố: vị trí, tính chất, độ lan tràn của bệnh tích, tình trạng thính lực, khả năng theo dõi bệnh nhân sau mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, độ tuổi của bệnh nhân.

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.

- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh viêm tai xương chũm mạn tính. Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v...

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng: Nếu điều trị không kịp thời, có thể dẫn đến thể viêm tai xương chũm xơ nhĩ, cholesterol granuloma và cholesteatoma gây huỷ xương chũm, hay các cấu trúc tai giữa, làm cứng khớp hay gián đoạn xương con.

5.2. Tiến triển: Bệnh không thể tự khỏi, nếu không xử trí kịp thời có thể gây biến chứng nguy hiểm.

5.3. Biến chứng: Có thể dẫn đến các biến chứng trong xương thái dương (viêm đỉnh xương đá, liệt mặt, dò mê nhĩ...) hay biến chứng nội sọ (áp xe não, viêm não, viêm màng não...) nếu bệnh tiến triển nặng.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT TAI

7.1. Nội Trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng Histamine.

- **Thuốc hỗ trợ:** Chóng mặt, chóng nôn ói, vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxicilline/acidclavulanic, amoxicilline/Sulbactam); Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg
- Giảm đau Paracetamol: đường uống

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

- + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .
- + Enzyme: Alphachymotrypsine

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng Histamine (Khi cần):

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phải tích cực phòng bệnh viêm tai giữa cấp tính và mạn tính
- Khi đã bị viêm tai giữa cấp tính 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.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

H70.1. VIÊM XƯƠNG CHŨM MẠN
[VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM MẠN CHOLESTEATOMA CỦA TAI GIỮA].
H72.1. THŨNG MÀNG NHĨ Ở VỊ TRÍ THƯỢNG NHĨ
[THŨNG MÀNG NHĨ CÓ CHOLESTEATOMA]

1. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm tai xương chũm mạn tính thủng nhĩ (VTXCMTTN) có cholesteatoma là viêm tai giữa mạn tính biểu hiện tình trạng viêm niêm mạc tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào) trong hòm tai có biểu mô Malpighi sừng hoá kèm thủng màng nhĩ.
- Viêm tai xương chũm mạn tính thủng nhĩ có cholesteatoma là loại bệnh tích đặc biệt cần phải lưu ý đến vì:
 - + Có đặc tính phát triển, ăn mòn, phá huỷ các thành phần của tai giữa và các cấu trúc lân cận nhanh và mạnh nên làm giảm sức nghe rõ rệt và dễ đưa tới biến chứng.
 - + Đặc biệt ở nước ta gặp với tỉ lệ cao trong các trường hợp viêm tai giữa mạn tính.

2. NGUYÊN NHÂN

- Đa số các nhà nghiên cứu thừa nhận thuyết hình thành khối cholesteatoma là do quá trình dị nhập của lớp biểu bì ống tai và màng nhĩ vào trong hòm tai qua lỗ thủng hay túi co kéo hình thành trong quá trình viêm tai.
- Khối cholesteatoma phát triển như một khối u bọc, bên ngoài là một lớp màng với túi biểu mô có khả năng tiết chế các men gây ra hiện tượng ăn mòn và phá huỷ xương xung quanh và một lớp màng đáy có màu sáng óng ánh. Bên trong là một khối mềm, trắng như bã đậu bao gồm các tế bào biểu mô lẫn với các tế bào mỡ và các tinh thể cholesterin.
- Ban đầu khối cholesteatoma có kích thước nhỏ, có hình ảnh u bọc như đã được mô tả ở phần trên. Khi phát triển khối này vỡ ra dưới áp lực của các thành phần bên trong và bị nhiễm trùng khiến có biểu hiện xuất tiết ra ngoài chất bẩn lờn nhờn như chất bã đậu và có mùi thối khắm.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Toàn thân

- Thường không có gì thay đổi, có thể thỉnh thoảng nhức đầu.
- Nếu có đợt hội viêm thì có hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn...

3.1.1.2. Cơ năng

- Đau tai:

- + Trong VTXCMTTN có cholesteatoma thường không có đau tai, bệnh nhân chỉ có cảm giác nặng hay váng đầu.
- + Nếu mũ tích lại ở giai đoạn hồi viêm: bệnh nhân có nhức đầu.
- + Triệu chứng đau nhức có giá trị báo hiệu nhất là khi có kèm theo chóng mặt, mắt thăng bằng.
- Nghe kém:
 - + Là triệu chứng luôn luôn có.
 - + Rõ rệt cả trong trường hợp lỗ thủng nhỏ.
 - + Ngày càng tăng khi bệnh kéo dài.
 - + Lúc đầu nghe kém dần truyền sau nghe kém hỗn hợp.
 - + Thường kèm theo ù tai.

Chảy mủ tai: có thể chảy nhiều hoặc ít nhưng bao giờ cũng có mùi thối khắm.

3.1.1.3. Thực thể

Có trường hợp không có phản ứng đau vùng chũm.

- Mủ tai:

- + Mủ thối khắm.
- + Lở nhón, trắng như bã đậu.
- + Có các mảnh trắng, sáng óng ánh như xà cừ, khi thả vào nước không tan, nổi váng óng ánh như váng mỡ, thả vào dung dịch aldehyt acetic sẽ biến thành màu xanh.

- Soi tai:

- Lỗ thủng màng nhĩ:

+ Thủng góc sau trên hoặc lỗ thủng nhỏ ở màng chũm, tường thượng nhĩ và thanh sau ống tai xương có thể bị ăn mòn, bộc lộ đầu xương búa, xương đe, khớp đe đập, xương bàn đập. Miệng lỗ thủng thường có biểu bì ứ đọng, lấy sạch biểu bì thấy niêm mạc đáy nhĩ viêm sùi tạo nụ hạt. Đôi khi có polyp ở thượng nhĩ hoặc góc sau trên che khuất lỗ thủng.

+ Thủng rộng ở màng căng hoặc toàn bộ. Bờ lỗ thủng sát khung xương nhám nhở.

- + Đáy có lớp màng trắng óng ánh.
- + Niêm mạc hòm nhĩ dày sùi thành tổ chức hạt, có mũ.
- + Tìm dấu hiệu rò mê nhĩ: gây áp lực ở ống tai ngoài gây chóng mặt hoặc động mắt.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai.

- Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương

- + Tư thế CORONAL: đánh giá tổn thương từ trước ra sau.
- + Tư thế AXIAL: đánh giá tổn thương từ trên xuống dưới.

- Phim CT Scanner: hình ảnh mất tường thượng nhĩ, sào bào mở rộng trong chứa đầy tổ chức viêm, tổn thương ống Fallope, ống bán khuyên, trần sào bào, tiêu hủy xương con.

- Đo thính lực

- Soi mảnh biểu bì nhuộm Procarmin dưới kính hiển vi: phát hiện cấu trúc màng mái.

- Phản ứng hóa học với Aldehyt aetic: chuyển màu xanh dương.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

3.2.1. Thể kinh điển

- Người lớn: quá trình viêm kéo dài, xương đặc ngà, khối cholesteatoma.

- Trẻ em: khối cholesteatoma lan nhanh vì xương chũm đang trong giai đoạn phát triển (choles thể way-off).

3.2.2. Thể khu trú

- Cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ.

- Cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ- nhĩ.

3.2.3. Thể theo tính chất của cholesteatoma

- Cholesteatoma ướt:

+ Thường gặp nhất, hay gây hồi viêm.

+ Khối Cholesteatoma ăn thông với ổ viêm xương có mũ, vỏ bọc ngoài có mũ, mùi rất thối.

- Cholesteatoma khô:

+ Thường khu trú ở thượng nhĩ, lỗ thủng màng chũm, chảy mũ tai ít.

+ Khối Cholesteatoma ăn thông với bên ngoài qua lỗ thủng màng nhĩ, vỏ bao ngoài còn nguyên vẹn trừ phần gần lỗ thủng.

3.2.4. Thể hiếm gặp

- Cholesteatoma ống tai ngoài.

- Cholesteatoma nguyên phát.

- Cholesteatoma iatrogen.

4. ĐIỀU TRỊ

Cholesteatoma phá hủy xương nhanh và mạnh, dễ đưa đến các biến chứng, giảm sức nghe rõ rệt, nên việc điều trị ngoại khoa là chính, điều trị nội khoa là hỗ trợ.

Tất cả các bệnh nhân có viêm tai giữa mạn tính có Cholesteatoma đều phải được thăm khám thường xuyên và lâu dài.

4.1. Phẫu thuật

- Lấy sạch bệnh tích.

- Giữ khô hốc mô.

- Bảo tồn tối đa các cấu trúc tham gia hệ truyền âm của tai.

- Ngăn ngừa và điều trị các biến chứng nếu có.

- Phòng tái phát.

Việc lựa chọn loại phẫu thuật nào phụ thuộc rất nhiều yếu tố: vị trí, tính chất, độ lan tràn của bệnh tích, tình trạng thính lực, khả năng theo dõi bệnh nhân sau mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, độ tuổi của bệnh nhân.

4.1.2. Phương pháp:

4.1.2.1. Phẫu thuật kín: giữ lại thành sau ống tai xương.

4.1.2.2. Phẫu thuật hở: phá thành sau ống tai xương.

- Cách phân loại khác:

+ Khoét rộng đá chũm toàn phần.

+ Khoét rộng đá chũm bán phần.

+ Phẫu thuật tiết căn xương chũm cải biên.

+ Phẫu thuật tiết căn xương chũm: khối Cholesteatoma lớn, lan rộng trên xương chũm quá thông bào.

Tiêu chuẩn hốc mỡ tiết căn:

- Hạ thấp tường dây VII đảm bảo đáy sào bào cao hơn sàn ống tai.

- Chính hình cửa tai đủ rộng đảm bảo tỉ lệ Va/S.

- Đảm bảo chức năng vòi tai, lót hốc mỡ bằng cân cơ tránh chảy dịch về sau

- Thu hẹp diện tích hốc mỡ (do lớp biểu mô phát triển nhanh hơn tổ chức dưới niêm mạc, mạch máu phát triển không đủ để nuôi dưỡng lớp biểu mô dẫn đến hoại tử, bong lớp biểu mô).

- Trường hợp Cholesteatoma túi khu trú ở thượng nhĩ hoặc lan vào sào đạo nhưng chưa vào sào bào hoặc xuống trung nhĩ có thể nội soi bóc Cholesteatoma.

- Bên cạnh các phẫu thuật trên có thể kết hợp chỉnh hình tai giữa tái tạo màng tai hoặc chuỗi xương con một thì hoặc hai thì.

4.2. Điều trị nội khoa

- Làm thuốc tai hằng ngày

- Kháng sinh, kháng viêm

-Cung cấp đủ dinh dưỡng.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng: dựa vào:

- Vị trí: Cholesteatoma khu trú ở hòm nhĩ nguy hiểm hơn.

- Tính chất: Cholesteatoma thể ướt nguy hiểm hơn, lan nhanh hơn thể khô.

5.2. Tiên triển:

Bệnh không thể tự khỏi, nếu không xử trí kịp thời có thể gây biến chứng nguy hiểm.

5.3. Biến chứng

- Hồi viêm: thường xuất hiện, là bước đệm để phát sinh các bước nặng nề khác.

- Nội soi: viêm màng não, áp xe não.

- Thần kinh: viêm mê nhĩ, liệt mặt.

- Xương: viêm xương đá, cốt tủy viêm xương kế cận.

- Xuất ngoại.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1 Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT TAI

7.1. Nội Trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
- + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
- + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng Histamine.

- Thuốc hỗ trợ: Chống chóng mặt, chống nôn ói, vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- Kháng viêm:

+ Steroid: đường uống

+ Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg

- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxicilline+ acidclavulanic, amoxicilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycin).

- Kháng viêm:

+ Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .

+ Enzyme: Alphachymotrypsine

- **Giảm đau: Paracetamol**

- **Kháng Histamine (Khi cần):**

- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phải tích cực phòng bệnh viêm tai giữa cấp tính và mạn tính

- Khi đã bị viêm tai giữa cấp tính 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.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thỉnh học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitis: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

H91.2. ĐİẾC ĐỘT NGỘT KHÔNG RÕ NGUYÊN DO

1. ĐỊNH NGHĨA

- Điếc đột ngột được định nghĩa là nghe kém tiếp nhận trên 30 dB ở 3 tần số liên tiếp và khởi phát trong vòng 3 ngày. Điếc đột ngột là một cấp cứu tai mũi họng. Bệnh có thể diễn biến trong vòng vài giờ đến vài ngày.
- Mức độ điếc và tính chất rất khác nhau, điếc có thể xảy ra một bên tai hoặc cả hai tai, mức độ từ nghe kém nhẹ đến điếc nặng hoàn toàn trên ít nhất ba tần số liên tiếp.
- Tiến triển có thể trở lại bình thường hoặc gần bình thường, nhưng hầu hết là điếc không hồi phục nếu không được điều trị kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN

Một số nguyên nhân hay các yếu tố thuận lợi như: đái tháo đường, bệnh tim mạch, nghiện rượu, tình trạng mệt mỏi, stress, mang thai.... Một số nguyên nhân được biết đến là:

- Nguyên nhân do siêu vi trùng: virus gây quai bị, zona, sởi, cúm.... Tình trạng nhiễm khuẩn đường thở trên cấp tính, có đến 25% người bệnh có thể bị điếc đột ngột, nguyên nhân có thể là do viêm nhiễm mê nhĩ- nội dịch do virus.
- Do tiếng ồn: điếc gây ra do tiếp xúc với tiếng ồn trong một thời gian dài thì diễn ra từ từ, bệnh nhân khó nhận biết, bệnh nhân sẽ nghe kém dần dần. Điếc đột ngột do tiếng ồn là điếc xảy ra ngay lập tức sau khi nghe tiếng ồn, một âm thanh quá to trong một khoảnh khắc hoặc một khoảng thời gian nhất định.
- Sự thay đổi áp lực đột ngột có thể gây rách màng Reissner và gây điếc tức thì.
- U dây VIII: khoảng từ 1-15% bệnh nhân bị u dây VIII có triệu chứng đầu tiên là điếc đột ngột.
- Rò ngoại dịch: các tác nhân gây rò ngoại dịch như chấn thương khí áp, chấn thương ốc tai...có thể dẫn đến điếc đột ngột
- Các nguyên nhân mạch máu: co thắt mạch máu, huyết khối, xuất huyết tai trong, quá kết dính, lắng cặn...
- Điếc tự miễn: điếc tiếp nhận không đối xứng ở hai tai, khởi phát và xấu đi trong vòng vài tuần, có thể kèm theo liệt mặt ngoại biên, xét nghiệm miễn dịch và chẩn đoán điếc tự miễn dịch.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Nghe kém: nghe kém có thể xảy ra đột ngột, tức thì, hoặc diễn biến trong vòng một giờ, một ngày hoặc vài ngày. Nghe kém cả hai tai thường được phát hiện ngay nhưng điếc một bên tai thường gặp hơn, những bệnh nhân này thường đến khá muộn, chỉ được phát hiện tình cờ...
- ù tai: 70-90% bệnh nhân điếc đột có kèm theo ù tai, như ve kêu, như tiếng xay lúa hoặc như còi tàu, nhiều khi ù tai là triệu chứng đầu tiên làm bệnh nhân khó chịu và

phát hiện ra điếc. ù tai có thể kéo dài trong vòng một tháng, tuy nhiên ở một số bệnh nhân ù tai tồn tại lâu dài, kể cả khi sức nghe đã được phục hồi...

- Chóng mặt: 20-40% có biểu hiện chóng mặt, 10% có biểu hiện chóng mặt thoáng qua, chệnh choáng. Chóng mặt có thể từ 4-7 ngày, cá biệt có thể kéo dài vài tuần. Nôn và buồn nôn cũng thường xảy ra nếu chóng mặt nặng.

- Các triệu chứng khác: cảm giác nặng đầu, không phải là cơn đau rõ rệt. Sốt thường gặp ở bệnh nhân bị cảm cúm, viêm đường thở trên cấp tính....

3.2. Cận lâm sàng

- Thính lực đồ: điếc tiếp nhận ít nhất 30 dB ở 3 tần số liên tiếp ở 1 hoặc 2 tai. Thường phân làm bốn loại sau:

+ Nghe kém tần số thấp là chính: thính lực đồ có dạng đi lên, tiến triển và tiên lượng thường tốt.

+ Nghe kém đều cả tần số thấp và cao, thính lực đồ có dạng nằm ngang, tiến triển và tiên lượng không tốt bằng typ 1.

+ Nghe kém tần số cao là chính: thính lực đồ có dạng đi xuống, tiến triển và tiên lượng không tốt lắm.

+ Điếc hoàn toàn hay điếc sâu: thường tiên lượng xấu, loại này nếu không điều trị kịp thời thì không có xu hướng tự khỏi. Nếu điều trị kịp thời có một vài trường hợp khỏi hoàn toàn.

- Nhĩ lượng đồ: thường là dạng A.

- Phản xạ cơ bàn đạp.

- Nội soi tai: để loại trừ tình trạng viêm tai giữa cấp, mạn, viêm tai giữa thanh dịch.

- Đo ABR: thực hiện ngay từ đầu

- X-quang: chụp CT scan, MRI tìm các bệnh lý của xương chũm, các khối u dây VIII, dây VII, u góc cầu tiểu não...

- Các thăm khám tổng thể: mạch, huyết áp, mắt, chuyên khoa tim mạch, nội tiết, các xét nghiệm cholesterol, lipid toàn phần, nghiên cứu về động máu... để phát hiện các bệnh lý toàn thân kèm theo, đôi khi là căn nguyên gây nên điếc đột ngột.

3.3.Chẩn đoán phân biệt:

- Nghe kém do viêm tai giữa thanh dịch, viêm tai giữa cấp, mạn, nút ráy tai...

- Nghe kém do hệ thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não, nhồi máu não, u não chèn ép, u dây VII, dây VIII...

- Nghe kém do chấn thương tai, vỡ xương thái dương.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1.Nguyên tắc điều trị

Điều trị: tùy theo nguyên nhân. Trước hết xác định vị trí tổn thương là ốc tai hay sau ốc tai bằng cách đo ABR.

Điều trị theo nguyên nhân:

- Nguyên nhân co thắt mạch máu.

- Nguyên nhân tăng áp lực nội dịch tai trong.

- Nguyên nhân dò dịch mê đạo.

4.2. Điều trị cụ thể

4.1. Điều trị nội trú theo phác đồ: (Thời gian từ lúc điếc đột ngột đến thời điểm nhập viện < 3 tháng)

a) Điều trị tại chỗ: Tiêm corticoid xuyên nhĩ

- Dexamethasone 4mg/1ml tiêm tai bệnh 0,5ml/ lần/ ngày.

- Tiêu chuẩn tiêm corticoid xuyên nhĩ:

+ Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán điếc đột ngột và có bệnh lý nội khoa đi kèm, không thể sử dụng corticoid đường toàn thân (cao huyết áp, đái tháo đường, viêm dạ dày nặng ...) hay bệnh nhân điếc nặng kém đáp ứng nội khoa trong 5 ngày đầu.

+ Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán điếc đột ngột và có mức độ nghe kém nặng (thính lực trung bình lúc nhập viện > 70 dB)

+ Đồng ý tiêm corticoid xuyên nhĩ

b) Điều trị toàn thân:

- Piracetam 12g (Nootropil, Memotropil...) 1 chai truyền tĩnh mạch 1 lần/ ngày trong 10 ngày

- Flunarizine 5mg (Sibelium, Fluzinstad...) 2v/ ngày (bệnh nhân < 65 tuổi), 1v/ ngày (bệnh nhân > 65 tuổi)

- Omeprazole 20 mg 1v x 2 lần/ ngày (trường hợp có sử dụng corticoid hay có viêm dạ dày đi kèm)

- Corticoid:

+ Ngày 1,2: Methylprednisolone 40 mg (Solumedrol...) 3 lọ/ ngày TM

+ Ngày 3: Methylprednisolone 40 mg (Solumedrol...) 2 lọ/ ngày TM

+ Ngày 4,5: Methylprednisolone 40 mg (Solumedrol...) 1lọ/ ngày TM

+ Ngày 6,7: Prednisone 5mg 8v/ ngày uống

+ Ngày 8: Prednisone 5mg 4v/ ngày uống

+ Ngày 9,10: Prednisone 5mg 2v/ ngày uống

- Có thể thở oxy cao áp. Những trường hợp chống chỉ định thở oxy cao áp:

+ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

+ Tràn khí màng phổi

+ Tiền căn phẫu thuật lồng ngực

+ Đang có tình trạng viêm mũi xoang mãn, cấp.

c) Phác đồ phối hợp vừa tiêm corticoid toàn thân + tiêm corticoid xuyên nhĩ khi:

- Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán điếc đột ngột và có mức độ nghe kém nặng (thính lực trung bình lúc nhập viện > 70 dB)

- Bệnh nhân điếc nặng kém đáp ứng nội khoa trong 5 ngày đầu.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Bệnh lý điếc đột ngột có kết quả điều trị khác biệt rất lớn giữa nhóm bệnh nhân được điều trị sớm và bệnh nhân điều trị muộn. Điều này chỉ ra rằng việc chẩn đoán và điều trị kịp thời có một ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với kết quả điều trị.

5.2. Biện chứng

- Tác dụng phụ của thuốc Corticoid: viêm, loét dạ dày, tăng huyết áp, tăng đường huyết, rối loạn nhịp tim, giảm sức đề kháng, rối loạn nội tiết tố...
- Tác dụng phụ của Piracetam khi dùng liều cao: rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần (kích động, lo lắng, ảo giác...), rối loạn đông máu, mất điều hòa vận động, chóng mặt, rối loạn tiêu hóa...
- Tác dụng phụ của Flunarizine: buồn ngủ, tăng cân, tăng ngon miệng, trầm cảm (chống chỉ định trên những bệnh nhân có tiền sử trầm cảm), triệu chứng ngoại tháp...

6. TIÊU CHẨN VÀO VIỆN

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định điếc đột ngột với biểu hiện triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán.

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Bệnh nhân sau 7-10 ngày điều trị có cải thiện về lâm sàng, tổng trạng ổn định.

8. TIÊU CHUYỂN CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân điếc đột ngột có bệnh lý toàn thân nặng.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Chủ yếu là nghỉ ngơi, thư giãn hợp lý. Tránh thức khuya, làm việc quá sức, tránh tình trạng căng thẳng, stress, có những xúc cảm quá mức.
- Ăn uống, dinh dưỡng đầy đủ chất đề tăng sức đề kháng của cơ thể. Hạn chế các chất kích thích: rượu bia, thuốc lá, cà phê, thức ăn nhiều dầu mỡ...
- Tránh tiếng ồn, những nơi có âm thanh lớn. Không nên đeo tai nghe thường xuyên. Nếu làm việc trong môi trường có tiếng ồn lớn thì phải có những biện pháp che chắn tai phù hợp.
- Tránh gây tổn thương cho tai: không ngoáy tai, đưa vật lạ vào tai, không thay đổi áp lực trong tai đột ngột (không xì mũi quá mạnh, không thay đổi tư thế nhanh, không nên lặn nếu không có đầy đủ thiết bị bảo hộ)
- Nếu có bệnh lý nội khoa: cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch... cần uống thuốc đầy đủ, dinh dưỡng hợp lý theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.

3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitis: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

Q18.1. XOANG VÀ MANG TRƯỚC TAI [DÒ LUÂN NHĨ - ÁP XE DÒ LUÂN NHĨ]

1. ĐỊNH NGHĨA

- Dò luân nhĩ là vùng trước vành tai có một lỗ nhỏ xuất hiện từ khi sinh ra. Đây là một dị tật bẩm sinh, khá phổ biến. Trong đường dò được lót bởi biểu mô vảy bao quanh bởi mô liên kết với bằng chứng của viêm mạn tính. Nó có chiều dài biến đổi, có thể quanh co hoặc phân nhiều nhánh.

- Dò trước tai là bất thường bẩm sinh nằm trong hoặc phía trước phần lên của gò luân nhĩ, nó có thể tiết ra các mảnh sừng, bệnh thường bị bên phải nhưng cũng có thể bị cả 2 bên. Bệnh có thể di truyền theo gen trội không hoàn toàn và có thể liên quan đến hội chứng branchio-oto-renal syndrome (là một bệnh di truyền nhiễm sắc thể định hình thể trội liên quan đến dị dạng tai (40%), điếc và loạn sản thận.

- Phần lớn dò luân nhĩ không gây triệu chứng khó chịu gì, một số có chảy dịch hôi qua lỗ dò, viêm nhiễm hay apxe hóa.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vành tai ngoài được hình thành từ 6 nụ tai. Nụ 1-3 hình thành từ cung mang thứ nhất, nụ 4-6 hình thành từ cung mang thứ hai. Ống tai ngoài hình thành từ khe mang thứ nhất. Những nụ thịt không sáp nhập hoàn toàn để lại xoang giữa chúng.

- Thường gặp nhất là giữa nắp bình tai và rãnh luân nhĩ hoặc giữa luân nhĩ và đối luân nhĩ. Nó cũng được giả định rằng nguyên nhân từ quá trình gấp vào của ngoại bì hình thành vành tai. Sự phát triển bất thường của nụ tai 1-3 cũng có thể gây ra nụ thừa trước tai.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Dò bẩm sinh trước tai bình thường khô ráo, không có triệu chứng gì, nhưng đến khi đường dò chứa một chất nhầy đặc màu kem có mùi hôi thối mà chúng ta có thể nặn ra được. Thỉnh thoảng lỗ rò bị tắc và túi dò bị nhiễm trùng và gây áp xe.

3.1.2. Cận lâm sàng

CT-Scan: cần chẩn đoán phân biệt với dò trước tai khác (dò khe mang số 1, rò tuyến nước bọt).

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Một nang trước tai không nên nhầm lẫn với nang khe mang số 1. Chẩn đoán nhầm giữa dò khe mang số 1 và dò trước tai có thể gây nguy hiểm cho dây thần kinh 7 và phẫu thuật lấy đường dò không triệt để.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa:

4.1.2. Tại chỗ: Với những lỗ dò đang trong giai đoạn áp xe rạch dẫn lưu mủ.

4.1.2. Toàn thân: Khi lỗ dò đang trong giai đoạn nhiễm trùng, áp xe. Điều trị kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng histamin....

- Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng viêm:

- + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
- + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
- + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.

- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch

- Kháng Histamine.

- Thuốc hỗ trợ: Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

4.2. Ngoại khoa:

Với những đường dò ổn định không viêm. Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường dò luân hồi bẩm sinh. Đối với đường dò đang bị nhiễm trùng hay bị áp xe cần điều trị hết nhiễm trùng sau đó mới phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ đường dò.

4.2.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4.2.3. Chỉ định

Các loại dò luân nhĩ đã điều trị viêm tấy hoặc rạch apxe dò luân nhĩ trước đây, chảy dịch hôi từ lỗ dò.

4.2.4. Chống chỉ định

- Đường dò bẩm sinh đang viêm tấy, áp xe: nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy đường dò.
- Các chống chỉ định phẫu thuật : Bệnh lý nội khoa nặng, bệnh lý về máu....

4.2.5. Theo dõi và chăm sóc:

- Theo dõi và thay băng mỗi ngày. Cắt chỉ sau 5-7 ngày.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Mặc dù phẫu thuật lấy đường dò trước tai là phẫu thuật nhỏ nhưng tái phát vẫn thường xảy ra nếu không lấy bỏ hoàn toàn đường dò. Phẫu thuật được chỉ định khi đường dò bị viêm tái phát hoặc áp xe. Khi bị áp xe cần chọc hút và điều trị đầy đủ bằng kháng sinh trước khi lên kế hoạch phẫu thuật.

5.2. Biến chứng

Trong phẫu thuật: có thể tổn thương động mạch thái dương nông.

Sau phẫu thuật:

- + Chảy máu
- + Nhiễm trùng vết mổ
- + Viêm sụn vành tai

6. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

Bệnh có lỗ dò trước tai từ nhỏ có thể kèm theo chảy dịch hôi hoặc đang bị áp xe dò luân nhĩ cần nhập viện rạch áp xe.

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh áp xe dò luân nhĩ khi đã rạch áp xe và điều trị toàn thân đủ thời gian từ 5-10 ngày.
- Các triệu chứng lâm sàng đã giảm hẳn, các biến chứng không còn.
- Dò luân nhĩ đã phẫu thuật lấy toàn bộ đường dò luân nhĩ vết mổ khô, không dấu hiệu nhiễm trùng.

8. TIÊU CHUYỂN CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị hoặc có biến chứng lan vào các cơ quan lân cận.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Sau phẫu thuật lấy toàn bộ đường dò nên hạn chế viêm nhiễm nhằm giảm tái phát áp xe dò luân nhĩ.
- Khi bị áp xe nên đến điều trị sớm tại Bệnh viện chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

G51.0. LIỆT BELL

[LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN]

1. ĐỊNH NGHĨA

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, mà nguyên nhân của nó là do tổn thương dây thần kinh mặt, trái ngược với liệt mặt trung ương là tổn thương liên quan đến não.

2. NGUYÊN NHÂN

- Dây thần kinh mặt có đường đi phức tạp từ hệ thống thần kinh trung ương qua xương thái dương và tuyến mang tai, trước khi đảm bảo phân bố thần kinh cho các cơ ở vùng mặt. Do vậy, tổn thương vận động của nửa mặt có nhiều nguyên nhân, hoặc ở nhân của thân não, ở dây VII trong góc cầu tiểu não, ở xương đá hay tuyến mang tai.

- Các nguyên nhân chính của liệt mặt ngoại biên được đưa ra như:

- + Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell)
- + Zona hạch gối
- + Nhiễm khuẩn tai giữa biến chứng
- + Chấn thương (do phẫu thuật, vỡ xương thái dương)
- + U dây thần kinh mặt
- + U tuyến mang tai
- + Sarcoidose, bệnh đa thần kinh, xơ cứng rải rác

- Hay gặp nhất là liệt mặt Bell, chiếm tỉ lệ khoảng 11/1000, có thể liên quan đến sự tấn công của virus lên dây thần kinh mặt làm cho dây mặt bị viêm. Đa số các liệt mặt Bell đều phục hồi hoàn toàn trong khoảng 6 tháng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng. Dù nguyên nhân nào, trước một trường hợp liệt mặt ngoại biên, cần hỏi bệnh và thăm khám tỉ mỉ để xác định mức độ liệt mặt và định khu tổn thương.

- Hỏi bệnh đóng vai trò quan trọng, cho phép gợi ý chẩn đoán và đôi khi khu trú vị trí tổn thương như: cách xuất hiện liệt mặt cũng như các triệu chứng đi kèm: chảy tai, chấn thương, rối loạn vị giác, giảm tiết nước mắt.

3.1.1. Lâm sàng

- Nhìn bình thường: hai bên mặt không cân đối, các cơ mặt bị kéo về bên lành, nhân trung bị kéo lệch về bên lành. Nửa mặt bên bệnh bất động và nhẽo (giảm trương lực cơ), mắt nếp nhăn trán và nếp nhăn khóe mắt, lông mày hơi sụp xuống, má hơi xệ, rãnh mũi - má mờ, góc mép miệng bị xệ xuống, tai hình như thấp xuống. Tuy nhiên,

trong giai đoạn muộn có nhiều trường hợp mắt bệnh nhân khi không cử động nhìn thấy mắt vẫn cân đối, chỉ khi cử động mới thấy mất cân đối do cơ bên liệt bị co cứng.

- Nhìn khi bệnh nhân cử động: mắt và mắt mắt cân đối rõ rệt hơn.

- Bên bệnh không nhắm trán được, mắt không nhắm kín (dấu hiệu hở mi), không làm được động tác nhe răng, phồng má, mím môi, huýt sáo, thổi lửa, chau mày.

- Dấu hiệu Charles - Bell dương tính: biểu hiện là khi bệnh nhân nhắm mắt chủ động, mắt bên liệt nhắm không kín, nhãn cầu vận động lên trên và ra ngoài (khi đó giác mạc lún dưới mi trên, củng mạc trắng lộ rõ giữa hai khe mi).

- Dấu hiệu Negro: khi bệnh nhân ngược mắt nhìn lên trên, đồng tử bên tổn thương ở vị trí cao hơn bên lành.

- Dấu hiệu Souques: trong khi nhắm hai mắt thì mắt bên bệnh nhắm không được chặt, lông mi của bên bệnh còn thò ra ngoài dài hơn bên lành.

- Dấu hiệu Pierre Marie - Foix: phát hiện liệt mặt trong trường hợp bệnh nhân hôn mê. Thầy thuốc ấn mạnh vào hai góc hàm hoặc giạt tóc mai của bệnh nhân, bệnh nhân sẽ nhắm mắt, khi đó nửa mặt bên lành sẽ co, còn bên liệt không có phản ứng gì.

- Thăm khám khác:

+ Khám tai: tìm các nốt phồng vùng cửa tai, chảy tai và tình trạng màng nhĩ cho phép hướng chẩn đoán nguyên nhân.

+ Khám họng và cổ: sờ cổ mặt và khám họng để loại trừ khối u tuyến mang tai.

+ Khám thần kinh: tìm các tổn thương dây thần kinh sọ phối hợp khác.

3.1.2. Cận lâm sàng: Giúp cho nghiên cứu định khu của tổn thương, theo dõi tiến triển cũng như tìm nguyên nhân của liệt mặt.

- Nghiên cứu định khu tổn thương: Thực tế, dây VII không những bao gồm các sợi vận động cho các cơ của mặt mà còn có các sợi cảm giác đảm bảo phân bố thần kinh cảm giác cho vùng Ramsay - Hunt, các sợi thần kinh giác quan làm nhiệm vụ vị giác cho phần trước của lưỡi và các sợi thần kinh thực vật chi phối tiết nước mắt, tiết dịch của tuyến dưới hàm, dưới lưỡi. Dựa vào sự thoát ra của các sợi thần kinh khác nhau này có thể khu trú vị trí tổn thương. Hai thăm dò được sử dụng nhiều nhất, đó là: Test tiết nước mắt của Schirmer: đo tiết nước mắt gây ra do ngửi mùi amoniac. Giảm tiết nước mắt phản xạ trên 30% so với bên lành, biểu hiện tổn thương ở trên đoạn hạch gối. Nghiên cứu phản xạ xương bàn đạp: bằng cách đo trở kháng, biến mất phản xạ bảo vệ tai trong là tổn thương trên chỗ thoát ra của cơ bàn đạp. Ngoài ra, còn có các test: đo tiết nước bọt (test Blatt) và đo điện vị giác. Test dương tính biểu hiện tổn thương ở trên chỗ thoát ra của dây thừng nhĩ.

- Nghiên cứu tiến triển: ngoài theo dõi các triệu chứng lâm sàng, test điện và phản xạ bàn đạp có thể giúp cho theo dõi quá trình tiến triển.

- Test điện: có giá trị đặc biệt trong các trường hợp nặng, cho phép phân biệt hai loại tổn thương:

+ Tổn thương myeline đơn thuần với nghẽn dẫn truyền ở phía trên và tiên lượng tốt.

+ Tổn thương sợi trục có thể hoàn toàn với phục hồi lâu hơn ngay cả không hoàn toàn hoặc không phục hồi tùy theo số sợi bị tổn thương.

- Các xét nghiệm khác:

+ Công thức máu

+ Đường máu

+ Máu lắng

- Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng, có thể chỉ định:

+ Chụp cắt lớp (liệt mặt liên quan đến chấn thương, viêm tai...).

+ Chụp cộng hưởng từ (đánh giá tình trạng dây mắt và não).

3.2.Chẩn đoán phân biệt

- Liệt mặt có nguồn gốc trung ương: thường dễ dàng loại trừ vì chủ yếu liệt ở nửa mặt dưới và phối hợp với các tổn thương của hệ tháp (thiếu hụt vận động cùng bên trong trường hợp tổn thương vỏ não và dưới vỏ, với mức độ thay đổi, thất ngôn, rối loạn cảm giác.).

- Liệt mặt nguồn gốc tại nhân: do tổn thương ở thân não và tương ứng với tổn thương nhân vận động và vùng lân cận của bó dưới - cầu. Lâm sàng biểu hiện liệt mặt kiểu ngoại biên, nhưng có phối hợp với các dấu hiệu khác của tổn thương hành - cầu (liệt mặt, liệt dây VI cùng bên tổn thương và liệt nửa người đối bên). Liệt mặt nguồn gốc tại nhân này có thể do tổn thương nhiễm trùng (giang mai, uốn ván, bại liệt), khối u (gliome) hoặc do mạch máu (nhất là nhuyễn cầu não).

- Thiếu hụt vận động, nói chung là cân xứng, có thể thứ phát sau:

+ Bệnh lý cơ.

+ Nghẽn thần kinh - cơ của nhược cơ.

- Bệnh collagen như xơ cứng bì, viêm da cơ có thể cho vẻ mặt bất động với thay đổi màu sắc da và tổ chức dưới da.

- Mất cân xứng mặt bẩm sinh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1.Nguyên tắc điều trị

Hướng xử trí liệt mặt tùy thuộc vào bệnh nguyên. Trước tiên, phải đảm bảo bệnh nhân liệt mặt không liên quan đến tai biến mạch máu não. Tiếp theo, cần tiến hành khám nội soi tai để phát hiện các bệnh lý tai gây liệt mặt. Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell) là chẩn đoán loại trừ.

4.2.Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

Trước một trường hợp liệt mặt do bệnh lý thần kinh (Liệt mặt Bell): điều trị nội khoa là chủ yếu với mục đích giảm phù nề chèn ép trong ống xương và chống thiếu máu.

- Trước tiên là dùng corticoid sớm, liều cao (1mg prednisolon /kg) sau khi đã loại trừ các chống chỉ định (SoluMedrol 40mg, Hydrocortison 100mg, Dexamethasone 4mg...)
- Ngoài ra có thể dùng các thuốc chống virus đặc biệt cho những trường hợp có bệnh cảnh nhiễm virus hay đau vùng sau tai, rối loạn cảm giác vùng mặt. Sử dụng các thuốc kháng virus herpes simplex (valacyclovir 1 g trong khoảng từ 7 đến 10 ngày, famciclovir 500 mg peptide trong 5 đến 10 ngày, acyclovir 400 mg ngày 5 lần / ngày trong 10 ngày).
- Dùng các thuốc giãn mạch, tăng biên dạng hồng cầu: cavinton, nootropin, vincamin, fonzilan...
- Bảo vệ dây thần kinh: dùng sinh tố nhóm B liều cao như: neurobion, H-5000, methylcoban.
- Thuốc tăng dẫn truyền thần kinh: nivalin, paralyse.
- Theo dõi và chăm sóc mắt: rất quan trọng, đảm bảo cho giác mạc được phủ kín, tránh viêm giác mạc bằng cách nhỏ thường xuyên nước mắt nhân tạo và băng mắt khi ngủ.
- Các biện pháp không dùng thuốc nên phối hợp với dùng thuốc:

+ Các biện pháp y học cổ truyền: Điện châm các huyệt Ấ phong, Dương bạch, Toàn túc, Tỉnh minh, Ty túc không, Đông tử liêu, Thừa khớp, Nghinh hương, Giáp xa, Địa thương, Nhân trung, Thừa tương cùng bên liệt... Toàn thân châm huyệt Hợp cốc, Phong chí bên đối diện. Cần tránh kích thích quá mức có thể gây co cứng cơ mặt.

+ Các biện pháp vật lý trị liệu: điện di nivalin, hồng ngoại, sóng ngắn, điện xung dòng xung kích thích, xoa bóp.

4.2.2. Ngoại khoa

Nhờ những tiến bộ về vi phẫu tai phát triển trong các năm gần đây, nhiều phẫu thuật phục hồi dây thần kinh như giảm áp, khâu và ghép đoạn được chỉ định cho các trường hợp liệt mặt do các nguyên nhân khác nhau.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Bệnh lý liệt VII ngoại biên, mức độ tổn thương thần kinh quyết định tiên lượng. Nếu một số chức năng vẫn còn, bệnh nhân thường phục hồi hoàn toàn trong vòng vài tháng. Tiến hành các khảo sát dẫn truyền thần kinh và điện cơ để giúp dự đoán kết cục. Khả năng hồi phục hoàn toàn sau khi liệt hoàn toàn là 90% nếu các nhánh thần kinh ở mặt vẫn bảo tồn đáp ứng bình thường đối với kích thích điện cực trên, và chỉ khoảng 20% nếu vắng mặt đáp ứng với các kích thích điện.
- Có thể có sự sai lệch trong phục hồi các sợi thần kinh, phân bố thần kinh vùng mặt dưới thấp hơn với các sợi quanh mắt và ngược lại. Điều này dẫn đến kết quả là sự co cơ không mong đợi trong quá trình chuyển động mặt hữu ý (đồng động), hoặc hiện

tượng tiết nước mắt khi tiết nước bọt. Liệt mặt lan tỏa mạn tính có thể dẫn tới tình trạng co cứng nửa mặt.

5.2. Biến chứng

- Các biến chứng mắt: viêm kết mạc, viêm giác mạc, loét giác mạc, lộn mí. Các biến chứng này có thể phòng tránh bằng nhỏ mắt bảo vệ, đeo kính, khâu sụn mí hoàn toàn hay một phần.

- Đồng vận: biểu hiện cơ cơ không tự chủ phối hợp với các hoạt động tự chủ như mép bị kéo khi nhắm mắt. Thất bại trong điều trị, phục hồi chức năng có thể giảm bớt khó chịu này.

- Co thắt nửa mặt sau liệt mặt: biến chứng này gặp ở các thể nặng do tổn thương thân thần kinh với phân bố lại thân thần kinh một phần.

- Hội chứng nước mắt cá sấu: hiếm gặp, biểu hiện chảy nước mắt khi ăn.

6. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định liệt dây thần kinh VII ngoại biên có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Bệnh nhân sau 5-7 ngày điều trị có cải thiện về lâm sàng, tổng trạng ổn định.

8. TIÊU CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do chấn thương không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc nguyên nhân do u.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phòng bệnh liệt mặt, khi rét tránh mở cửa đột ngột để gió lạnh tạt vào mặt.
- Vào mùa nóng khi ngủ không nên để quạt, máy điều hòa thổi thẳng vào mặt.
- Đối với những người làm việc và học tập ban đêm, không nên ngồi gần cửa sổ để tránh gió lùa. Người già ban đêm không nên ra ngoài. Ngoài ra, cần điều trị sớm và triệt để các nhiễm khuẩn tai, mũi, họng.../.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng, Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

KHOA RĂNG HÀM MẶT

K01.1 – RĂNG MỌC KẾT [RĂNG KHÔN MỌC LỆCH]

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn, làm cho răng không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng.

2. NGUYÊN NHÂN

– Thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm.

– Có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Răng lệch trục
- Răng có thể bị kẹt.
- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận.

3.2. Cận lâm sàng

– Phim X quang: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên; Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang trong trường hợp có khối u hoặc chân răng liên quan với các mốc giải phẫu quan trọng như ống thần kinh răng dưới,....

– Xét nghiệm:

- + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
- + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
- + Định lượng glucose máu/ HbA1C.
- + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Nhớ bỏ càng sớm càng tốt.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

4.2.1.1. Kháng sinh

- Trường hợp chưa có biến chứng:
 - + *Amoxicillin/clavulanate*: uống 2 g trước phẫu thuật 1 giờ
 - + Hoặc *cephalosporins*: uống 2 g trước phẫu thuật 1 giờ
- Trường hợp đã có biến chứng: sử dụng kháng sinh đường uống 5 – 7 ngày
 - + *Amoxicillin/clavulanate*
 - + Hoặc *cephalosporins*
 - + Hoặc *spiramycin*

4.2.1.2. Kháng viêm

- Corticoid: uống 3 – 5 ngày
- Hoặc NSAIDs: uống 3 – 5 ngày

4.2.1.3. Thuốc giảm đau (không dùng chung cùng NSAIDs)

– Paracetamol: 500 – 1000 mg/lần, uống cách 4 – 6 giờ, liều tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

- Hoặc paracetamol 325 mg + tramadol 37,5 mg uống 1 viên x 2 – 3 lần/ngày

4.2.1.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: vitamin C, rutin C, vitamin B (B1, B6, B12)...

4.2.1.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng chlorhexidine 0,12% 2 – 3 lần/ngày.

4.2.2. Ngoại khoa

Tạo vạt, mở xương, cắt răng, nhổ răng.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Trường hợp chưa có biến chứng: tiên lượng khá/tốt.
- Trường hợp đã có biến chứng: trung bình/khá.

5.2. Biến chứng

- Viêm quanh thân răng cấp.
- Tổn thương răng hàm lớn thứ hai.
- Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm,...
- Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Vùng phẫu thuật đỡ nhẹ, sưng nhẹ, không chảy máu.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện chân răng hoặc răng nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.
- Trong thời gian nhập viện phẫu thuật cần:
 - + Ăn mềm, nguội sau phẫu thuật bổ sung thêm sinh tố xay nhỏ.

- + Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa, những vùng có vết thương dùng gạc lau nhẹ sau khi ăn.
- + Dùng nước súc miệng *chlorhexidine 1,2%* từ 2 – 3 lần trong ngày.
- + Không khạc nhổ sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Bộ Y tế (2021), *Danh mục kháng sinh chuyển từ đường tiêm/truyền sang đường uống (IV/PO)*. Quyết định số 07/QĐ-BYT ngày 4/01/2021 của Bộ Y tế.
7. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
9. Phan Quốc Hoàng (2016), “*Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động*”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
10. Trần Kim Định (2011), “*Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ*”, Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

11. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
12. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.

13. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
14. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
15. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess, BMJ*, London, UK.
16. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
17. IADT (2012), *Dental Trauma Guidelines*.
18. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
19. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K05.0 – VIÊM NƯỚU CẤP - K05.1- VIÊM NƯỚU MÃN [VIÊM NƯỚU LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm nướu liên quan đến mảng bám răng là tổn thương viêm mạn tính (K05.1) xảy ra ở mô mềm xung quanh răng, nguyên nhân do vi khuẩn trong mảng bám răng gây ra. Tổn thương khu trú ở nướu, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và men răng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm nướu chỉ do mảng bám răng.
- Viêm nướu do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ:
 - + Hình thể răng bất thường.
 - + Đường nứt xi măng.
 - + Chất trám thừa, cầu, chụp răng sai quy cách.
 - + Tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có mảng bám ở răng.
- Bờ nướu, nhú nướu sưng, phù nề, phì đại tạo nên túi nướu giả.
- Nướu màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.
- Giảm độ săn chắc và tính đàn hồi.
- Chảy máu.
- Tăng tiết dịch túi nướu.
- Không có mất bám dính quanh răng.
- Không có túi nướu bệnh lý.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang: chụp X quang răng cận chóp hoặc X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C.
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Loại bỏ mảng bám và các yếu tố tại chỗ.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Tại chỗ

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng.
- Dùng nước súc miệng.
- Loại bỏ các yếu tố tại chỗ như: lấy vôi răng và làm sạch bề mặt chân răng, loại bỏ miếng trám thừa,...
- Chiếu laser diod điều trị viêm.
- Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp lợi phì đại, xơ hóa.

4.2.2. Toàn thân

4.2.2.1 Kháng sinh: sử dụng đường uống 5 – 7 ngày.

Chỉ định trong các trường hợp:

- + Không đáp ứng với các liệu pháp cơ học.
- + Viêm nướu cấp tính (K05.0) có liên quan biểu hiện toàn thân.
- + Liên quan bệnh toàn thân.
- + Điều trị hỗ trợ các trường hợp bệnh nhân điều trị viêm nướu có và không có phẫu thuật.

– *Spiramycin*:

– Hoặc *spiramycin 0,75 MUI + metronidazole 250 mg*:

– Hoặc *cephalosporins*:

– Hoặc *amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*:

– Hoặc *cephalosporins, amoxicillin/clavulanate* kết hợp với *metronidazole* viên 250 mg:

4.2.2.2. Kháng viêm

– Corticoid: uống tối đa 7 ngày

– Hoặc NSAIDs: uống tối đa 7 ngày

4.2.2.3. Thuốc giảm đau: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

– Người lớn: 500 – 1000 mg/lần, uống cách 4 – 6 giờ, liều tối đa 4000 mg/ngày.

Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

– Trẻ em: uống 10 – 15 mg/kg/lần x 3 – 4 lần/ngày, tổng liều tối đa không quá 60 mg/kg/ngày.

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C, rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12)*...

4.2.2.5. Thuốc thoa tại chỗ: *Metrogyl Denta* hoặc *Arthrodont* thoa 2 – 3 lần/ngày.

4.2.2.6. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine 0,1%* 2 – 3 lần/ngày.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

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

5.2. 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.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

Viêm nướu được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Tăng huyết áp cấp cứu: HA >180/120 mmHg, tổn thương cơ quan đích tiên triển.

– Đái tháo đường biến chứng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...

– Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

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 đúng phương pháp 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; sử dụng các thức ăn có lợi cho răng miệng như trái cây, rau xanh.

– Cai thuốc lá.

– Kiểm soát đường huyết.

– 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), Dược thư quốc gia Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Bộ Y tế (2021), Danh mục kháng sinh chuyển từ đường tiêm/truyền sang đường uống (IV/PO). Quyết định số 07/QĐ-BYT ngày 4/01/2021 của Bộ Y tế.

7. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
9. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
10. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

11. AAE (2017), Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update.
12. AAPD (2014), Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection.
13. AHA (2007), Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association.
14. AHA (2016), Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card).
15. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2012), Management of Chronic Periodontitis (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
17. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
18. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
19. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Periodontal Abscess (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.

K02.0 – SÂU GIỚI HẠN Ở MEN - K02.1 - SÂU NGÀ

1. 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.

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Sâu răng sớm

Xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt.

1.2. Sâu răng có lỗ

- Ê buốt ngà.
- Tổn thương mất mô cứng của răng.
- 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.

2. Cận lâm sàng

Chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên:

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Sâu răng sớm: tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng.
- Sâu răng có lỗ: loại bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và trám phục hồi mô cứng.

4.2. Điều trị

4.2.1. Tổn thương sâu răng sớm

Dùng chế phẩm fluor có nồng độ cao bôi lên bề mặt răng bị tổn thương để tái khoáng.

4.2.2. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

- Trám lỗ sâu phục hồi mô cứng
- Thuốc giảm đau nếu cần.

5. BIẾN CHỨNG

- Viêm tủy răng.

- Viêm quanh cuống răng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

Bệnh sâu răng được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp cấp cứu: HA >180/120 mmHg, tổn thương cơ quan đích tiên triển.

- Đái tháo đường biến chứng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...
- Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE - 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 6 tháng/lần để phát hiện và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
5. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.

TIẾNG ANH

6. EUGENIO D. BELTRÁN - AGUILAR (2012): Examination procedures and coding for visual-tactile intraoral assessments (2009-2012). Modified version of WHO Oral Health Surveys Basic Methods.

7. 25. BELTRAN-AGUILAR E.D, GOLDSTEIN J.W, LOCKWOOD S.A:
Fluoride varnishes. A review of their clinical use, cariostatic mechanism,
efficacy and safety. JADA, 131, May 2000: 589-595.
8. MARIA LAURA MENEZES BONOW (2013): Efficacy of 1.23% APF gel
applications on incipient carious lesions: a doubleblind randomized clinical
trial. Braz Oral Res., (São Paulo) 2013 May-Jun;27(3):279-85

K04.0 – VIÊM TỬY [VIÊM TỬY RĂNG]

1. 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.

2. 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, nứt, rạn vỡ...

– Nhân tố hóa học: các chất hóa 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.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Viêm tủy có hồi phục

– 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.

– Có lỗ sâu hoặc có bệnh sử chấn thương.

– Răng không đổi màu.

– Gõ không đau.

– Thử nghiệm tủy: Bình thường hoặc có thể nhạy cảm mức độ nhẹ.

3.1.2. Viêm tủy không hồi phục

– Đau tự nhiên, từng cơn.

– Đau khi có kích thích và kéo dài sau khi đã hết kích thích.

– Lỗ sâu, vết nứt, mòn trên răng.

– Đường nứt ngấm màu bông xanh methylen.

– 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.

3.2. Cận lâm sàng

– X quang: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên.

– Đo điện tim: chỉ định đo điện tim thường trong các trường hợp cần gây tê lấy tủy ở các bệnh nhân có bệnh lý nền liên quan.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa: Trường hợp bệnh nhân đau nhức, ăn uống kém, cần sử dụng các thuốc:

- Kháng viêm NSAIDs đường uống 3 – 5 ngày.
- Thuốc giảm đau: *paracetamol* đường uống (*không dùng chung cùng NSAIDs*)
- Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C, vitamin 3B (B1, B6, B12)*...

4.2. Viêm tủy có hồi phục

Che tủy bằng hydroxit canxi hoặc MTA. Sau đó hàn kín phía trên bằng eugenate cứng nhanh, GIC, composite.

4.2. Viêm tủy không hồi phục

Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ: Điều trị tủy phải thực hiện trung bình trong 4-5 lần hẹn, mỗi lần cách nhau từ 5-7 ngày. Tùy bệnh lý của từng răng mà số lần điều trị và khoảng cách giữa các lần hẹn có thể ít hoặc nhiều hơn.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: viêm quanh chóp, u hạt, nang chân răng.
- Biến chứng xa: viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

Bệnh viêm tủy răng được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Tăng huyết áp cấp cứu: HA >180/120 mmHg, tổn thương cơ quan đích tiên triển.

- Đái tháo đường biến chứng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...
- Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE - 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 6 tháng/lần để phát hiện và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

K04.6 – ÁP XE QUANH CHÂN RĂNG CÓ Ổ [VIÊM QUANH CHÓP RĂNG]

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương viêm của các thành phần mô quanh chóp răng. Đây là tổn thương nhiễm khuẩn bao gồm cả các vi khuẩn ái khí và yếm khí, xâm nhập từ mô tủy viêm hoặc mô nha chu viêm, gây ra phản ứng viêm của các thành phần của mô quanh chóp răng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do nhiễm khuẩn: Do viêm tủy, tủy hoại tử, do viêm quanh răng.
- Do sang chân răng
- Do sai sót trong điều trị

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Viêm quanh chóp cấp

- Toàn thân: có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Đau nhức răng, cảm giác trời răng.
- Răng có tổn thương mô cứng.
- Răng lung lay rõ, thường độ 2 hoặc 3.
- Gõ dọc răng đau dữ dội so với gõ ngang.
- Niêm mạc ngách nướu tương ứng vùng chóp răng sưng nề, đỏ, ấn đau, mô lỏng lẻo.
- Thử nghiệm tủy: âm tính với thử điện và nhiệt do tủy đã hoại tử.

3.1.2. Viêm quanh chóp bán cấp

- Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu.
- Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng trời cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.
- Ngách nướu tương ứng răng tổn thương sưng nề nhẹ, đỏ, đầy, ấn đau.
- Tổn thương sâu răng ở các mặt răng.
- Răng lung lay độ 1, 2.
- Gõ dọc đau hơn gõ ngang.
- Thử nghiệm tủy: âm tính.

3.1.3. Viêm quanh chóp mạn

- Có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh chóp cấp hoặc áp xe quanh chóp cấp.
- Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.
- Vùng ngách nướu tương ứng quanh chóp răng có thể hơi nề, có lỗ rò hoặc sẹo rò vùng chóp.
- Các thử nghiệm tủy âm tính.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Loại trừ toàn bộ mô nhiễm khuẩn và hoại tử trong ống tủy.
- Dẫn lưu tốt mô viêm vùng chóp.
- Trám bít ống tủy, tạo điều kiện cho mô quanh chóp răng hồi phục.
- Chỉ định phẫu thuật cắt chóp răng nếu tiên lượng điều trị nội nha không có kết quả.
- Một số trường hợp có thể nhổ răng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

- Kháng sinh: đường uống 5 – 10 ngày
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*
 - + Hoặc *cephalosporins*
 - + Hoặc *spiramycin*
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* viên 250 mg
- Kháng viêm: đường uống 3 – 7 ngày
 - + Corticoid
 - + Hoặc NSAIDs
- Thuốc giảm đau: *paracetamol* đường uống (*không dùng chung cùng NSAIDs*)
- Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*...
- Súc miệng bằng *chlorhexidine 0,1%* 2 – 3 lần/ngày.

4.2.2. Điều trị nội nha

Điều trị tủy phải thực hiện trung bình trong 4-5 lần hẹn, mỗi lần cách nhau từ 5-7 ngày. Tùy bệnh lý của từng răng mà số lần điều trị và khoảng cách giữa các lần hẹn có thể ít hoặc nhiều hơn.

4.2.3. Điều trị phẫu thuật

Được thực hiện sau khi điều trị nội nha có tổn thương quanh chóp không phục hồi.

5. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Những răng bị tổn thương vùng chóp răng nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp, bệnh có thể gây nhiều biến chứng phức tạp, gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe người bệnh.

5.1. Biến chứng tại chỗ

- Áp xe: vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Viêm xương tủy.

5.2. Biến chứng toàn thân

Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau 1/2 mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,...

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân không còn dấu hiệu nhiễm trùng, dấu sinh hiệu ổn.
- Đã xử lý răng nguyên nhân.
- Vùng nhiễm trùng quanh chóp răng đang thuyên giảm, chỉ còn viêm nhẹ.
- Trong trường hợp phẫu thuật: vết mổ khô, viêm nhẹ.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Khám răng miệng định kỳ 6 tháng 1 lần để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý.
- Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa.
- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mất*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
8. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
9. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

10. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
11. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
12. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
13. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
14. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
15. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
17. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K09.0 – NANG RĂNG PHÁT TRIỂN [NANG THÂN RĂNG]

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang thân răng là nang trong xương hàm, liên quan tới thân răng của răng ngầm hoặc răng thừa ngầm, nang bao bọc một phần hay toàn bộ thân răng. Lòng nang chứa dịch màu vàng chanh hoặc trắng đục do nhiễm khuẩn.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân có thể do rối loạn trong quá trình phát triển và hình thành răng, có thể có các dạng:

– Dạng trong túi (intrafollicular): Do bất thường của bản thân biểu mô men thoái hóa hoặc do bất thường bề mặt men răng gây tích tụ dịch.

– Dạng ngoài túi (extrafollicular): Do sự có mặt và phát triển của các dòng tế bào khác trên biểu mô men thoái hóa như biểu mô sừng hóa, liên bào men... Ngoài ra, còn có thể do yếu tố viêm nhiễm: có giả thuyết cho rằng ổ viêm nhiễm ở cuống răng sữa có thể là nguyên nhân kích thích hình thành nang thân răng bao quanh mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

– Trường hợp răng ngầm sẽ có biểu hiện thiếu răng trên cung răng. Trường hợp răng thừa ngầm sẽ không có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

– Nang nhỏ thường không có biểu hiện lâm sàng, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân được chụp X quang vì thiếu răng vĩnh viễn, răng sữa không rụng, răng kế cận nghiêng, xoay trục hoặc khi tiến hành các nhu cầu điều trị khác như phục hình, chỉnh nha.

– Nang có kích thước lớn có thể có các biểu hiện dưới đây:

+ Phồng xương gây biến dạng mặt mà không đau nhức.

+ Niêm mạc trên chỗ phồng xương bình thường, trường hợp nang bội nhiễm thì có biểu hiện sưng đau chỗ phồng xương.

+ Nang to phá hủy xương rộng gây xô lệch và lung lay các răng lân cận.

3.2. Cận lâm sàng

– X quang: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên; Chụp cắt lớp vì tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang.

– Xét nghiệm:

+ Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.

+ Tốc độ máu lắng.

+ TS, TC/ TQ, TCK [APTT].

+ Định lượng glucose máu/ HbA1C

+ Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mổ mê.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ nang và răng ngầm, hoặc:
- Phẫu thuật mở thông nang, hoặc:
- Phẫu thuật lấy toàn bộ hoặc một phần nang và bảo tồn răng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Ngoại khoa

- Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ nang và răng ngầm trong trường hợp nang nhỏ và răng thừa ngầm hoặc răng ngầm không có tiên lượng giữ răng.
- Phẫu thuật mở thông nang trong trường hợp nang lớn tiên lượng khuyết hồng lớn nếu lấy trọn nang thì đầu.
- Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ hoặc một phần nang và bảo tồn răng trong trường hợp răng có tiên lượng bảo tồn được (tối thiểu 2/3 chân răng còn lưu giữ được trong xương hàm) bằng phương pháp phối hợp chỉnh hình.

4.2.2. Nội khoa

4.2.2.1. Kháng sinh

- Trường hợp nang bội nhiễm nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.
 - + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp nang không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ: sử dụng kháng sinh đường uống 5 – 10 ngày:
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*.

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol*.(không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C, Rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

– Nếu điều trị đúng, phẫu thuật cắt nang và lấy răng ngầm sẽ có kết quả tốt, không tái phát.

– Trường hợp phẫu thuật mở thông nang, tiếp tục theo dõi sau một thời gian khi nang thu hẹp thì có thể tiến hành phẫu thuật thì hai lấy bỏ nang và răng ngầm hoặc bảo tồn răng.

– Trường hợp phẫu thuật cắt nang bảo tồn răng, tiếp tục theo dõi quá trình răng mọc kết hợp điều trị chỉnh hình để có kết quả tốt.

5.2. Biến chứng

– Bội nhiễm.

– Nang to phá hủy xương hàm có thể gây ra gãy xương bệnh lý.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

– Tổng trạng khỏe.

– Dấu sinh hiệu ổn.

– Nang đã được lấy toàn bộ hoặc một phần tùy trường hợp.

– Răng ngầm đã được lấy hoặc được bộc lộ thuận lợi để tiếp tục mọc.

– Vùng phẫu thuật sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu, các phương tiện dẫn lưu, khí cụ chỉnh nha hoặc các vật liệu cấy ghép (nếu có) còn nguyên vẹn, cố định chặt.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Cao huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Tiểu đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

– Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện nang nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

– Nang lớn có khả năng phải cắt đoạn xương hàm.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện răng ngầm hoặc phát hiện sớm nang thân răng và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
10. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K11.6 – NANG NHÁY CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT **[NANG NHÁI SÀN MIỆNG]**

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang nhái sàn miệng là nang nhầy, khu trú ở sàn miệng. Lòng nang chứa dịch nhầy có nguồn gốc từ tuyến nước bọt dưới lưỡi, hoặc tuyến dưới hàm, hoặc tuyến nước bọt phụ ở sàn miệng.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đến nay vẫn chưa rõ ràng, một số tác giả cho rằng cơ chế gây nang là do ống một tuyến nước bọt bị tắc, giãn phình.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có khối phòng ở sàn miệng.
- Bề mặt khối phòng có màu tím nhạt giống bọng nhái, ranh giới rõ.
- Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhầy trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,... liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mổ mê.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

4.2. Điều trị cụ thể

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể áp dụng một trong ba biện pháp điều trị dưới đây:

4.2.1. Ngoại khoa

- Phẫu thuật cắt bỏ nang: nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyến nước bọt dưới lưỡi: nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Phẫu thuật mở thông nang: nang có kích thước lớn gây chèn ép và ảnh hưởng đến chức năng hoặc tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật kéo dài.

4.2.2. Nội khoa

4.2.2.1. Kháng sinh

- Trường hợp nang bội nhiễm nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.
 - + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp nang không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ: sử dụng kháng sinh đường uống 5 – 10 ngày.
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*.

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Phẫu thuật cắt bỏ nang hoặc cắt bỏ nang và tuyền nước bọt dưới lưỡi, hoặc phẫu thuật mở thông nang, nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

5.2. Biến chứng

Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng sàn miệng và ảnh hưởng đến chức năng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Sàn miệng hết phồng, nang đã được lấy sạch hoặc mở thông tùy trường hợp, bài tiết nước bọt bình thường.

– Vết mổ sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu, các phương tiện dẫn lưu (nếu có) còn nguyên vẹn, cố định chặt.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện vị trí nang không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám sức khỏe răng miệng định kỳ để phát hiện nang sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
10. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K11.6- NANG NHẦY CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT

[NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỠI]

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi là nang nhầy, có thể khu trú ở vùng dưới hàm hoặc sàn miệng. Lòng nang chứa dịch nhầy có nguồn gốc từ tuyến nước bọt dưới lưỡi, hoặc tuyến dưới hàm, hoặc tuyến nước bọt phụ ở sàn miệng.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đến nay vẫn chưa rõ ràng, một số tác giả cho rằng cơ chế gây nang là do ống tuyến nước bọt bị tắc, giãn phình.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có khối phòng ở vùng dưới hàm hoặc sàn miệng, kích thước thường khoảng 1 – 3 cm hoặc lớn hơn.
- Bề mặt khối phòng có màu tím nhạt, ranh giới rõ.
- Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhầy trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
- Thở lâm sàng hiếm gặp là nang to đi từ vùng sàn miệng lấn qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phòng ở vùng cổ.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh, X quang hàm chéch một bên, X quang mặt nhai hàm dưới.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mổ mê.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Ngoại khoa

- Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyến nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi: nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.
- Phẫu thuật mở thông nang: nang có kích thước lớn gây chèn ép, ảnh hưởng đến chức năng và tình trạng toàn thân của bệnh nhân không cho phép phẫu thuật kéo dài.

4.2.2. Nội khoa

4.2.2.1. Kháng sinh

- Trường hợp nang bội nhiễm nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.
 - + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp nang không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ: sử dụng kháng sinh đường uống 5 – 10 ngày.
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*.

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B* (*B1*, *B6*, *B12*), cân bằng nước, điện giải...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyền nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi, hoặc phẫu thuật mở thông nang, nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

5.2. Biến chứng

Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng sàn miệng và dưới hàm, ảnh hưởng đến chức năng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tinh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Nang đã được lấy sạch.

– Vết mổ sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu, các phương tiện dẫn lưu (nếu có) còn nguyên vẹn, cố định chặt.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- a. Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện vị trí nang không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám sức khỏe răng hàm mặt định kỳ để phát hiện nang sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
10. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

L03.2 – VIÊM MÔ BÀO Ở MẶT

[VIÊM TÁY TỎA LAN VÙNG HÀM MẶT]

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng không giới hạn, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do răng:
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác:
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Toàn thân

Có tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

3.1.2. Tại chỗ

Bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt cùng bên, sàn miệng hoặc bên đối diện.

- Ngoài mặt:
 - + Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.
 - + Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.
 - + Mất các rãnh tự nhiên ở mặt.
 - + Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt, hơi tím hoặc đỏ.
 - + Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi.
- Trong miệng:
 - + Khít hàm.
 - + Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.
 - + Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cận tơ huyết bản.
 - + Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.
 - + Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang:
 - + X quang thường quy: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên.
 - + Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang (nếu cần).
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.
- Rạch rộng và dẫn lưu mủ.
- Xử trí răng nguyên nhân.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

Chống sốc nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

4.2.1.1. Kháng sinh

- Trường hợp nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.
 - + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp nặng không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ: sử dụng kháng sinh đường uống
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*.

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.1.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.1.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C, Rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.1.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

4.2.2. Ngoại khoa

– Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.

– Xử trí răng nguyên nhân.

4.2.3. Chăm sóc sau phẫu thuật

– Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.

– Thay những dẫn lưu bị tắc.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Tiên lượng nặng. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nhanh, có thể tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc, ngạt thở.

5.2. Biến chứng

– Áp xe trung thất.

– Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

– Nhiễm trùng huyết.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Toàn thân không còn dấu hiệu nhiễm trùng, dấu sinh hiệu ổn.

– Đã xử lý răng nguyên nhân (nếu có).

– Vùng viêm mô tế bào đang thuyên giảm, chỉ còn viêm nhẹ.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

– Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện chân răng hoặc răng nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

– Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý.

– Ăn mềm, bổ sung thêm sinh tố xay nhỏ.

- Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa, những vùng có vết thương dùng gạc lau nhẹ sau khi ăn.
- Dùng nước súc miệng chlorhexidine 0,12% từ 2 đến 3 lần trong ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
9. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
10. Trần Trọng Đức (2017), “Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm mô tế bào vùng hàm mặt”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 21(2), tr.158–166.
11. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

12. AAE (2017), Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update.
13. AAPD (2014), Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection.
14. AHA (2007), Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association.
15. AHA (2016), Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card).
16. BMJ (2018), BMJ Best Practice – Dental Abscess, BMJ, London, UK.
17. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0.

18. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
19. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.

K11.2 – VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT

[VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến nước bọt mãn tính là loại viêm tuyến nước bọt thường gặp ở người lớn do nhiều nguyên nhân, hay gặp nhất là do vi khuẩn.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn.
- Sỏi tuyến mang tai.
- Biến chứng của tổn thương tái phát do phản xạ, dị ứng, nội tiết của tuyến nước bọt
- Do những thâm nhiễm nguyên thủy tuyến mang tai trong hội chứng Sjogren.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Trong đợt bán cấp: sưng, tức tuyến mang tai một hoặc hai bên, đau nhiều.
- Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thường, sờ chắc, không đau.
- Lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặn trong miệng.
- Tình trạng trên kéo dài 1 – 2 tuần, có thể tự khỏi, sau đó tái phát.
- Lỗ ống Stenon sưng đỏ.
- Xoa nắn tuyến có mũ loãng hoặc những sợi nhầy mũ chảy ra.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang có tiêm thuốc cản quang hoặc không.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa: khi tuyến chưa xơ hóa, điều trị bằng cách bơm rửa tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, nước muối sinh lý kết hợp thuốc uống.

4.2.1.1. Kháng sinh: sử dụng trong các đợt cấp, uống 5 – 10 ngày

- *Spiramycin viên*.
- Hoặc các *cephalosporins*:
- *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.

4.2.1.2 Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.1.3. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C* 1 g/ngày, *vitamin 3B*...

4.2.2. **Ngoại khoa:** Phẫu thuật khi tuyến xơ hóa, không còn chức năng.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Nếu phát hiện sớm, điều trị nội khoa sẽ cho kết quả tốt.

5.2. Biến chứng

- Áp xe tuyến mang tai
- Viêm tấy lan tỏa.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Vùng tuyến mang tai hết sưng, hết đau.
- Lỗ Stenon hết viêm, bài tiết nước bọt bình thường.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Tuyến xơ hóa có chỉ định phẫu thuật...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện viêm tuyến mang tai sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.

5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
10. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

G50.0 – ĐAU DÂY THẦN KINH TAM THOẢ **[ĐAU DÂY THẦN KINH V]**

1. ĐỊNH NGHĨA

Đau dây thần kinh V hay dây tam thoa là chứng đau nửa mặt với đặc trưng là các cơn đau ngắn, dữ dội, xuất hiện tự nhiên hoặc do kích thích.

2. NGUYÊN NHÂN

- Thường không xác định rõ được nguyên nhân gây đau dây V.
- Trong một số trường hợp, có thể do:
 - + Chèn ép dây thần kinh V.
 - + Rối loạn khử myelin nguyên phát: bệnh xơ cứng rải rác.
 - + Dây thần kinh V bị xâm nhập vào vùng rễ thần kinh V hay hạch Gasser trong một số bệnh: carcinoma, sarcoidosis...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Toàn thân

Không có biểu hiện gì đặc biệt.

3.1.1.2. Cơ năng

+ **Đau kịch phát:** kéo dài một vài giây đến vài phút, xảy ra chủ yếu vào buổi sáng, hiếm khi về đêm.

+ **Tính chất cơn đau**

- Thường khu trú một bên mặt.
- Vùng đau là vùng chi phối một nhánh hoặc nhiều nhánh thần kinh V.
- Đau khởi phát đột ngột, với tính chất đau buốt, như dao đâm, như cháy bỏng, hay như điện giật.
- Cường độ đau dữ dội.
- Đau khởi phát từ vùng bị kích thích như ăn nhai, đánh răng, rửa mặt...
- Giữa các cơn đau là khoảng im lặng, hoàn toàn không có triệu chứng.
- Tuy nhiên, một vài bệnh nhân có thể có đau đầu âm ỉ vào những thời điểm khác.
 - + Không kèm theo dấu hiệu rối loạn cảm giác.
 - + Kiểu đau là cố định trên mỗi bệnh nhân.
 - + Ngoài ra có thể kèm theo những dấu hiệu do bệnh lý nguyên nhân gây nên.

3.1.1.3. Thực thể

- Trong một số trường hợp, có thể xác định được các tổn thương là yếu tố kích thích.
- Trong cơn đau, khi sờ nắn vùng mặt bên đau làm cơn đau tăng lên dữ dội.

3.1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: Có thể thấy hình ảnh khối u chèn ép dây V.
- Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,... liên quan bệnh lý nền

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh sau Herpes: phân biệt dựa vào tiền sử có nhiễm Herpes.
- Đau đầu từng chuỗi (cluster headache): kèm theo đau một bên mặt còn có dấu hiệu chảy nước mắt, nước mũi, vã mồ hôi...
- Đau co thắt nửa mặt (hemifacial spasm): đau do thần kinh VII bị kích thích, với tính chất đau kèm theo co giật các cơ một bên mặt, nhưng không dữ dội như đau thần kinh V.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Trong các trường hợp phát hiện được nguyên nhân thì phải điều trị loại bỏ nguyên nhân gây đau.
- Trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị triệu chứng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị nguyên nhân

- Chỉ định: Trong các trường hợp xác định được nguyên nhân gây đau dây V.
- Kỹ thuật: Trường hợp dây V bị chèn ép thì phải phẫu thuật cắt bỏ các khối u (phẫu thuật giải áp thần kinh V):
 - + Vô cảm: Thường thực hiện dưới gây mê.
 - + Phẫu thuật bộc lộ khối u.
 - + Cắt bỏ khối u, giải phóng dây thần kinh V.
 - + Cầm máu và kiểm soát vùng phẫu thuật.
 - + Đặt dẫn lưu.
 - + Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

4.2.2. Điều trị triệu chứng

4.2.2.1. Nội khoa

- Chỉ định: Trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị nội khoa luôn là lựa chọn đầu tiên trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa.
- Phác đồ điều trị:
 - + Carbamazepine 200 mg: là lựa chọn đầu tiên khi điều trị đau thần kinh V.
 - + Hoặc gabapentin 300 mg.
 - + Hoặc pregabalin 75 mg.
 - + Thuốc hỗ trợ nâng cao tổng trạng: MgB6, vitamin 3B (B1, B6, B12).

4.2.2.2. Ngoại khoa

Chỉ định: khi không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa thất bại. Trường hợp này đề nghị chuyển lên tuyến trên.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Các trường hợp xác định được nguyên nhân: Cho kết quả điều trị tốt.

- Các trường hợp không xác định được nguyên nhân: Điều trị nội khoa: Dễ tái phát.

5.2. Biến chứng

- Dị cảm.
- Mất cảm giác xúc giác vùng dây V chi phối.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Con đau thần kinh V thoái lui.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Cao huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Tiểu đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các nguyên nhân gây đau và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

S01.4 – VẾT THƯƠNG HỞ CỦA MÁ VÀ VÙNG THÁI DƯƠNG – XƯƠNG HÀM DƯỚI.

S01.5 – VẾT THƯƠNG CỦA MÔI VÀ KHOANG MIỆNG [CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT]

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương với một hoặc các biểu hiện như bầm tím, đụng dập, rách, chảy máu, thiếu hồng mô...

2. NGUYÊN NHÂN

Do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Vết thương xây sát

- Tổn thương nông trên da đến lớp thượng bì, có vết xước, rớm máu, xây sát.
- Có thể có dị vật, có thể làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch.
- Bệnh nhân cảm thấy rất đau, rát do bong lớp thượng bì, hở đầu mút thần kinh.

3.1.2. Vết thương đụng dập

- Da xuất huyết, tụ máu tại chỗ, bầm tím, phù nề và biến dạng mô mềm.
- Bề mặt vết thương đụng dập có thể màu tím hoặc vàng nếu bệnh nhân đến muộn.

3.1.3. Vết thương rách da

- Rách da, có thể có dị vật.
- Rách mô mềm dưới da.
- Có thể có rách niêm mạc.
- Chảy máu.

3.1.4. Vết thương xuyên

- Tổn thương xuyên thấu từ da, qua mô mềm dưới da và niêm mạc thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang hàm...
- Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và chảy máu qua ngách mũi...
- Có thể có dị vật ở vùng vết thương.

3.1.5. Vết thương mất mô

- Mất da, mô dưới da, tổn thương mạch máu, có thể có tổn thương thần kinh.
- Rò nước bọt, có thể có dị vật, có biểu hiện co kéo làm biến dạng.

3.1.6. Vết thương hỏa khí

- Tổn thương mô mềm.
- Đặc điểm tổn thương: đường vào nhỏ, đường ra to, mô bị tổn thương rộng kèm dị vật...

3.1.7. Vết thương tuyến nước bọt

- Rách da vùng tuyến nước bọt.
- Tổn thương nhu mô tuyến nước bọt, có rò nước bọt ra da, niêm.

3.1.8. Vết thương bỏng

- Da đỏ, có thể có vết chọt.
- Có phỏng nước vùng tổn thương.
- Có các biểu hiện nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến muộn.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang:
 - + Chụp X quang Blondeau
 - + Chụp X quang Hirtz
 - + Chụp X quang răng toàn cảnh
 - + Chụp X quang răng cận chóp
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót.
- Xử lý vết thương càng sớm càng tốt.
- Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật.
- Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dưới da.
- Cầm máu kỹ, khâu phục hồi.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

4.2.1.1. Kháng sinh

- Trường hợp bội nhiễm nặng hoặc bệnh nhân không uống được thuốc viên: dùng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.

+ *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.

- Trường hợp không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ, bệnh nhân có thể uống được thuốc viên 5 – 10 ngày:

- + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
- + Hoặc *cephalosporins*.
- + Hoặc *clindamycin*.
- + Hoặc *spiramycin*.
- + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*.

4.2.1.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.1.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.1.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.1.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

4.2.2. Ngoại khoa

4.2.2.1. Vết thương xây sát

- Làm sạch vết thương
- Băng bằng mỡ kháng sinh

4.2.2.2. Vết thương đụng dập

- Nếu máu tụ đang hình thành: băng ép để cầm máu.
- Tụ máu đã cầm: Nếu tụ máu nhỏ thì theo dõi để tự tiêu. Nếu lớn thì phải phẫu thuật lấy máu tụ.
- Tụ máu chưa cầm: mở ra lấy máu tụ, cầm máu và băng ép.
- Tụ máu lâu, có xu hướng nhiễm trùng: rạch lấy bỏ máu tụ.

4.2.2.3. Vết thương rách da

- Làm sạch, lấy hết dị vật.
- Cắt lọc tiết kiệm.
- Cầm máu, khâu phục hồi.

4.3.4.1. Vết thương xuyên

- Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi.
- Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu.

4.3.4.2. Vết thương mất mô

- Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi.
- Mất mô rộng: tạo hình, đóng kín vùng thiếu hồng mô.

4.3.4.3. Vết thương hỏa khí

Phẫu thuật cầm máu, loại bỏ dị vật, tạo hình đóng kín vết thương.

4.3.4.4. Vết thương tuyến nước bọt

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến.

- Dò nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi.
- Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng.

4.3.4.5. Vết thương bỏng

- Chườm lạnh, chống shock, bù nước, điện giải, dùng kháng sinh...
- Khi tổn thương ổn định, có thể ghép da hoặc tạo hình phục hồi.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
- Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

5.2. Biến chứng

Nhiễm trùng vết thương, rò nước bọt, sẹo xấu...

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Dấu sinh hiệu ổn, không có dấu hiệu shock.
- Vết thương đã được làm sạch, không còn chảy máu.
- Vết thương hở đã được khâu, không còn chảy máu.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Vết thương thiếu hồng nhiều tổ chức.
- Vết thương kết hợp với chấn thương sọ não hoặc ở những vùng giải phẫu quan trọng.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phòng bội nhiễm sau phẫu thuật: rửa vết mổ hàng ngày, giữ khô, ăn mềm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
8. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
9. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

- 10.AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
- 11.AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
- 12.AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
- 13.AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
- 14.Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
- 15.IADT (2012), *Dental Trauma Guidelines*.
- 16.Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
- 17.Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

S02.6 – GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm dưới.

2. NGUYÊN NHÂN

Do tai nạn: giao thông, lao động, sinh hoạt...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Sung nề và tụ máu, gián đoạn và đau chói bờ xương hàm dưới.
- Di lệch cung răng, sai khớp cắn, lung lay răng và khối xương ổ răng.
- Có thể có dấu hiệu di động của hai đầu xương gãy khi khám.
- Rối loạn vận động hàm dưới: há miệng hạn chế, lệch hàm sang bên khi há miệng.
- Có thể tê môi dưới, da vùng cằm.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang:
 - + Chụp X quang Blondeau, Hirtz, Schuller, X quang khớp thái dương hàm, X quang mặt thẳng nghiêng, X quang phim cắn
 - + Chụp X quang răng toàn cảnh, X quang hàm chéch một bên, X quang răng cận chóp
 - + Chụp CT Scan...
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, X quang,... liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: trong trường hợp mổ mê.
 - + Định nhóm máu ABO.
 - + Định lượng glucose máu, creatinin máu, urea máu.
 - + Ion đồ.
 - + Đo hoạt độ AST, ALT.
 - + HIVAb test nhanh.
 - + Tổng phân tích nước tiểu.
 - + X quang ngực thẳng.
 - + Đo điện tim.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Nắn chỉnh, cố định lại xương gãy.

- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị không phẫu thuật bằng nắn chỉnh và cố định

- Chỉ định:
 - + Gãy xương hàm dưới không di lệch;
 - + Gãy cổ lồi cầu cao không sai khớp cắn hoặc sai lệch có thể nắn chỉnh về đúng vị trí giải phẫu;
 - + Các trường hợp có bệnh lý nội khoa không thể mổ mê.
- Nắn chỉnh, cố định xương gãy trong thời gian từ 4 – 6 tuần. Đối với gãy cổ lồi cầu thời gian cố định trong 2 tuần. Chụp X quang đánh giá lành xương trước khi tháo cố định.
- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, dinh dưỡng.

4.2.2. Phẫu thuật

Kết hợp xương bằng nẹp vít: các trường hợp không thể điều trị bằng nắn chỉnh và cố định hàm.

4.2.3. Nội khoa phối hợp

4.2.3.1. Kháng sinh

- Trường hợp bội nhiễm nặng, chỉ định phẫu thuật: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.
 - + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ, bệnh nhân có thể uống được thuốc viên 5 – 10 ngày:
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*.

4.2.3.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.3.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.3.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C, Rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.3.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
- Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

5.2. Biến chứng

Nhiễm trùng, sai khớp cắn, há miệng hạn chế

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Dấu sinh hiệu ổn, không có dấu choáng, shock.
- Vùng gãy đã được nắn chỉnh cố định hoặc phẫu thuật đưa về đúng vị trí giải phẫu.
- Vùng gãy chỉ còn sưng, đau nhẹ.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Gãy xương hàm dưới kết hợp chấn thương sọ não hoặc chấn thương ngoại khoa khác.
- Gãy xương hàm dưới kết hợp tổn thương những vùng giải phẫu quan trọng.
- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Gãy xương hàm dưới vùng cạnh cao hoặc vùng lồi cầu có chỉ định phẫu thuật.
- Gãy cũ đã cal xương.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.
- Có các phương tiện bảo hộ trong các trường hợp tai nạn giao thông và lao động.
- Trong thời gian điều trị gãy xương:
 - + Ăn mềm, bổ sung thêm sinh tố xay nhỏ.
 - + Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa, những vùng có vết thương dùng gạc lau nhẹ sau khi ăn.
 - + Dùng nước súc miệng *chlorhexidine 0,12%* 2 – 3 lần/ngày.

+ Không khắc nhỏ sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
8. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
9. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

10. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
11. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
12. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
13. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. IADT (2012), *Dental Trauma Guidelines*.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
17. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

S02.4 – VỠ XƯƠNG GÒ MÁ VÀ GÃY XƯƠNG HÀM [GÃY XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP]

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương gò má cung tiếp là tình trạng tổn thương gãy, gián đoạn xương gò má cung tiếp.

2. NGUYÊN NHÂN

Do tai nạn: giao thông, lao động, sinh hoạt...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Sung nề, biến dạng mặt, tụ máu quanh hốc mắt bên chấn thương.
- Ấn có điểm đau chói tương ứng điểm gãy, sờ thấy gián đoạn hoặc bậc thang.
- Há miệng hạn chế, khớp cắn đúng.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang:
 - + Chụp X quang Blondeau, Hirtz, Schuller, X quang khớp thái dương hàm, X quang mặt thẳng nghiêng, X quang phim cắn.
 - + Chụp X quang răng toàn cảnh, X quang hàm chéch một bên, X quang răng cận chóp.
 - + Chụp CT Scan.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, X quang,... liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: trong trường hợp mổ mê.
 - + Định nhóm máu ABO.
 - + Định lượng glucose máu, creatinin máu, urea máu.
 - + Ion đồ.
 - + Đo hoạt độ AST, ALT.
 - + HIVAb test nhanh.
 - + Tổng phân tích nước tiểu.
 - + X quang ngực thẳng.
 - + Đo điện tim.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Nắn chỉnh, cố định xương gãy, ngăn ngừa biến chứng, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Can thiệp

- Điều trị nắn chỉnh không phẫu thuật: áp dụng với các trường hợp gãy ít di lệch.
- Điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít: trong trường hợp gãy di lệch.

4.2.2. Nội khoa phối hợp

4.2.2.1. Kháng sinh

- Trường hợp nang bội nhiễm nặng hoặc mô mê hoặc cần thiết sử dụng kháng sinh nhưng bệnh nhân không dùng được bằng đường uống: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.

+ *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.

- Trường hợp không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ, bệnh nhân có thể uống được thuốc viên 5 – 10 ngày:

+ *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.

+ Hoặc *cephalosporins*.

+ Hoặc *clindamycin*.

+ Hoặc *spiramycin*.

+ Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:

+ Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.

- Trường hợp trung bình/nhẹ:

+ Corticoids uống 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng: Điều trị kịp thời và đúng kỹ thuật sẽ phục hồi đầy đủ chức năng và thẩm mỹ của mắt.

5.2. Biến chứng: Mất cảm giác ở vùng dây thần kinh dưới ổ mắt chi phối, viêm xoang hàm.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Mặt cân đối hai bên, miệng há ngậm bình thường, khớp cắn đúng.
- Vùng phẫu thuật sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu hoặc các vật liệu cố định (nếu có) còn nguyên vẹn, cố định chặt.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Gãy xương gò má cung tiếp kết hợp với chấn thương sọ não hoặc các chấn thương ngoại khoa khác.
- Gãy xương gò má cung tiếp kết hợp tổn thương những vùng giải phẫu quan trọng.
- Cao huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Tiểu đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Gãy cũ đã cal xương.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông, bảo hộ lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

<http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.

8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update.
10. AAPD (2014), Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K10.2 - TÌNH TRẠNG VIÊM CỦA XƯƠNG HÀM [VIÊM XƯƠNG HÀM DO RĂNG]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm xương hàm do răng là tổn thương ở xương hàm do vi khuẩn từ răng tấn công trực tiếp vào xương hàm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm quanh răng hoặc nang răng bội nhiễm không được điều trị.
- Do biến chứng răng khôn.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có biểu hiện nhiễm trùng.
- Mặt có khối sưng, da phủ thâm đỏ, trung tâm khối sưng thâm nhiễm, có lỗ dò mủ.
- Răng nguyên nhân gõ đau, lung lay.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang:
 - + Chụp X quang răng toàn cảnh.
 - + Chụp X quang răng cận chóp
 - + Chụp X quang hàm chéo một bên
- Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang (nếu cần): Xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức viêm hoại tử.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mổ mê.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Chống nhiễm trùng và nâng cao thể trạng. Dùng kháng sinh (liều cao, đường tĩnh mạch, kháng sinh phối hợp, kéo dài ít nhất 6 tuần), cần cấy máu hoặc mô để định danh vi khuẩn trước khi dùng kháng sinh.
- Dẫn lưu mủ.
- Xử trí răng nguyên nhân, lấy xương – mô hoại tử, mô viêm.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

Điều trị chống sốc nhiễm trùng và nâng cao thể trạng.

4.2.1.1. Kháng sinh

a. Giai đoạn đầu: Lựa chọn kháng sinh dựa theo kinh nghiệm trong khi chờ kháng sinh đồ

* Tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) – Là nguyên nhân hàng đầu:

- + Tụ cầu vàng nhạy cảm với *methicilin* (MSSA):
 - *Nafcilin* hoặc *Oxacilin* IV 2 g/6 giờ/1 lần x 4 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
- + Tụ cầu vàng kháng *methicilin* (MRSA):
 - *Vancomycin* pha truyền tĩnh mạch 1 g/12 giờ x 2 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
 - Hoặc *Daptomycin* 4 – 6 mg/kg đường tĩnh mạch x 1 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
 - Hoặc *Teicoplanin* IV 6 mg/kg đường tĩnh mạch x 1 lần/ngày x 3 – 5 ngày, sau đó giảm còn 3 mg/kg TM hoặc TB.
 - Hoặc *Linezolid* 600 mg IV/12 giờ x 2 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
 - Hoặc uống *Rifampicin* 300 mg uống x 2 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
- + Nếu dị ứng hoặc không đáp ứng các kháng sinh trên:
 - *Clindamycin* 6 mg/kg 600 – 900 mg IV/8 giờ x 3 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
 - Hoặc *Levofloxacin* 750 mg uống/24 giờ ± *Rifampicin* 300 mg uống x 2 lần/ngày x 3 – 7 ngày.
 - Hoặc *Acid fucidic* 500 mg IV/8 giờ x 3 lần/ngày ± *Rifampicin* 300 mg uống x 2 lần/ngày x 3 – 7 ngày.

* Trường hợp do trực khuẩn mũ xanh (*P. aeruginosa*):

- Hoặc *Cefotaxime* 1 g: tiêm IV/IM
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 lọ x 2 – 3 lần/24 giờ x 3 – 7 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 50 – 150 mg/kg/ngày chia 3 lần x 3 – 7 ngày.
- Hoặc *Cefoperazone* 1 g: tiêm IV/IM
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 lọ x 2 lần/24 giờ, tối đa 6 g/24 giờ chia 2 - 3 lần x 3 – 7 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 50 – 200 mg/kg/ngày chia 2 lần x 3 – 7 ngày.
- Hoặc *Ceftazidime* lọ 500-1000 mg: tiêm IV/IM sâu
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 g x 2 - 3 lần/24 giờ x 3 – 7 ngày, tối đa 6 g/24 giờ chia 2 - 3 lần x 3 – 7 ngày. Người > 70 tuổi cần giảm $\frac{1}{2}$ liều người bình thường. Người bệnh thận (khi độ thanh thải creatinin dưới 50 ml/phút) 1 g liều đầu, sau đó giảm $\frac{1}{2}$ liều.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 30-100 mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần x 3 – 7 ngày. Trường hợp nặng có thể tăng liều 150 mg/kg/ngày (tối đa 6g/ngày) chia 3 lần.
- Hoặc các kháng sinh trên phối hợp với với *mezlocilin* 3 g tĩnh mạch mỗi 4 giờ hoặc *gentamicin* 5 mg/kg/ngày hoặc *amikacin* 15mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc pha truyền TM 1 lần/ngày). Thời gian dùng trong khoảng 2 tuần, sau đó dùng kháng sinh

nhóm fluoroquinolon như *ciprofloxacin* 500 mg uống 2 lần/ngày đơn độc hoặc phối hợp với *ceftazidim* liều như trên.

* Trường hợp nhiễm khuẩn vi khuẩn (*S. aureus*, vi khuẩn Gram âm, *P. aeruginosa*):

– *Vancomycin* 1 g TM mỗi 12 giờ phối hợp *ceftazidim* 2g/lần x 2 – 3 lần/ngày x 3 – 7 ngày

– Hoặc *Linezolid* 600 mg (TM hoặc uống) 2 lần/ngày phối hợp *ceftazidim* 2 g/lần x 2 – 3 lần/ngày x 3 – 7 ngày

– Phần lớn các nhiễm vi khuẩn Gram âm đường ruột: kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 đường TM trong 3 – 4 tuần, hoặc thuốc nhóm fluoroquinolon như *levofloxacin* 500 mg đường tĩnh mạch hoặc uống mỗi 24 giờ.

* Các trường hợp viêm xương nghi ngờ nhiễm kỵ khí: cần phối hợp thêm *metronidazole* viên 250 mg, chai 500 mg/100 ml

+ Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 2 viên x 2 - 3 lần/ngày; 1 chai x 3 lần/ngày, truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.

+ Trẻ em < 12 tuổi: 30 – 40 mg/kg/ngày, chia 3 – 4 lần.

Lưu ý: Trường hợp viêm xương mạn tính, viêm xương trên cơ địa đái tháo đường: cần thiết có bằng chứng của vi khuẩn học và kháng sinh đồ để điều trị.

b. **Giai đoạn sau:** Tùy theo đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

4.2.1.2. Kháng viêm

– Trường hợp nặng:

+ Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.

– Trường hợp trung bình/nhẹ:

+ Corticoids uống 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.1.3. Thuốc giảm đau: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.1.3. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*...

4.2.1.4. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

4.2.2. Ngoại khoa

– Nhổ răng nguyên nhân, nạo ổ mủ và thông đường dò.

– Đặt mèche thông từ ổ răng đến đường dò nếu thông nhau, thay mèche mỗi ngày với pommade tetracycline hoặc dầu mù u.

– Rút mèche khi không còn dịch viêm.

– Khâu lại vết thương vùng mặt.

4.2.3. Chăm sóc sau phẫu thuật

Bơm rửa, thay băng mỗi ngày.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Tiên lượng nặng. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển sẽ dẫn tới hoại tử xương hàm lan rộng.

5.2. Biện chứng

- Viêm cốt tủy xương hàm lan rộng.
- Viêm xương sọ.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân không có dấu hiệu nhiễm trùng, dấu sinh hiệu ổn.
- Đã xử lý răng nguyên nhân và loại bỏ mô hoại tử (nếu có).
- Vùng viêm xương đang thuyên giảm, chỉ còn viêm nhẹ.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện chân răng hoặc vùng viêm xương nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh, viêm cốt tủy xương hàm phá hủy lan rộng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý.
- Ăn mềm, bổ sung thêm sinh tố xay nhỏ.
- Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa, những vùng có vết thương dùng gạc lau nhẹ sau khi ăn.
- Dùng nước súc miệng eludril hoặc nước muối sinh lý từ 2 đến 3 lần trong ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.

4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
8. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
9. Trần Trọng Đức (2017), “Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm mô tế bào vùng hàm mặt”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 21(2), tr.158–166.
10. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

11. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
12. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
13. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
14. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
15. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
16. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
17. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
18. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K06.8 – RỐI LOẠN ĐẶC HIỆU KHÁC CỦA NƯỚU VÀ SỐNG HÀM [U NƯỚU]

1. ĐỊNH NGHĨA

U nướu (epulis) là một tăng sản lành tính dạng u của mô liên kết vùng nướu.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vệ sinh răng miệng kém, tích tụ vôi răng, mảng bám.
- Sang chấn kéo dài do phục hình hoặc khí cụ chỉnh hình.
- U nướu do thuốc.
- Do hormone (thai kỳ, dậy thì).
- Do dinh dưỡng (thiếu vitamin C).
- Di ứng.
- Một số bệnh toàn thân: bệnh bạch cầu, u hạt Wegener, sarcoidosis...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có khối phồng ở nướu viền, gai nướu, khu trú hoặc toàn thể.
- U phát triển chậm, không đau (trừ khi kết hợp viêm cấp hoặc chấn thương).
- Niêm mạc phủ có thể bình thường hoặc đỏ.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéch một bên: thường không có dấu hiệu đặc trưng, một số trường hợp có tiêu xương ổ răng.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mô mỡ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Loại bỏ nguyên nhân.
- Phẫu thuật cắt bỏ u.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Loại bỏ nguyên nhân

- Lấy vôi răng hoặc điều trị các răng sâu liên quan.
- Điều chỉnh phục hình hoặc khí cụ chỉnh hình.
- Phối hợp bác sĩ nội khoa để điều trị các bệnh có liên quan.

4.2.2. Phẫu thuật cắt bỏ u và thuốc phối hợp

4.2.3. Nội khoa

– 4.2.3.1. Kháng sinh uống 5 – 7 ngày:

+ *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.

+ Hoặc *cephalosporins*.

+ Hoặc *spiramycin*.

4.2.3.2. Kháng viêm

– Corticoids uống 5 – 7 ngày.

– Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.3.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.3.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B*, *vitamin PP*...

4.2.3.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

5.1. Tiên lượng: Phẫu thuật cắt bỏ u nước nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, nhưng vẫn có khả năng tái phát.

5.2. Biến chứng: Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng nước phẫu thuật, nặng hơn có thể gây viêm xương.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Dấu sinh hiệu ổn.

– Khối u đã được lấy hết.

– Vùng phẫu thuật khô, có thể còn viêm nhẹ.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

– Khám sức khỏe răng miệng và lấy vôi răng định kỳ.

– Tư vấn sức khỏe răng miệng cho phụ nữ mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
8. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
9. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

- 10.AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
- 11.AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
- 12.AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
- 13.AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
- 14.Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
- 15.Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2012), *Management of Chronic Periodontitis (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
- 16.Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
- 17.Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
- 18.Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Periodontal Abscess (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K04.8 – NANG CÓ CUỐNG **[NANG XƯƠNG HÀM DO RĂNG]**

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang xương hàm do răng là tổn thương dạng nang ở xương hàm liên quan đến viêm nhiễm vùng chóp răng.

2. NGUYÊN NHÂN

Do bệnh lý viêm nhiễm của tủy hoặc vùng quanh chóp răng không được điều trị.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Toàn thân

Đa số có tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc.

3.1.2. Tại chỗ

– Ngoài mặt:

- + Có thể sưng phồng ngoài mặt ở vị trí liên quan với răng nguyên nhân
- + Da phủ có màu sắc bình thường hoặc đỏ khi có bội nhiễm, sờ căng.

– Trong miệng:

- + Răng nguyên nhân có thể sâu hoặc không sâu, có thể đổi màu sắc.
- + Ngách hành lang hoặc khâu cái vùng răng nguyên nhân sưng phồng, niêm mạc phủ đỏ nhẹ hoặc hồng bình thường, sờ có dấu hiệu ping-pong.

3.2. Cận lâm sàng

– X quang:

- + Chụp X quang răng toàn cảnh.
- + Chụp X quang răng cận chóp
- + Chụp X quang hàm chéch một bên
- + Chụp X quang Blondeau
- + Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang (nếu cần)

Hình ảnh thấu quang đồng nhất, đường viền cản quang xương hàm vùng răng nguyên nhân.

– Xét nghiệm:

- + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
- + Tốc độ máu lắng.
- + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
- + Định lượng glucose máu/ HbA1C
- + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

– Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mổ mê.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

– Chống nhiễm trùng và nâng cao thể trạng.

- Dẫn lưu mủ.
- Xử trí răng nguyên nhân, lấy nang, mô hoại tử, mô viêm...
- Tạo hình xương và nướu răng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

4.2.1.1. Kháng sinh

- Trường hợp nang bội nhiễm nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.
 - + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp nang không bội nhiễm hoặc bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ: sử dụng kháng sinh đường uống
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*

4.2.1.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.1.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.1.3. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.1.4. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

4.2.2. Ngoại khoa

Phương pháp 1

- Nhổ răng nguyên nhân, nạo nang xương hàm.
- Đặt mèche pommade tetracycline hoặc dầu mù u, thay mèche hoặc rút dần.
- Làm nắp đậy (nếu cần). Hướng dẫn bệnh nhân cách vệ sinh nắp đậy và tái khám.

Phương pháp 2

- Nhổ răng nguyên nhân, nạo nang xương hàm.
- Ghép xương, khâu kín.

Phương pháp 3

- Nhổ răng nguyên nhân (nếu cần), đặt ống thông nang
- Khi nang có kích thước nhỏ dần tới mức có thể phẫu thuật triệt để mà không tổn thương mất nhiều mô xương hoặc ảnh hưởng đến các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

4.2.3. Chăm sóc sau phẫu thuật: Bơm rửa, thay mèche mỗi ngày.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Tiên lượng khá. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển sẽ dẫn tới hoại tử xương hàm lan rộng.

5.2. Biến chứng

- Nếu phẫu thuật không triệt để, lấy bỏ toàn bộ nang thì có nguy cơ tái phát cao.
- Nếu không được điều trị thì nang gây phá hủy xương hàm nhanh chóng, có thể gây gãy xương bệnh lý và xâm lấn mô mềm xung quanh.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- a. Toàn thân không có dấu hiệu nhiễm trùng, dấu sinh hiệu ổn.
- b. Đã xử lý nang và răng nguyên nhân (nếu có).
- c. Vùng phẫu thuật không chảy máu, chỉ còn viêm nhẹ.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Nang bội nhiễm không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện chân răng hoặc răng nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.
- Nang lớn có khả năng phải cắt đoạn xương hàm.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý.
- Ăn mềm, bổ sung thêm sinh tố xay nhỏ.
- Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa, những vùng có vết thương dùng gạc lau nhẹ sau khi ăn.
- Dùng nước súc miệng chlorhexidine 0,12% hoặc nước muối sinh lý 2 – 3 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
8. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
9. Trần Trọng Đức (2017), “Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm mô tế bào vùng hàm mặt”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 21(2), tr.158–166.
10. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

TIẾNG ANH

11. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
12. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
13. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
14. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
15. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
16. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
17. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

27. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K14.0 – VIÊM LƯỠI

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lưỡi (glossitis) là tình trạng trong đó lưỡi bị sưng và thay đổi màu sắc, thường làm cho gai lưỡi sưng to hơn hoặc mất gai lưỡi.

2. NGUYÊN NHÂN

- Dị ứng: kem đánh răng, nước súc miệng, phục hình nền nhựa, một số thuốc...
- Khô miệng, nhiễm khuẩn, nhiễm nấm, virus
- Chấn thương do bỏng, do răng bén nhọn hoặc các thiết bị nha khoa...
- Thiếu sắt cấp hoặc thiếu một số vitamin nhóm B, như vitamin B12.
- Bệnh lý da liễu – niêm mạc như hồng ban đa dạng, lưỡi bản đồ, loét miệng...
- Thuốc lá, rượu, thức ăn nóng, gia vị, hoặc các chất kích thích khác.
- Di truyền.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Đau và dị cảm lưỡi, khó nhai, nuốt, nói
- Lưỡi sưng, bề mặt láng hoặc gồ ghề, có thể có vết loét.
- Lưỡi thay đổi màu sắc: màu nhợt nhạt nếu do thiếu máu ác tính, màu đỏ nếu do thiếu vitamin nhóm B.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Xử trí nguyên nhân
- Thuốc kháng viêm, kháng sinh, kháng nấm nếu có bội nhiễm
- Thay đổi chế độ ăn uống, bổ sung dinh dưỡng
- Giữ vệ sinh răng miệng

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Xử trí nguyên nhân

- Mài chỉnh, phục hồi hoặc nhổ răng bén nhọn.
- Tránh các yếu tố kích thích đã xác định (kem đánh răng, nước súc miệng, hàm nhựa, thuốc lá, rượu, thức ăn cay...)
- Điều trị các bệnh lý có liên quan.

4.2.2. Nội khoa

4.2.2.1. Kháng sinh: nếu có bội nhiễm uống 5 – 7 ngày:

- + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
- + Hoặc *cephalosporins*.
- + Hoặc *spiramycin*.
- + Hoặc *spiramycin* + *metronidazole*.

4.2.2.2. Kháng viêm

- + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
- + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B*, *vitamin PP*...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

5.1. Tiên lượng

Viêm lưỡi thường đáp ứng tốt với điều trị nếu loại bỏ được nguyên nhân.

5.2. Biến chứng

Trong một số trường hợp, viêm lưỡi có thể dẫn đến lưỡi sưng chặn đường thở.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Lưỡi hết sưng, đau, hồng hào, phục hồi vị giác, gai lưỡi.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Vệ sinh răng miệng tốt, khám sức khỏe răng miệng định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mũi*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

17. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
18. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
19. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
20. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
21. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
22. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
23. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
19. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

B37.0 – VIÊM MIỆNG DO CANDIDA

1. ĐỊNH NGHĨA

Nấm miệng do candida là một tình trạng mà trong đó các loại nấm *Candida albicans* tích tụ trên niêm mạc miệng gây nên tình trạng viêm nhiễm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do hệ thống miễn dịch bị suy yếu hoặc do dùng thuốc corticoid, hoặc kháng sinh làm mất cân bằng hệ vi sinh tự nhiên của cơ thể.
- Những bệnh dễ gây nhiễm nấm miệng: hội chứng suy giảm miễn dịch toàn thân, ung thư, đái tháo đường, nấm âm đạo...
- Yếu tố nguy cơ khác: mang phục hình răng, khô miệng, hút thuốc, bệnh thiếu máu...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Ban đầu, nấm miệng có thể không có triệu chứng đáng chú ý. Các dấu hiệu và triệu chứng có thể phát triển đột ngột, tồn tại trong một thời gian dài bao gồm:
 - + Tổn thương mảng trắng trên lưỡi, má và đôi khi trên vòm miệng, lợi và amidan.
 - + Đau, dễ chảy máu, nứt ở góc miệng.
 - + Cảm giác bông trong miệng, mất vị.
 - + Trong trường hợp nặng, các tổn thương có thể lan xuống thực quản (*Candida* thực quản), có thể gây nuốt khó hoặc cảm giác kẹt thức ăn ở thực quản.
- Ở trẻ sơ sinh, nấm miệng có thể làm trẻ biếng ăn. Nấm có thể lây nhiễm cho các bà mẹ trong thời gian cho con bú. Sau đó, sự lây nhiễm xảy ra qua lại giữa vú mẹ và miệng của bé.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:
 - + Phết nấm.
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS, TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Tăng cường vệ sinh răng miệng
- Bổ sung hệ lợi khuẩn đường tiêu hóa.
- Thuốc kháng nấm, kháng sinh, kháng viêm nếu có bội nhiễm

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Trẻ sơ sinh và phụ nữ cho con bú

- Điều trị cả mẹ và bé.
- Thuốc kháng nấm nhẹ cho em bé và kem chống nấm cho vú.
- Rửa sạch núm vú, bình sữa, các dụng cụ vắt, dự trữ sữa hàng ngày và phơi khô để ngăn chặn sự phát triển nấm.

4.2.2. Người lớn và trẻ lớn

- Tăng cường hệ lợi khuẩn bằng các nguồn như: sữa chua không đường, uống viên nang acidophilus...
- Thuốc kháng nấm trong trường hợp bệnh không giảm.

4.2.3. Người lớn bị yếu hệ thống miễn dịch

- Sử dụng thuốc kháng nấm có thể bằng nhiều đường.
- Amphotericin B có thể được sử dụng khi các thuốc khác không hiệu quả.
- Một số thuốc kháng nấm có thể gây tổn thương gan, cần theo dõi chức năng gan.

4.3. Nội khoa

4.3.1. Kháng nấm: kê toa 7 – 15 ngày

- *Nystatin*:
 - + Thuốc rơ miệng.
 - + Viên uống.
- Hoặc *ketoconazole viên uống*.
- Hoặc *intraconazole viên uống*.

4.3.2. Kháng sinh: uống 5 – 10 ngày nếu có bội nhiễm.

- *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
- Hoặc *cephalosporins*.
- Hoặc *spiramycin*.
- Hoặc *spiramycin + metronidazole*.

4.3.3. Kháng viêm

- Corticoids uống 5 – 7 ngày.
- Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.3.4. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.3.5. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C, vitamin 3B, vitamin PP...*

4.3.6. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Nấm miệng do *Candida* thường đáp ứng tốt với điều trị nếu nguyên nhân được loại bỏ. Đối với các trường hợp có suy giảm miễn dịch, điều có thể kéo dài và khả năng bệnh tái phát cao hơn.

5.2. Biến chứng

Trong một số trường hợp, nấm miệng có thể gây mất vị giác, lây lan xuống thực quản hoặc lan đi các cơ quan khác, lây từ mẹ sang con và ngược lại,...

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Niêm mạc miệng, lưỡi, nướu, khẩu cái, họng hết giả mạc, hết sung, đỏ, đau, không còn chảy máu, phục hồi vị giác.

7. TIÊU CHUẨN CHUYÊN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Vệ sinh răng miệng tốt.
- Khám sức khỏe răng miệng định kỳ.
- Vệ sinh hàm giả tốt.
- Điều trị bệnh nhiễm nấm âm đạo.
- Sử dụng miếng đệm cho con bú.
- Hạn chế thức ăn ngọt, tăng cường ăn sữa chua và các thực phẩm bổ sung lợi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.

7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
10. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

D10.0 – U LÀNH CỦA MÔI
[U MÔI, U NIÊM MẠC MIỆNG LÀNH TÍNH]
D10.1 - U LÀNH CỦA LƯỠI

1. ĐỊNH NGHĨA

U lành của lưỡi, u môi, u niêm mạc miệng lành tính là nang nhầy, khu trú ở niêm mạc môi, má, miệng, lưỡi. Lòng nang chứa dịch nhầy có nguồn gốc từ tuyến nước bọt phụ ở môi, má, miệng.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đến nay vẫn chưa rõ ràng, một số tác giả cho rằng cơ chế gây nang là do ống một tuyến nước bọt bị tắc, giãn phình.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có khối phồng ở niêm mạc môi, niêm mạc má, miệng, lưỡi.
- Bề mặt khối phồng có màu hồng hoặc tím nhạt, ranh giới rõ.
- Niêm mạc phủ mỏng, căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: không có dấu hiệu đặc trưng.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP.
 - + Tốc độ máu lắng.
 - + TS,TC/ TQ, TCK [APTT].
 - + Định lượng glucose máu/ HbA1C
 - + Các xét nghiệm, đo điện tim, X quang,.. liên quan bệnh lý nền.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng,... trong trường hợp mổ mê.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ u.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Ngoại khoa

Phẫu thuật cắt bỏ u.

4.2.2. Nội khoa

4.2.2.1. Kháng sinh

– Trường hợp bội nhiễm nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.

+ *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.

- + Hoặc *clindamycin*: tiêm IM/IV x 10 – 14 ngày.
- + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai truyền IV.
- Trường hợp bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ hoặc phẫu thuật các khối u có kích thước lớn: sử dụng kháng sinh đường uống 5 – 10 ngày:
 - + *Amoxicillin* hoặc *amoxicillin/clavulanate*.
 - + Hoặc *cephalosporins*.
 - + Hoặc *clindamycin*.
 - + Hoặc *spiramycin*.
 - + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole*

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids uống 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs uống 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* (không dùng chung cùng NSAIDs)

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine*.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Phẫu thuật cắt bỏ nang hoặc mở thông nang, nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

5.2. Biến chứng

Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng sàn miệng, môi, má, lưỡi và ảnh hưởng đến chức năng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- U đã được lấy hết.
- Vùng phẫu thuật sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu còn nguyên vẹn (nếu có).

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Cao huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Tiểu đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

– Vị trí nang không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám sức khỏe răng miệng định kỳ để phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mất*. Quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mất*. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
8. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

TIẾNG ANH

9. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
10. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
11. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
12. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
13. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
14. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.

15. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
16. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

BỆNH VIỆN MẮT – TAI MŨI HỌNG – RĂNG HÀM MẶT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

TÁI BẢN LẦN THỨ 3

LƯU HÀNH NỘI BỘ