

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: MẮT.....	3
CHẤP, LỆO	3
VIÊM KẾT MẠC.....	4
VIÊM GIÁC MẠC.....	5
CHẤN THƯƠNG MẮT	6
BÔNG MẮT.....	10
CHƯƠNG II: RĂNG HÀM MẶT	13
VIÊM LỢI.....	13
VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG.....	14
ABCÈS NHA CHU	15
VIÊM MÔ TẾ BÀO DO TAI BIẾN RĂNG KHÔN	16
VIÊM MIỆNG APHTE (NHIỆT MIỆNG).....	17
VIÊM MIỆNG HERPES.....	18
CHƯƠNG III. TAI MŨI HỌNG	21
DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ	21
DỊ VẬT THỰC QUẢN.....	23
DỊ VẬT MŨI.....	25
CHẤN THƯƠNG THANH KHÍ QUẢN.....	26
KHÓ THỞ THANH QUẢN NGƯỜI LỚN	27
VIÊM THANH THIỆT CẤP	28
ĐIẾC ĐỘT NGỘT	29
XỬ TRÍ CHẢY MÁU MŨI.....	30
BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI	32
CHẤN THƯƠNG MŨI XOANG	33
VỠ XOANG TRÁN.....	34
CHẤN THƯƠNG TAI.....	35
RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH.....	37
VIÊM TAI NGOÀI.....	38
VIÊM TAI GIỮA CẤP VÀ MÃN.....	38
NẤM ÓNG TAI	40
DỊ VẬT TAI.....	41
DÒ LUÂN NHĨ - ABSCESS LUÂN NHĨ.....	42
VIÊM MŨI DỊ ỨNG.....	43
VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH.....	43
VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH	45

VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH.....	46
ABSCESS VÁCH NGĂN MŨI.....	48
GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI.....	49
VIÊM HỌNG.....	52
VIÊM AMIDAN.....	53
VIÊM V.A.....	55
VIÊM THANH QUẢN CẤP Ở TRẺ EM.....	56
VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH.....	57
HẬU PHẪU MỠ KHÍ QUẢN.....	57
HẬU PHẪU NẠO V.A.....	59
HẬU PHẪU CẮT AMIDAN.....	59
HẬU PHẪU CẮT POLYPE - HẠT DÂY THANH.....	60

CHƯƠNG I: MẮT

CHẤP, LỆO

I/ Triệu chứng lâm sàng chấp

Sờ hoặc nhìn thấy khối tròn nhẵn, mềm nằm dưới da mi, cách bờ mi khoảng 5mm.

Khởi phát cấp tính: mi sưng nề đỏ, có điểm đau khu trú.

Liên quan đến viêm bờ mi về bệnh trứng cá.

I/ Triệu chứng lâm sàng lệo

Thấy khối hình bán cầu nằm ở bờ mi, có mũ màu trắng ở giữa.

Cảm giác đau khi chớp mắt.

Khởi phát khi cấp tính, mi mắt sưng nề, đỏ khu trú hoặc lan tỏa toàn bộ mi mắt, khó mở mắt.

Có thể nhiều khối nằm ở bờ mi, hay tái phát nếu có viêm bờ mi kèm theo.

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm soi tươi, nhuộm soi trực tiếp xác định khuẩn gram.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu.

Cận lâm sàng khi thực hiện thủ thuật: Xét nghiệm đông cầm máu, XQ ngực, điện tim.

III/ Điều trị

Tra thuốc:

Dung dịch Ofloxacin 0,3% nhỏ mắt 3-4 lần/ngày

Hoặc dung dịch Tobramycin 0,3% nhỏ mắt 3 -4 lần/ ngày

Chích chấp, lệo.

Chống viêm: alchymotrypsin 4,2mg x 02 viên/ lần x 2 lần/ngày.

Giảm đau: paracetamol

Dùng kháng sinh toàn thân khi cần thiết.

Vitamin A D

VIÊM KẾT MẠC

I/ Triệu chứng lâm sàng

Cơ năng

Mệt mỏi.

Cúm, khó chịu, cảm giác đau rát như có dị vật, bụi trong mắt.

Thị lực không giảm, có thể khó nhìn do tăng tiết dịch (do virus), mủ (do vi khuẩn)

Đặc biệt ở trẻ sơ sinh nếu thấy mủ nhiều tái tạo nhanh cần nghĩ đến viêm kết mạc do lậu cầu

Dính mi đặc biệt vào buổi sáng, phù mi.

Đôi khi sợ ánh sáng, chảy nước mắt nhiều nhưng không có tổn thương ở giác mạc.

Thực thể

Phù mi

Kết mạc cương tụ (phần lòng trắng của mắt đỏ), phù, kết mạc cương tụ ở ngoại vi hơn ở rìa giác mạc, không có cương tụ rìa.

Kết mạc có nhú gai, hoặc giả mạc

Giác mạc trong, tiền phòng và đồng tử bình thường, nhãn áp không cao

Cần kiểm tra viêm bờ mi, túi lệ, dị vật.

Toàn thân

Có thể sốt

Viêm họng

Hạch trước tai

Nốt mụn phỏng ở ngoài da mi và mặt

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm soi tươi, nhuộm soi trực tiếp xác định khuẩn gram.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, hóa sinh máu, xét nghiệm nước tiểu.

Đo nhãn áp

Soi đáy mắt

III/ Điều trị

Kháng sinh tra mắt

Dung dịch Ofloxacin 0,3% nhỏ mắt 3-4 lần/ngày

Hoặc dung dịch Tobramycin 0,3% nhỏ mắt 3 -4 lần/ ngày

Dinh dưỡng giác mạc

Bóc giả mạc

Chống viêm: alchymotrypsin 4,2mg x 02 viên/ lần x 2 lần/ngày.

Giảm đau: paracetamol

Dùng kháng sinh toàn thân khi cần thiết.

Vitamin A D

VIÊM GIÁC MẠC

I/ Triệu chứng lâm sàng

Cơ năng

Cộm, chói, đau nhức mắt.

Sợ ánh sáng, chảy nước mắt.

Nhìn mờ, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

Thực thể

Đỏ mắt.

Trên giác mạc có 1 ổ loét, ranh giới không rõ, đáy ổ loét thường phủ 1 lớp hoại tử bản.

Giác mạc xung quanh ổ loét bị mờ đi(do thâm nhiễm tế bào viêm và dịch)

Tiền phòng có thể có ngăn mủ

Nếu loét giác mạc do trực khuẩn mủ xanh thì bệnh cảnh lâm sàng rất nặng và rất cấp tính: ổ loét tiến triển nhanh, hoại tử mạnh trong 3, 4 ngày, có thể hoại tử toàn bộ giác mạc , có thể phải bỏ mắt.

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm soi tươi, nhuộm soi trực tiếp xác định khuẩn gram.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu.

Soi đáy mắt

Đo nhãn áp

III/ Điều trị

Điều trị kháng sinh chống vi khuẩn:

Thuốc tra mắt

Dung dịch Ofloxacin 0,3% nhỏ mắt 3-4 lần/ngày

Hoặc dung dịch Tobramycin 0,3% nhỏ mắt 3 -4 lần/ ngày

Thuốc uống: Amoxicilin 0,5g 1- 2g/ ngày, cách 8 giờ/ lần.

Thuốc tiêm: trường hợp loét do trực khuẩn mủ xanh có thể dùng gentamycin 80mg/ngày, TB dùng trong 5-7 ngày.

Điều trị phối hợp

Chống viêm không steroid

Giãn đồng tử, liệt cơ mi: dung dịch atropin 1-4% tra mắt 4 lần/ngày.

Vitamin A,B,C, D

Giảm đau: paracetamol

Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp: uống acetazolamid viên 250mg, 500mg/ ngày, uống chia 2 lần, khoảng cách 12 giờ/ lần. cần uống phối hợp với kaliclorid viên 600mg, liều 1,2g / ngày, uống chia 2 lần, khoảng cách 12 giờ/ lần để tránh mất kali

CHẤN THƯƠNG MẮT

Chấn thương mắt được chia làm 2 loại: chấn thương đụng giập nhãn cầu và chấn thương xuyên nhãn cầu

CHẤN THƯƠNG ĐỤNG GIẬP NHÃN CẦU

1. Chấn thương đụng giập phần trước nhãn cầu

1.1 Xuất huyết dưới kết mạc(XHDKM)

- XHDKM có màu đỏ tươi, di chuyển cùng kết mạc, thường có phù, giập rách kết mạc kèm theo, xuất hiện ngay sau chấn thương

- XHDKM tái phát có thể phối hợp với bệnh toàn thân như cao huyết áp, bệnh đái tháo đường hoặc bệnh ưa chảy máu

- Xuất huyết thường tự khỏi trong 1-2 tuần

1.2 Phù giác mạc

- Tổn thương ở biểu mô và nội mô gây phù và đục giác mạc

- Điều trị: tra dinh dưỡng giác mạc

1.3 Viêm mống mắt thể mi do chấn thương

- Triệu chứng chủ quan: sợ ánh sáng, mắt kích thích, chảy nước mắt, đau nhức, giảm thị lực

- Triệu chứng thực thể: cương tụ rìa, hiện tượng Tyndall ở tiền phòng, nhãn áp thường hạ do rối loạn chức năng của thể mi

- Điều trị:

+ Tra thuốc liệt thể mi trong những trường hợp nhẹ : atropine 1% 2 lần/ ngày

+ Khi có phản ứng viêm nhiều có thể phối hợp thêm corticoid tra tại mắt

1.4 Xuất huyết tiền phòng do chấn thương (XHTP)

- XHTP là hiện tượng máu tích tụ trong tiền phòng. Tùy theo mức độ chấn thương nặng hay nhẹ, tổn thương của mạch máu nhiều hay ít mà XHTP có thể từ dưới dạng một số hồng cầu di động khi khám bằng đèn khe hoặc cục máu đông ở tiền phòng đến máu ngập đầy tiền phòng, không trông thấy các thành phần khác của nhãn cầu

- Các tổn thương phối hợp có thể gặp : xước giác mạc, viêm mống mắt, giãn đồng tử và tổn thương các cấu trúc ở góc tiền phòng như lùi góc tiền phòng, rách vùng bệ, đứt chân mống mắt, đục lệch thể thủy tinh...

- Xuất huyết tái phát thường nặng hơn xuất huyết lúc ban đầu có thể dẫn đến tăng nhãn áp, glacom sau chấn thương, teo thị thần kinh, ngấm máu giác mạc

- Điều trị XHTP sau chấn thương phải tránh nguy cơ xuất huyết tái phát

+ Điều trị nội khoa:

. bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, băng che mắt, nằm đầu cao, theo dõi nhãn áp

. Tra thuốc liệt thể mi, thuốc corticoid, khi có nhãn áp cao cần tra thuốc hạ nhãn áp hoặc uống (ức chế men carbonic anhydrase) để phòng biến chứng ngấm máu giác mạc

+ Điều trị ngoại khoa: chỉ định phẫu thuật tùy thuộc vào tình trạng máu tiền phòng, thời gian bị chấn thương, tình trạng nhãn áp, tổn thương phối hợp. Sau điều

trị 5 ngày máu không tiêu cần chọc rửa tiền phòng và rửa bằng dung dịch muối đẳng trương. Phẫu thuật tốt nhất nên tiến hành vào ngày thứ 5 đến thứ 7 sau chấn thương

2. Chấn thương đụng giập phần sau nhãn cầu

2.1 Chấn động võng mạc

- Là tổn hại các lớp võng mạc ngoài do đụng giập nhãn cầu, ngay sau chấn thương mắt nhìn mờ nhiều, sau vài phút vài giờ mắt nhìn rõ hơn
- Soi đáy mắt thấy võng mạc trắng đục, thường thấy ở cực sau nhãn cầu sau đó rút lui không còn dấu vết gì, mạch máu võng mạc không bị tổn thương, thị lực phục hồi tốt

2.2 Xuất huyết dịch kính

- Do tổn thương các mạch máu của thể mi, võng mạc hoặc hắc mạc
- Có thể thấy xuất huyết sau dịch kính, xuất huyết trong dịch kính, xuất huyết có thể do rách võng mạc hoặc vỡ củng mạc, cần nhỏ giãn và soi đáy mắt bằng kính soi đáy mắt gián tiếp
- **Điều trị nội khoa:** bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường đầu kê cao, tiêm tĩnh mạch thuốc tăng thẩm thấu
- **Điều trị ngoại khoa:** phụ thuộc vào tình trạng tiêu máu, tổn thương phối hợp, thường cắt dịch kính nếu máu không có xu hướng tiêu sau 4-6 tuần trở ra, nếu có biến chứng thì phẫu thuật sớm hơn

3. Chấn thương nhãn cầu không xuyên thấu

3.1 Rách lớp giác mạc

- Không cần khâu khi vết rách nhỏ, mép mịm khép kín, seidel(-)
- Khâu vết thương khi mép rách dài, phù nề, có xu hướng toác rộng, gây loạn thị, seidel (+)

3.2 Rách lớp củng mạc: nên khâu vết thương tạo sự liền sẹo tốt cho vết thương

II. VẾT THƯƠNG XUYÊN NHÃN CẦU

1. Đặc điểm của vết thương xuyên nhãn cầu

- Thường kèm theo phôi các tổ chức nội nhãn: mông mắt, thể mi, hắc võng mạc, thủy tinh thể, dịch kính
- Vết thương xuyên nhãn cầu có kèm thoát các chất dịch ra ngoài gây rối loạn dinh dưỡng các tổ chức trong mắt
- Vết thương xuyên nhãn cầu là một vết thương hở nên vi khuẩn, nấm ... dễ dàng xâm nhập vào mắt gây nhiễm trùng nội nhãn
- Tại vị trí vết thương xuyên các tổ chức bị giập nát hoại tử tạo nên các độc tố gây rối loạn có tính chất dị ứng ở mắt
- Vết thương xuyên nhãn cầu có thể gây nhãn viêm đồng cảm cho mắt lành.

2. Điều trị:

- Ngay từ đầu cần thiết loại trừ những tổn thương đe dọa tính mạng của bệnh nhân, nếu có cần ưu tiên điều trị trước
- Cần hỏi bệnh chi tiết, tỉ mỉ, chú ý hoàn cảnh xảy ra chấn thương, tư thế làm việc, tư thế bị chấn thương
- Cách thức đã xử trí trước nhập viện: điều trị nội khoa, ngoại khoa, thuốc đã dùng, phẫu thuật đã làm

- Thị lực hai mắt trước khi bị chấn thương, có mắc bệnh gì, đã được điều trị gì...

2.1 Triệu chứng chủ quan: nhiều mức độ cộm, chói, đau nhức, chảy nước mắt, co quắp mi, giảm thị lực có thể ST(-)

2.2 Triệu chứng thực thể: Khám với đèn khe xác định vị trí vết thương

- Sung nề mi, tụ máu hốc mắt, vết thương da mi
- Rách kết mạc, phù nề, tụ máu kết mạc
- Vị trí rách giác mạc, củng mạc, giác củng mạc : ở kinh tuyến nào, cách rìa bao nhiêu mm, vết rách thẳng, nham nhở...
- Rách giác mạc, củng mạc, tiền phòng nông, seidell(+), tiền phòng có thể có máu, mủ hoặc dị vật
- Thủy tinh thể có thể đục hoặc vỡ
- Dịch kính: có thể xuất huyết trong dịch kính
- Phôi kẹt tổ chức nội nhãn tại vị trí vết thương: mỏng mắt, thể mi, dịch kính, hắc võng mạc, có thể kèm dị vật nội nhãn
- Có thể kèm theo các tổn thương khác ngoài nhãn cầu như rách da mi, đứt lệ quản

3. Điều trị

- Phục hồi sự toàn vẹn nhãn cầu
- Đề phòng các biến chứng
- Tăng thị lực
- Ưu tiên xử trí vết thương xuyên nhãn cầu trước, sau đó mới xử trí vết thương da mi, lệ quản, không được gây thêm tổn thương mới cho mắt trong lúc xử trí

3.2 Điều trị nội khoa

- Tiêm SAT
- Kháng sinh : dùng cả đường toàn thân và tại chỗ, phối hợp 2 kháng sinh phổ rộng, khi nghi ngờ viêm nội nhãn tiêm kháng sinh nội nhãn Gentamycin 0,4 mg.
- Dùng corticoid toàn thân: uống Medrol 0,5- 1 mg/kg cân nặng/ ngày
- Thuốc chống viêm nonsteroid
- Thuốc chống dính: Atropin 0,5%- 1%- 4%
- Thuốc tiêu máu, giảm đau, an thần
- Thuốc tăng sức đề kháng : các vitamin A, B, C...

3.3 Phẫu thuật xử trí các vết rách giác củng mạc

3.3.1 Khâu giác mạc

- Khâu mũi rời, khâu vắt, bằng chỉ 10.0 nylon
- Mũi kim không đi quá 90% nhu mô, độ dài mũi khâu khoảng 1,5cm, không xuyên thủng, khâu đối xứng độ sâu 2 mép vết thương, mũi kim vuông góc với vết rách, cách xa đều vết rách
- Tái tạo tiền phòng bằng không khí
- Khi có vỡ thể thủy tinh : tùy thuộc vào tình trạng vết thương
- + Nếu chất nhân chưa bung ra khỏi tiền phòng chỉ cần khâu giác mạc, lấy thể thủy tinh thì 2

+ Nếu chất nhân vỡ vào tiền phòng gây viêm nhiễm: Lấy thể thủy tinh cùng thì sau khi đã khâu kín mép vết thương

3.3.2 Khâu củng mạc:

- Khâu mũi rời, chỉ 7- 8 nilon
- Khâu dần từ đầu rách củng mạc phía trước ra củng mạc phía sau
- Nếu rách giác củng mạc rách qua rìa thì cần khâu 1 mũi chỉ đầu tiên ở vị trí vùng rìa để phục hồi môc giải phẫu
- Nếu rách ngay chân cơ trực có thể phải cắt cơ trực tạm thời để khâu củng mạc trước, sau đó đính lại cơ trực

Kết thúc phẫu thuật tiêm kháng sinh dưới kết mạc hoặc cạnh nhãn cầu:

Gentamycin 1/2ml, hydrocortisone 125mg x 1/2 ml.

BÔNG MÁT

I/ Lâm sàng

1. Bông nóng

Khi tác nhân có sức nóng như lửa, khói, nước sôi, dầu rán... tác động vào mắt, lập tức mi mắt sẽ nhắm lại để che chở cho nhãn cầu nên bông mắt thường nhẹ. Cần khám một cách hệ thống để đánh giá mức độ bông toàn thân. Điều trị toàn thân là chủ yếu, điều trị tại mắt chỉ là phối hợp. Tra mắt thuốc kháng sinh và những thuốc có tác dụng tăng cường dinh dưỡng.

2. Bông mắt do bức xạ

2.1 Bông mắt do những bức xạ ion hoá

Có thể gặp bông mắt do tia g, tia X ở những bệnh nhân được điều trị tia xạ những khối u vùng hàm mắt, ở những nạn nhân của những vụ nổ hạt nhân hoặc rò rỉ phóng xạ từ lò phản ứng của nhà máy điện nguyên tử.

Tổn thương mắt thường rất nặng. Giác mạc khô nhuyễn do các tế bào sinh trưởng, tái tạo giác mạc đều bị tia xạ tiêu diệt. Sau đó là tổn thương bội nhiễm gây hoại tử thủng giác mạc dẫn đến nhiễm trùng tổ chức nội nhãn. Cuối cùng thường phải bỏ nhãn cầu.

2.2 Bông mắt do tia laser

Tia laser ngày nay được áp dụng một cách rộng rãi trong sản xuất công nghiệp, trong quân sự và trong y học. Bản chất của laser là một chùm ánh sáng đơn sắc mang năng lượng (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation), nó có khả năng xuyên qua những môi trường trong suốt và những mô không có sắc tố. Khi đến lớp biểu mô sắc tố của võng mạc chùm tia laser bị hấp thụ, năng lượng ánh sáng (quang năng) chuyển thành nhiệt năng gây bông làm đông đặc protein trong tế bào và làm chết tế bào. Sau đó các tế bào xơ sẽ phát triển thay thế để lại tổ chức sẹo. Như vậy tia laser gây bông võng mạc không có khả năng phục hồi.

Khi ta nhìn lâu vào mặt trời, trong những dịp có nhật thực, mắt sẽ hấp thụ một lượng lớn những tia sáng mang năng lượng và hậu quả là sau đó bệnh nhân thấy mắt tối sầm, chảy nhiều nước mắt, khám võng mạc thấy vùng võng mạc trung tâm phù dày lên. Cuối cùng tổn thương để lại sẹo dẫn đến ám điểm trung tâm trong thị trường.

2.3 Bông mắt do tia cực tím (tia tử ngoại)

Tia cực tím có nhiều ở bãi biển, trên những ngọn núi tuyết, được phát ra từ ánh sáng hồ quang và thậm chí cả từ một vài loại đèn được sử dụng chiếu sáng sân khấu.

Sau khi tiếp xúc với một lượng lớn tia cực tím khoảng 2 - 6 giờ bệnh nhân thấy hai mắt đau nhức dữ dội, nước mắt chảy nhiều, cảm giác chói mắt, sợ ánh sáng không mở được mắt. Khám thấy mi mắt co quắp, giác mạc tổn thương nông, bắt màu fluorescein dày đặc nhưng không có tổn thương đáy mắt.

Xử trí bằng tra thuốc tê bề mặt 5 phút / 11ần cho đến khi bệnh nhân mở được mắt tự nhiên. Sau đó bằng kính mắt với thuốc mỡ kháng sinh cho mắt nghỉ ngơi, tránh những tiếp xúc cơ giới. Biểu mô giác mạc sẽ tái tạo hoàn toàn sau 24 giờ.

3. Bông mắt do hoá chất

Triệu chứng cơ năng

Ngay sau tai nạn bệnh nhân thấy đau buốt hoặc cay xè trong mắt. Đồng thời mắt nhìn mờ hẳn đi, không nhận ra người thân và cảnh vật xung quanh. Những dấu hiệu kèm theo thường thấy là chảy nước mắt giàn dụa, chói mắt sợ ánh sáng, không mở được mắt. Trạng thái toàn thân thường kích động lo lắng, hoảng hốt và đau đớn.

Triệu chứng thực thể

+ Mi mắt: Nếu bỏng mắt do axít đậm đặc mi mắt thường tổn thương rất nặng, da mi hoại tử cháy xém có khi hoại tử sâu toàn bộ chiều dày mi. Nếu bỏng mắt do axít nồng độ trung bình hoặc do chất kiềm hay do các loại hoá chất khác mi mắt thường tổn thương nhẹ hơn. Da mi phồng rộp hoặc tấy đỏ. Nhẹ hơn nữa chỉ thấy da mi tái nhợt đi.

Co quắp mi là dấu hiệu thường thấy chứng tỏ có tổn thương của giác mạc kèm theo.

+ Kết mạc

Tổn thương kết mạc mức độ nhẹ: kết mạc cương tụ xung huyết, nhìn mắt có màu đỏ.

Tổn thương kết mạc mức độ trung bình: kết mạc phù vừa phải, ít khi phù mọng phòi ra ngoài khe mi.

Tổn thương kết mạc mức độ nặng: kết mạc phù và xuất huyết. Xuất huyết chứng tỏ sự thiếu máu của kết mạc do tắc mạch hoặc tổn thương thành mạch, lúc khởi kết mạc có nhiều tân mạch.

Tổn thương kết mạc mức độ đặc biệt nặng: kết mạc bị hoại tử. Dùng kim hoặc kéo rạch kết mạc không thấy đau và chảy máu, dấu hiệu Amsler.

+ Giác mạc

Tổn thương bỏng trên giác mạc cũng có bốn mức độ như trên kết mạc:

Tổn thương mức độ nhẹ: tổn thương nông ở biểu mô, giác mạc bắt màu fluorescein rải rác.

Tổn thương mức độ trung bình: cũng chỉ là tổn thương nông nhưng rộng hơn mức độ trên. Biểu mô trở thành đám rộng bắt màu fluorescein. Khi biểu mô bong toàn bộ nếu khám không kỹ có thể nhầm là thử nghiệm fluorescein âm tính.

Tổn thương mức độ nặng: tổn thương đã sâu đến nhu mô. Giác mạc phù đục, màng descemet giãn ra tạo thành những nếp.

Tổn thương đặc biệt nặng: giác mạc đục trắng như sứ, không nhìn thấy tiền phòng và móng mắt nữa.

II/ Điều trị bỏng mắt

+ Xử trí sơ cứu: Rửa mắt thật nhiều nước và kéo dài bằng bất kỳ nguồn nước sạch nào sẵn có tại hiện trường để làm giảm nồng độ chất gây bỏng. Thời gian rửa mắt phải kéo dài tối thiểu là 15 phút cho một mắt. Riêng đối với bỏng mắt do vôi cần kiểm tra và lấy hết vôi cục trong mắt nếu có trước khi rửa mắt.

Cần tuyệt đối tránh

Dùng các nguồn nước đã bị ô nhiễm để rửa mắt vì sẽ gây nhiễm trùng mắt dẫn đến loét thủng giác mạc.

Dùng axít để trung hoà bazơ và ngược lại: làm như vậy sẽ gây bỏng hỗn hợp, giúp hoá chất ngấm rộng ra và vào sâu hơn.

- + Cần đo pH mắt ngay lập tức. Nếu pH chưa trung tính cần tiếp tục rửa mắt bằng dung dịch đẳng trương đến khi pH = 7. Nếu thấy tổn thương đã ngấm sâu có thể rửa mắt liên tục bằng cách nhỏ giọt vào mắt qua hệ thống dây truyền. Đồng thời phải tiến hành rửa sạch lệ đạo tránh viêm dính về sau.
- + Tra mắt thuốc kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng, ưu tiên dùng thuốc mỡ để hạn chế dính mi cầu. Dùng kháng sinh toàn thân khi bỏng nặng.
- + Tra Atropin để phòng dính màng mắt vào mặt trước thể thủy tinh. Ngày tra 2 lần, mỗi lần 1 giọt. Chú ý bịt lỗ lệ để tránh thuốc xuống miệng gây ngộ độc ở trẻ em.
- + Phòng dính mi cầu: tra mỡ kháng sinh vào cùng đồ trên và dưới, day nhiều lần trong ngày hoặc đặt khuôn chống dính vào ngày thứ 2-3 sau bỏng.
- + Tăng cường dinh dưỡng kết giác mạc: tra mắt các chế phẩm có vitamin nhóm A, B,C hoặc tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc. Tăng cường khẩu phần ăn giàu protein và vitamin. Uống nhiều nước để thải trừ chất độc.
- + Dùng thuốc giảm đau và an thần theo đường tại chỗ và toàn thân. Áp dụng tâm lý liệu pháp, an ủi động viên bệnh nhân.

CHƯƠNG II: RĂNG HÀM MẶT

VIÊM LỢI

I/ Triệu chứng lâm sàng

Thay đổi màu sắc lợi

Thay đổi kích thước lợi

Lợi có xu hướng bị bong ra nhưng không đau

Chảy máu khi thăm khám hoặc chảy máu tự nhiên.

Thăm khám có thể thấy mảng bám răng, cao răng.

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu.

XQ hàm hoặc XQ panorama

Cận lâm sàng khi thực hiện thủ thuật: Xét nghiệm đông cầm máu, XQ ngực, điện tim.

III/ Điều trị

Lấy cao răng, đánh bóng mặt răng.

Loại bỏ các yếu tố dễ gây tích tụ mảng bám răng.

Điều trị kháng sinh khi viêm lợi nặng: spiramycin 750 000UI + metronidazol

125mg: người lớn uống 2-3 viên/ lần x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày. Trẻ em uống 2 viên/ ngày chia 2 lần.

Chống viêm: alchymotrypsin 4,2mg x 02 viên/ lần x 2 lần/ngày.

Giảm đau: paracetamol

Vitamin C

Phẫu thuật cắt lợi nếu viêm lợi phì đại

VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I/ Triệu chứng lâm sàng

Toàn thân: có sốt, có thể có phản ứng hạch vùng.

Cơ năng: đau nhức răng, đau tự nhiên liên tục, đau răng khi ăn nhai, ít đáp ứng thuốc giảm đau. Cảm giác trời răng

Thực thể:

Răng có lỗ sâu, có thể hở tủy hoặc không hở tủy

Răng có thể đổi màu

Gõ dọc răng đau

Răng lung lay

Lợi vùng quanh cuống răng sưng nề, ấn đau.

Thử tủy (-)

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

XQ hàm hoặc XQ cận chóp hoặc XQ panorama

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu.

III/ Điều trị

Điều trị toàn thân:

Kháng sinh : spiramycin 750 000UI + metronidazol 125mg: người lớn uống 2-3 viên/ lần x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày. Trẻ em uống 2 viên/ ngày chia 2 lần.

Chống viêm: alchymotrypsin 4,2mg x 02 viên/ lần x 2 lần/ngày.

Giảm đau: paracetamol

Điều trị nội nha: lấy tủy răng, hàn kín hệ thống ống tủy.

ABCÈS NHA CHU

I. TRIỆU CHỨNG

- Lợi sưng, đổi màu đỏ, phồng cao ở một răng tương ứng hoặc nhiều răng
- Răng lung lay, đau nhức dữ dội, đau âm ỉ
- Răng có nhiều cao răng, không sâu răng
- Đôi khi có sốt nhẹ
- Tái phát nhiều lần

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

XQ hàm hoặc XQ cận chóp hoặc XQ panorama

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu.

Cận lâm sàng khi thực hiện thủ thuật: Xét nghiệm đông cầm máu, XQ ngực, điện tim.

III. HƯỚNG XỬ TRÍ

A. Toàn thân:

Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng: nhóm betalactam hoặc phối hợp kháng sinh spiramicin 750000UI + metronidazol 125mg (naphacogyl, rodogyl ...)

Dùng thuốc giảm đau: Paracetamol

Dùng kháng viêm, giảm nề: Medrol 4mg, Alphachymotrypsin 4,2mg

Trợ sức: vitamin C

B. Tại chỗ

Súc miệng bằng dung dịch clohexidine, dung dịch natriclorid 0,9%

Sau khi triệu chứng cấp tính giảm:

Lấy cao răng

Gây tê nạo ổ abcès nha chu lấy sạch mô hạt, mô hoại tử.

Chữa tủy răng nếu chết tủy ngược dòng.

C. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

VIÊM MÔ TẾ BÀO DO TAI BIẾN RĂNG KHÔN

I. TRIỆU CHỨNG

- Đau vùng răng mới mọc
- Má cùng bên sưng, tụ hoặc lan tỏa
- Khít hàm hoặc há miệng hạn chế
- Nhai, nuốt, nói khó
- Lợi trùm sưng, ấn có mủ chảy ra
- Sốt.

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

XQ hàm hoặc XQ cận chóp hoặc XQ panorama

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, CRP, xét nghiệm nước tiểu.

Cận lâm sàng khi thực hiện thủ thuật: Xét nghiệm đông cầm máu, XQ ngực, điện tim.

III. XỬ TRÍ

1. Dùng kháng sinh

- Nhóm Amoxicillin + acid clavulanic 625mg x 2 lần/ ngày

Hoặc nhóm Cefalosporin thế hệ thứ III, Kết hợp Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày

- Khi VMTB lan nhanh, ở người bị tiểu đường hoặc suy giảm miễn dịch:

Cefotaxime, hoặc Ceftriaxone 1g 2- 4 g/ ngày

Kết hợp: Gentamycine 80mg x 2 lần /ngày

Có thể thêm Metronidazol 500mg/ 100ml truyền tĩnh mạch.

2. Dùng kháng viêm:

Solumedrol 40mg 1-2 ống/ ngày, tiêm tĩnh mạch.

3. Dùng giảm đau hạ sốt:

Aspirine 500 mg – 1000 mg/ ngày

Hoặc Paracetamol 0,5g -2g/ngày

4. Nâng cao thể trạng: Vitamin B1B6B12, vitamin C

5. Điều trị nguyên nhân:

Rạch tháo mủ, có thể rạch một hoặc nhiều đường tùy mức độ lan tỏa

Nhổ răng nguyên nhân.

VIÊM MIỆNG APHTE (NHIỆT MIỆNG)

I. MÔ TẢ SANG THƯƠNG

- Vết loét 1 – 5 mm ở niêm mạc môi, má, lưỡi, lợi răng, hình tròn hoặc bầu dục, đáy lõm, màu vàng, xung quanh là quầng ban đỏ.

- Đau dữ dội như bỏng, rát, đau tự phát hoặc khi bị kích thích như ăn, uống. Không gây triệu chứng toàn thân.

Nguyên nhân chưa rõ, có vài yếu tố làm phát sinh lở miệng như: tâm lý căng thẳng (stress), hành kinh, thiếu vitamin nhóm B, khoáng chất...

II/ cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu.

XQ hàm hoặc XQ cận chóp hoặc XQ panorama

III. XỬ TRÍ

- Có thể tự lành sau 1 tuần không để lại sẹo. Cá biệt có những trường hợp vết loét quá lớn có thể kéo dài hàng tháng mới lành.

- Điều trị tại chỗ:

+ Súc miệng bằng dung dịch kháng sinh như Chlohexidine, dung dịch natriclorid 0,9%

+ Cream bôi tại chỗ như: Kamistad gel, Metrogyl denta.

+ Dùng giảm đau:

Paracetamol 500mg, 2-3 lần/ngày

+ Vitamine hỗ trợ:

Vitamin C 500mg 1viên x 2 lần/ngày

Hoặc mutiVitamin 1viên x 2 lần/ngày

Vitamin PP 500mg 1viên x 2 lần/ngày

+ Chỉ sử dụng kháng sinh và kháng viêm khi có dấu hiệu bội nhiễm

Nhóm cephalosporin hoặc Kháng sinh : spiramycin 750 000UI + metronidazol 125mg: người lớn uống 2-3 viên/ lần x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày. Trẻ em uống 2 viên/ ngày chia 2 lần.

Kháng viêm: Alphachymotrypsin 4,2mg : 2-4 viên/ ngày

Medrol 4mg: Từ 1-2mg/kg/ngày, uống sau ăn no

- Nâng cao thể trạng: nghỉ ngơi, sinh tố, vitamin...

VIÊM MIỆNG HERPES

- Nhiễm Herpes nguyên phát (còn gọi là Viêm miệng, lợi do Herpes cấp tính): biểu hiện toàn thân nhiễm trùng, hầu hết xảy ra ở trẻ em.
- Nhiễm Herpes ở môi (thường gặp): sốt, ớn lạnh, mụn nước ở môi, màu đỏ sậm.

- Nhiễm Herpes ở niêm mạc miệng: xảy ra ở niêm mạc bị sừng hóa như: khẩu cái cứng, lưng lưỡi, nướu sừng hóa.

Δ≠ với Apthe: apthe thường xảy ra ở vùng niêm mạc lỏng lẻo, không bị sừng hóa như: niêm mạc má, môi, sàn miệng, mặt dưới lưỡi và không có giai đoạn mụn nước; ngoài ra loét do apthe kích thước lớn hơn do herpes.

Δ xác định nhiễm herpes bằng tế bào học và cấy virus. Gần đây CRP có thể biểu hiện mức DNA trong mô, nhạy cảm hơn và nhanh hơn cấy virus.

I. TRIỆU CHỨNG

- Tại chỗ: Niêm mạc môi má lưỡi có nhiều mụn nước rải rác hoặc liên kết lại. Dễ vỡ trong 24h để lại vết loét bao quanh bởi một vùng ban đỏ.
- Toàn thân: Sốt, khó chịu, đau ở miệng, lợi.

II/ Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu, CRP, xét nghiệm nước tiểu.

III. XỬ TRÍ

- Súc miệng bằng dung dịch kháng sinh như Chlohexidine, hoặc dung dịch natriclorid 0,9%

- Dùng thuốc kháng virus:

Acyclovir 200mg 2 viên x 5 lần / ngày

- Dùng thuốc giảm đau:

Paracetamol 500mg, 2-3 lần/ ngày

- Kháng viêm: Alphachymotrypsin 4,2mg : 2-4 viên/ ngày

Medrol 4mg: Từ 1-2mg/kg/ngày, uống sau ăn no

- Dùng Vitamin hỗ trợ:

Vitamin C 1viên x 2 lần/ ngày

Hoặc Vitamin B1B6B12 1viên x 2 lần/ ngày

- Dùng Bleu Methyline: Bôi lên sang thương.

- Chỉ sử dụng kháng sinh và kháng viêm khi có dấu hiệu bội nhiễm

Nhóm Cephalosporin 2viên x 2 lần/ ngày

Hoặc Spiramycin 750 000UI + metronidazol 125mg: người lớn uống 2-3 viên/ lần x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày. Trẻ em uống 2 viên/ ngày chia 2 lần.

BỆNH SÂU RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt. + Thay đổi màu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường.

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

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

Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

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

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

b. Triệu chứng thực thể

- Tổn thương mất mô cứng của răng

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

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

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

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

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

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

- Nghiệm pháp thử tuỷ

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

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

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

c. X quang:

Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

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

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

2. Điều trị

a. Tồn thương sâu răng sớm

- Tái khoáng hóa

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

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

b. Tồn thương đã hình thành lỗ sâu

- Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng

+ Lấy ngà mủn.

+ Sửa soạn thành lỗ sâu.

+ Sửa soạn đáy lỗ sâu.

+ Làm sạch lỗ sâu.

+ Hàn lót che phủ bảo vệ tủy.

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

+ Hoàn thiện.

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

- Hẹn kiểm tra định kỳ.

IV. BIẾN CHỨNG

- Viêm tủy răng.

- Viêm quang cuống răng.

V. PHÒNG BỆNH

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

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

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

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

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

CHƯƠNG III. TAI MŨI HỌNG

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

ĐẠI CƯƠNG:

Dị vật đường thở là những vật không phải là không khí rơi vào thanh khí phế quản gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm.

Loại dị vật:

Hạt: đậu phộng, mãng cầu, saboche,.....

Xương cá, vẩy ốc, vẩy cá,.....

Nắp bút,.....

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Diễn hình là hội chứng xâm nhập: khó thở, tím tái, ho sặc sụa.

Dị vật thanh quản:

Khó thở thanh quản:

+ Khó thở chậm

+ Khó thở hít vào

+ Khó thở có tiếng rít

Khàn tiếng hay mất tiếng

Dị vật khí quản:

Khó thở cả 2 thì

Có thể tạo tiếng “*lật phật cờ bay*”

Dị vật phế quản:

Tức ngực, đau ngực

Cảm giác khó thở một bên phổi

Dị vật bỏ quên:

Triệu chứng giống viêm phế quản mạn tính hoặc lao phổi

CHẨN ĐOÁN:

Hội chứng xâm nhập.

Cận lâm sàng:

+ X quang cổ thẳng – nghiêng, X quang ngực thẳng.

+ Nội soi TMH

+ CT – Scan cổ - ngực

ĐIỀU TRỊ:

Soi thanh – khí - phế quản:

Gây mê tĩnh mạch kèm sử dụng thuốc giãn cơ

Soi bằng ống cứng nguồn sáng lạnh

Kiểm gấp dị vật các cỡ

Ngay sau khi soi lấy được dị vật, cần phải soi lại ngay để kiểm tra

Chú ý dùng que bông tẩm Adrenalin để cầm máu và làm co niêm mạc khí phế quản trước và sau khi lấy dị vật

Điều trị và theo dõi tổn thương:

Chảy máu trong lòng khí - phế quản: cần soi lại kiểm tra

Khó thở

Theo dõi biến chứng

Corticoide liều cao đường tĩnh mạch

Cephalosporin - Thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim, Cefetamet...

Giảm đau

Nội soi TMH kiểm tra.

Vấn đề mở khí quản:

Được chỉ định có khó thở thanh quản độ II, độ III

Kết luận:

Bệnh thường gặp ở trẻ em hơn người lớn

Đây là bệnh nguy hiểm cần xử trí đúng lúc, kịp thời

Bệnh có thể phòng ngừa được, cần chú ý khi cho trẻ ăn các loại trái cây có hạt, thực phẩm có xương, không ngậm đồ vật trong khi làm việc.

DỊ VẬT THỰC QUẢN

ĐAICUÔNG:

Dị vật thực quản là một cấp cứu thường gặp. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm dễ gây nhiều biến chứng nguy hiểm.

Dị vật thường là: + Động vật: xương cá, xương gà, xương heo,...

+ Thực vật: các loại hạt...

+ Kim loại: kim tây, đinh, hàm răng giả...

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG: Tùy bản chất của dị vật và thời gian sớm hay muộn:

Giai đoạn đầu:

Ngay sau khi nuốt phải dị vật, khó nuốt, nuốt đau. Triệu chứng tắc nghẽn là chính.

Giai đoạn thứ hai:

Viêm thực quản abscess dưới niêm mạc thực quản, xuất hiện sau 24 giờ.

Triệu chứng: sốt, nuốt đau, chảy nước miếng nhiều

Giai đoạn thứ ba: (giai đoạn biến chứng)

Viêm tấy quanh thực quản, có túi mủ ngoài thực quản, abscess cạnh cổ, viêm trung thất, thủng động mạch lớn.... thường xuất hiện sau 5-7 ngày.

CHẨN ĐOÁN:

Lâm sàng + thời gian đến sớm hay muộn.

Nội soi TMH

X-quang cổ thẳng - nghiêng, X-quang ngực thẳng, CT scanner cổ-ngực.

Nội soi thanh quản ống cứng, nội soi thực quản ống mềm kiểm tra

ĐIỀU TRỊ:

Giai đoạn sớm:

Soi thực quản ống mềm lấy dị vật.

Nếu thất bại, soi thực quản ống cứng dưới gây mê hoặc tê để gắp dị vật. Kiểm tra lại lòng thực quản, nếu ổn cho bệnh nhân xuất viện.

Nếu niêm mạc thực quản trầy xước nghi ngờ thủng thì đặt tube Levin, nhập viện theo dõi trong 3 ngày. Thuốc:

+ Cephalosporin – Thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim, Cefetamet...

+ Giảm đau.

+ Sinh tố.

Dị vật thực quản vào theo đường tự nhiên có thể lấy qua đường tự nhiên. Tuy nhiên có những trường hợp không lấy được dị vật như hàm răng giả lớn có móc kim loại, khi đó phải can thiệp phẫu thuật.

Dị vật ở đoạn cổ: mở cạnh cổ, bộc lộ thực quản, rạch thực quản lấy dị vật.

Dị vật đoạn ngực: phối hợp với phẫu thuật lồng ngực.

Giai đoạn muộn:

Có abscess cạnh cổ: mở cạnh cổ để dẫn lưu mủ đồng thời tìm dị vật ở nơi thủng thực quản. Sau mổ để hở, đặt Tube Levin, thay băng hằng ngày, thuốc:

+ Cephalosporin thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim, Cefetamet...

3g – 6g/ ngày tĩnh mạch

+ Corticoide

+ Giảm đau

+ Sinh tố

Khi abscess quá lớn chèn ép thanh khí quản: mở khí quản trước để kiểm soát đường thở.

Sau 1 tuần, đóng da vết thương, rút tube levin và soi kiểm tra lại thực quản.

Biến chứng nặng: abscess cạnh cổ lan xuống trung thất, phối hợp với phẫu thuật lồng ngực hoặc ngoại mạch máu.

Theodõi: + X-quang phổi và công thức máu 2 ngày/1lần

+ Lâm sàng + Nội soi TMH kiểm tra.

DỊ VẬT MŨI

ĐẠI CƯƠNG:

Thường gặp trẻ 2 – 5 tuổi. Dị vật nhiều dạng: đồ chơi, thức ăn, đậu, lúa, ngô, cúc áo....

Hoặc dị vật do sặc thức ăn từ miệng qua lỗ mũi sau vào hốc mũi, bị mắc kẹt ở các khe mũi không ra được.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Dị vật vào mũi gây phù nề, ngạt tắc mũi nhưng chỉ bị ở một bên nên trẻ không khó chịu và không được biết đến.

Sau vài ngày hốc mũi bên đó bị tắc hẳn và chảy mũi mủ có mùi hôi, thối rữa.

CHẨN ĐOÁN:

Khám: hốc mũi một bên đầy mủ hôi ứ đọng, khe dưới hay khe giữa có một khối có mủ bám quanh, thường tròn, nhẵn nên hay lầm lẫn là khối u hốc mũi.

Nội soi mũi.

Xquang mũi thẳng – nghiêng (khicần).

ĐIỀU TRỊ:

Lấy dị vật:

Cần chuẩn bị chu đáo: giải thích tốt, bế ẵm đúng, nếu cần phải gây mê, tránh để trẻ giãy giụa gây sang chấn, chảy máu sẽ không lấy được.

Lấy dị vật bằng que móc hoặc kẹp.

Nếu dị vật ở sâu phía sau hốc mũi có thể đẩy xuống họng nhưng cần thận trọng thành dị vật đường thở dưới.

Thuốc: Khi có nhiễm trùng

Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ III: Cefotaxim, Cefpodoxim, Cefixim...

Amoxicillin + acidclavulanic.

Giảm đau: Paracetamol.

Kháng viêm, chống phù nề: Alphachymotrypsin.

Kháng Histamin: Chlopheniramin 4mg Hoặc Fexofenadine 60mg

Nhỏ mũi: NaCl 0,9%. Nội soi mũi kiểm tra.

CHẤN THƯƠNG THANH KHÍ QUẢN

ĐẠI CƯƠNG:

Chấn thương thanh khí quản do một vật thể tác động trực tiếp vào vùng thanh khí quản hoặc do hít phải không khí có nhiệt độ không bình thường (quá nóng, quá lạnh) hoặc hơi hóa chất làm tổn thương đến các tổ chức sụn của vùng này.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Bệnh nhân có bệnh sử chấn thương vùng cổ trước, kèm theo: khàn tiếng hay đổi giọng, khó nuốt, nuốt đau, khó thở hay đau vùng cổ trước.

Khám thực thể: thở rít, tràn khí dưới da, khạc máu, nhạy đau vùng thanh quản, mất độ lồi của sụn giáp, tụ máu hay phù nề da bên ngoài.

CHẨN ĐOÁN:

Bệnh sử chấn thương + khám thực thể.

X-quang cổ thẳng – nghiêng.

Nội soi họng.

CT scanner cổ – ngực có hoặc không cản quang.

ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa: nếu thương tổn tự hồi phục được và đường thở ổn định.

+ Theo dõi sát hô hấp 24 giờ

+ Không nói chuyện, gập cổ, thở oxy ẩm

+ Kháng sinh khi có rách niêm mạc thanh quản: Cephalosporine thế hệ II, III:

Cefuroxim, ceftriaxone, ...

+ Ức chế Histamin H₂

+ Steroid toàn thân.

+ Nội soi họng kiểm tra

Phẫu thuật: Những thương tổn cần phải mổ và mở thanh quản gồm:

Rách liên quan bờ tự do dây thanh hay mép trước.

Rách niêm mạc nhiều, bộc lộ sụn

Vỡ sụn di lệch nhiều

Di lệch sụn phễu

Bất động dây thanh

Mổ bộc lộ thanh quản nên được thực hiện ngay 24 giờ sau chấn thương.

BIẾN CHỨNG:

Hình thành mô hạt.

Dính thanh môn mép trước.

Chân vệt mép sau hay sẹo liên phễu.

Hẹp thanh khí quản

Hẹp hạ thanh môn.

Liệt vĩnh viễn tạo nên giọng nói không đủ.

KHÓ THỞ THANH QUẢN NGƯỜI LỚN

ĐẠI CƯƠNG:

Là tình trạng khó thở xảy ra ở thì hít vào có thể kèm theo tiếng rít ở vùng thanh quản, co lõm ở vùng hõm ức, thượng đòn.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Khó thở thì hít vào, có rít, co lõm trên hõm ức, trên xương đòn, khoảng liên sườn.

Giọng nói thay đổi: khàn, rè...

Khó nuốt, chảy nước bọt.

Sờ thấy dấu hiệu vỡ thanh quản

Tràn khí dưới da

Phù Quink

U ở vùng cổ(hạch)

Các dấu hiệu bệnh lý của phổi.

CHẨN ĐOÁN:

Chủ yếu dựa vào lâm sàng

Nội soi họng

Khí máu

Công thức máu

Chụp X quang phổi thẳng

CT scan thanh quản

Dấu hiệu nặng:

Xanh tái, tim đập nhanh, chảy mồ hôi

Khó thở phải ngồi, thở co kéo

Nếu có chảy nước miếng = viêm thanh thiệt

Disphagiefabrule

IV- ĐIỀU TRỊ:

Thở oxy

Dùng corticoide:

+ 150mg Methyl Prednisolon hoặc Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch, lặp lại 30 phút nếu chưa đáp ứng

+ Hoặc Depersolone 30mg: 1 ống tiêm bắp

- Luôn luôn nên đặt ống nội khí quản trước, nếu như tắc nghẽn đến mức nghiêm trọng không đặt được thì phải mở khí quản.

Chọc kim số 12 vào giữa màng giáp nhẫn: cũng có giá trị giúp bệnh nhân thở trong khoảng 10 phút trước khi tiến hành được mở khí quản.

VIÊM THANH THIẾT CẤP

ĐẠI CƯƠNG:

Là tình trạng viêm mô tế bào cấp tính nguy hiểm tính mạng ở vùng trên thanh môn. Bệnh có thể xảy ra trên mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở trẻ từ 1 – 6 tuổi, tiến triển nhanh trong vòng 12-24h

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Tình trạng nhiễm trùng: sốt, đau họng, bú rớt, khó nói, khó nuốt, chảy nước miếng, có thể ngưng hô hấp.

Ở người lớn: khó nuốt và đau họng. Khó thở có thể xảy ra nhưng ít gặp.

Khám thấy bờ của thanh thiết dày, đỏ. Thanh thiết to che khuất cả thanh môn, trên bề mặt có thể có mủ và mọng, phù nề (hình ảnh mồm cá mè)

CHẨN ĐOÁN:

Dấu hiệu lâm sàng

Nội soi họng, X quang cổ nghiêng: thấy thanh thiết dày lên bất thường.

Ct scan cổ ngực có cản quang

ĐIỀU TRỊ:

Cho bệnh nhân ở tư thế ngồi. Nhập viện theo dõi: tri giác, dấu hiệu sinh tồn.

Đảm bảo thông thoáng hô hấp

Thở oxy 4 – 6lít/phút

Đặt ống nội khí quản, một số trường hợp phải mở khí quản cấp cứu.

Corticoid: Hydrocortisone hoặc Depersolone 30mg x 2 ống

Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ II hoặc III trong 7 – 8 ngày.

TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG:

Tiến triển tốt nếu các dấu hiệu lâm sàng giảm dần. Nội soi họng kiểm tra tốt CTM trở về bình thường, bệnh nhân có thể ra viện sau 7 – 10 ngày

ABSCCESS QUANH AMIDAN

ĐẠI CƯƠNG:

Là sự nung mủ của tổ chức liên kết lỏng lẻo ở bên ngoài bọc amidan.

Tác nhân: + Vi khuẩn yếm khí có tỷ lệ cao(75%)

+ Vi khuẩn hiếu khí: Streptococcus pneumonie, Hemophilus influenza, Staphylococcus aureus.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Khởi đầu bằng đau họng, lan lên tai

Sốt 39 – 40⁰C, bộ mặt nhiễm trùng.

Chảy nước bọt, giọng ngậm hột thị.

Hơi thở hôi.

Há miệng hạn chế.

Khám: họng đỏ, lưỡi gà bị đẩy lệch 1 bên, trụ trước amidan sưng phồng và amidan to đẩy vào trong.

CHẨN ĐOÁN:

- Triệu chứng lâm sàng + khám thực thể

Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng

Nội soi họng

CT scan hầu họng có cản quang

Phết họng hay chọc hút mũi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

ĐIỀU TRỊ:

Kháng sinh phổ rộng: Cephalosporine thế hệ II, III. Thời gian điều trị 5 – 7 ngày

Kết hợp Metronidazole 500mg/100ml 1chai x2 truyền tĩnh mạch/ngày

Kháng viêm chống phù nề: Corticoid dạng uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol uống hoặc truyền tĩnh mạch.

Rạch dẫn lưu ổ mủ.

Nâng tông trạng.

Cắt amidan sau 3 tháng.

ĐIẾC ĐỘT NGỌT

ĐAICƯƠNG:

Điếc đột ngột là sự xuất hiện thính lực điếc tiếp nhận thường là một bên tai không có nguyên nhân rõ ràng. Đây là một cấp cứu nội khoa. Bệnh thường xảy ra ở người trung niên khoảng 40-55 tuổi nam hoặc nữ.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Bệnh cảnh dịch tễ, sự xuất hiện theo mùa

Sự xuất hiện nhiễm trùng đường hô hấp trên trước giai đoạn chóng mặt, điếc

Xét nghiệm huyết thanh học: kháng thể kháng virus trong dịch não tủy

CHẨN ĐOÁN:

Lâm sàng:

Điếc đột ngột thường xảy ra đơn độc. Có thể kèm theo ù tai, đầy tai, chóng mặt nhưng bệnh nhân không bị liệt mặt và không có dấu thần kinh khu trú

Soi tai: bình thường

Cận lâm sàng:

Thính lực đồ cho thấy điếc tiếp nhận

Nội soi tai

CT scanner tai – xương chũm để phát hiện dò ngoài dịch

MRI xương đá có cản quang, PEA để loại trừ u dây thần kinh VIII

Xét nghiệm tìm yếu tố nguy cơ mạch máu: cao HA, tiểu đường, rối loạn mỡ trong máu, tăng urée...

ĐIỀU TRỊ: Tìm nguyên nhân cần can thiệp phẫu thuật

Piracetam (Nootropyl) 10g/24 giờ pha trong 200ml Glucose 5% truyền tĩnh mạch nhanh trong 15 phút

Prednisolone: 40-60mg/ngày tiêm tĩnh mạch chậm

Natidrofuryl Oxalate (Praxilene) 600mg/ngày uống chia làm 3 lần

Nghỉ ngơi, thời gian điều trị là 5 ngày

V- TIỀN LƯƠNG: tốt nếu

Điếc nhẹ

Điếc ở tần số thấp
Không có dấu hiệu tiền đình
Điều trị sớm trong vòng 3 ngày sau khởi bệnh
Không có các yếu tố nguy cơ mạch máu

XỬ TRÍ CHẢY MÁU MŨI

ĐẠI CƯƠNG: Là bệnh lý cấp cứu do rất nhiều nguyên nhân khác nhau. **II-**

NGUYÊN NHÂN:

Nguyên nhân tại chỗ:

Chấn thương: thói quen ngoáy mũi, va đập trực tiếp vô mặt và mũi.

Viêm nhiễm: viêm hô hấp trên, viêm xoang, dị ứng, do hít phải hơi độc.

Lệch vách ngăn

Dị vật

U máu: gồm những tổn thương lành và ác tính vùng hốc mũi.

Phình mạch (Aneurysms).

Nguyên nhân toàn thân: Cao huyết áp do xơ mạch, bệnh lý đông máu, bệnh dẫn mạch xuất huyết di truyền, do nguyên nhân nội tiết (suy gan, suy thận hoặc kỳ kinh nguyệt), không rõ nguyên nhân.

XỬ TRÍ:

Nhét meches mũi trước cầm máu và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu.

Bù nước và điện giải cần thiết, kháng sinh dự phòng và giảm đau....

Hai ngày sau (48 giờ nhét meches): Rút meches.

Nếu còn chảy sau rút meches: nhét meches lại có hoặc không đặt ống Foley.

Nếu không chảy lại: nội soi mũi tìm nguyên nhân.

Truyền máu nếu Hematocrit (Hct) <20%

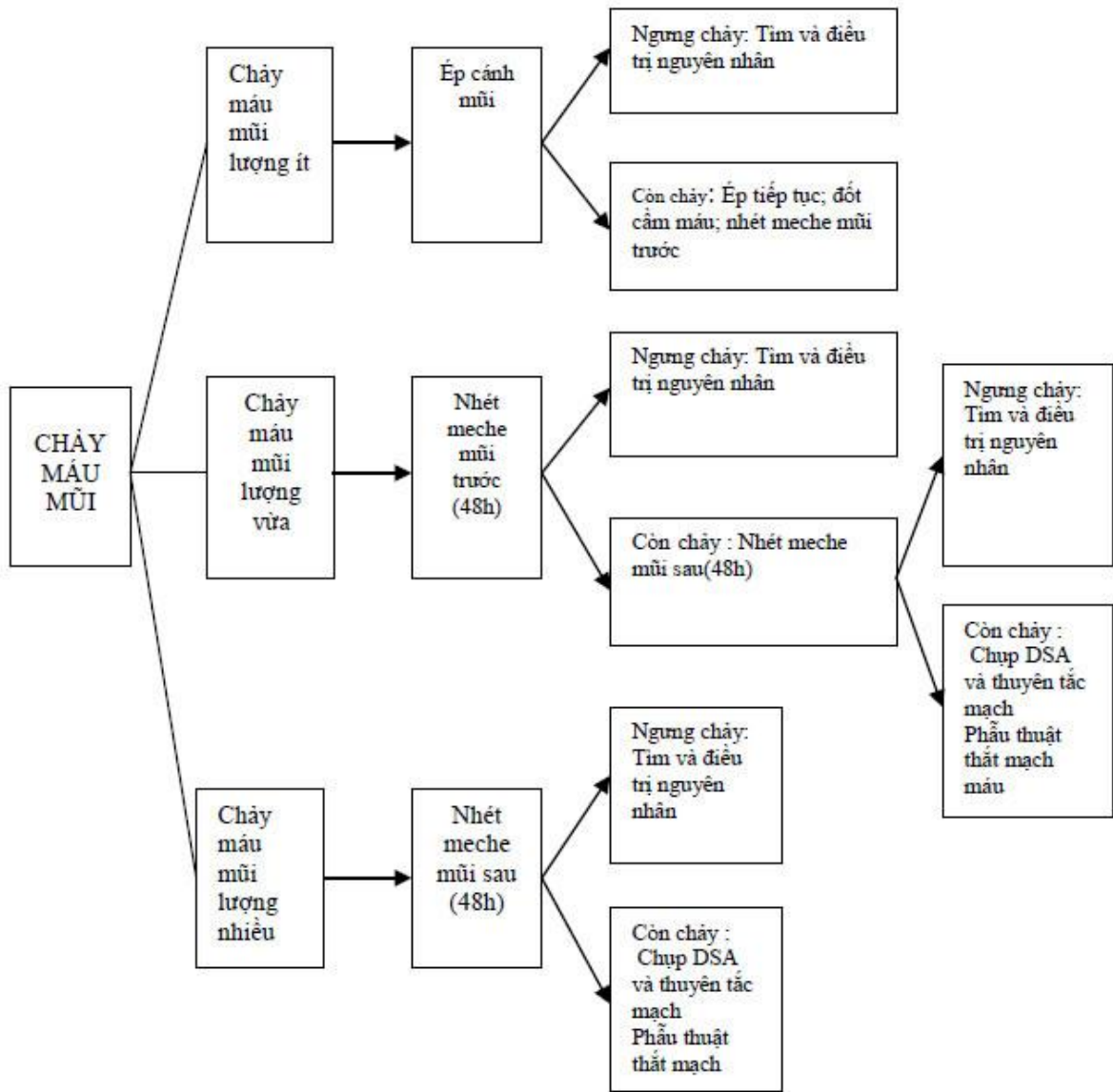
Không tìm ra nguyên nhân mà máu vẫn chảy: thắt mạch theo thứ tự sau:

Thắt động mạch hàm trong (đa số các trường hợp từ 60% trở lên)

Thắt động mạch sàng trước

Thắt động mạch cảnh ngoài

Thắt động mạch cảnh chung



BIÊN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI

DAICƯƠNG:

Là sự lan truyền của nhiễm trùng ra khỏi khoang thông bào và niêm mạc của xương chũm và tai giữa vào nội sọ.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, môi khô, lưỡi đỏ, tiểu ít.

Viêm xương chũm cấp hoặc mạn tính hồiviêm

Viêm màng não

Abscess ngoài màng cứng: Thường không triệu chứng đặc hiệu và được phát hiện trong lúc mổ.

Abscess đạinão

Abscess tiêunão

Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên

Thủy thủng màng não

Abscess dưới màng cứng

CHẨN ĐOÁN:

Viêm tai xương chũm tái phát nhiều lần + hội chứng nhiễm trùng nặng

Công thức máu, Nội sọ tai

CT scan tai xương chũm, Chọc dịch não tủy

ĐIỀU TRỊ

Điều trị ngoại khoa

Khoét rộng đá chũm toàn phần mở rộng, để hở da sau tai. Chỉnh hình vành tai – ống tai và khâu da sau tai thì 2 khi ổn và hố mổ lên mô hạt tốt.

Các trường hợp abscess não: phối hợp với chuyên khoa ngoại thần kinh:

Tiếp cận ổ abscess: hút rửa, dẫn lưu.

Khi bệnh nhân tương đối ổn định, KRĐC lấy sạch bệnh tích.

Thắt tĩnh mạch cảnh trong nếu cần.

Điều trị nội khoa

Kháng sinh: dựa vào kháng sinh đồ

Trước khi có kết quả kháng sinh đồ:

Metronidazol (Servizol 0,5g/100ml): 1chai x 2-3 lần/24giờ. Gentamycine 0,08g/2ml -Trẻ em: 20-40mg/10kg /24g. -Người lớn: 1-2ống /24g.	Cefuroxime 0,75g x 2-3 lần/24g -Trẻ em: 30mg-100mg/kg/ x 3lần/24 giờ (Tiêm TM) hoặc: Cefotaxime 1-3gx2-4lan/24h -Trẻ em: 150-200 mg/kg/24 giờ (Tiêm TM)
--	--

	hoặc: -Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone + Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g -2g x 2-3lần / ng
--	--

Sau khi có kết quả kháng sinh đồ: đổi theo kháng sinh đồ

Chống tăng áp lực nội sọ:

Thở oxy

Manitol 20% x 250ml TTM nhanh (hoặc glucose 30%).

Corticoid (Solumedrol 40mg/ống, Depersolone 30mg/ống) trong 4 ngày.

Điều trị hỗ trợ:

Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol: 30-40mg/kg/24giờ

Bù nước và điện giải: Lactate Ringer 500ml, Glucose 5% 500ml TTM

Theo dõi dịch não tủy:

Dịch não tủy được theo dõi mỗi 2 ngày, 4 ngày, 6 ngày cho đến khi kết quả dịch não tủy trở về bình thường.

CHÁN THƯƠNG MŨI XOANG

ĐAICƯƠNG

Chỉ khu trú vào chấn thương làm vỡ xương chính mũi và xương hàm trên.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Gãy xương chính mũi

Tháp mũi biến dạng.

Sờ có chỗ mất liên tục và đa chồi.

Có dấu lạo xạo xương và có tràn khí dưới da.

Vách ngăn thường vẹo sang một bên.

Vỡ xương gò má

Mặt sưng nề, biến dạng, kết mạc mắt xuất huyết.

Bờ dưới ổ mắt mất liên tục, cung gò má mất liên tục, đôi khi có tràn khí dưới da.

Phải khám kỹ: thị lực, vận nhãn, khúc xạ.

CHẨN ĐOÁN:

Bệnh sử chấn thương

Chụp X – quang mũi nghiêng, Blondeau và Hirtz.

Nội soi mũi

Chụp CT Scan nếu cần

ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa

Cho bệnh nhân nằm đầu cao.

Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim, ...)

Giảm đau: Paracétamol 60mg / kg / ngày.

Chống phù nề: Loại enzym 1-2 viên x3 lần/ ngày (Serratia peptidase,

Lysozym, Alpha-Chymo trypsine)

Ngoại khoa

Gãy xương chính mũi:

Nâng xương chính mũi nếu gãy có di lệch nhiều và thấp mũi ít sưng nề.

Loại trừ tụ máu vách ngăn. Nếu có phải rạch dẫn lưu tránh háp xe vách ngăn sau này.

Nếu thấp mũi sưng nề nhiều: điều trị nội khoa 3 ngày, tái khám và sẽ nâng xương chính mũi nếu cần thiết.

Tái khám sau 1 – 2 tuần, sau đó 1 – 2 tháng.

Gãy xương gò má:

Gãy có di lệch nhưng phức tạp: nâng xương gò má bằng móc

Ginestet sớm.

Gãy có di lệch nhưng phức tạp, phù nề nhiều: điều trị nội khoa và phẫu thuật chỉnh hình xương gò má bằng phương pháp kết hợp xương càng sớm càng tốt.

Gãy xương gò má không di lệch hoặc chỉ di lệch ít: điều trị nội khoa.

Điều trị sau mổ

Nằm đầu cao.

Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim,...)

Giảm đau: Paracétamol 60mg / kg / ngày.

Kháng viêm, chống phù nề: trong 3 – 4 ngày.

Depersolone 30mg, 1 ống x 2/ngày (TMC) hoặc Solumedrol 40mg, 1 ống x 2/ngày (TMC)

Hoặc dùng loại enzym như: 1-2 viên x 3 lần/ngày (Serratio peptidase, Alphachymotrypsin, Lysozym)

Chọc xoang hay hút máu tụ trong xoang qua nội soi nếu cần thiết. Nội soi mũi kiểm tra + Chụp lại X quang sau 4 tuần.

VỠ XOANG TRÁN

ĐAICƯƠNG:

Xảy ra do một chấn thương mạnh vào vùng trán làm vỡ xương thành trước hoặc thành sau xoang trán.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Sưng vùng trán: nghĩ đến tổn thương xoang trán. Tuy nhiên nếu sưng mô mềm hoặc tụ máu nhiều có thể che lấp dấu hiệu vỡ xương bên dưới.

+ *Lõm vùng trán:* chứng tỏ có vỡ xoang trán di lệch nhiều. Phù nề hoặc tụ máu sẽ tan biến sau vài ngày giúp đánh giá chính xác hơn.

+ *Rách da trán:* cần phải được khám trong điều kiện vô trùng để đánh giá tính nguyên vẹn của thành trước, thành sau và màng cứng.

+ Gãy xương chính mũi.

+ *Chảy nước mũi:* làm sạch và khám hốc mũi tìm dò dịch não tủy. Hỏi xem có chảy nước mũi hoặc chảy dịch mẩn ở phía sau mũi xuống họng không.

- *Khám khứu giác:* tìm các rối loạn khứu giác.

CHẨN ĐOÁN:

- *X-quang:* sọ thẳng – nghiêng, mũi nghiêng, Blondeau.

Nội soi TMH

Chụp CT scan: sọ não, mũi xoang

ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa: vỡ xoang trán không di lệch hoặc ít di lệch.

Ngoại khoa: Có di lệch về thẩm mỹ hoặc có khả năng tạo u nhày về sau.

+ Vỡ thành trước: phẫu thuật nâng thành trước và tái lập thông khí xoang.

+ Nếu tổn thương thành sau: kết hợp ngoại thần kinh.

CHẤN THƯƠNG TAI

ĐẶC ĐIỂM:

Chấn thương tai bao gồm cả tai ngoài, tai giữa, và tai trong.

Nguyên nhân:

+ Cấp tính: do đụng đập, hỏa khí, áp lực... Hoặc ngoáy tai bằng que bông, móc tai, do tát tai...

+ Mãn tính: là những chấn thương kéo dài gây tổn thương vi thể gây điếc như tiếng ồn (chấn thương mạn tính).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

Vỡ xương đá: Thường kèm chấn thương sọ não.

Chảy máu tai.

Nước não tủy chảy khi có rách màng não.

Nghe kém kiểu tiếp nhận, ù tai, chóng mặt, rung giật nhãn cầu, tự phát, mất thăng bằng, liệt mặt ngoại biên.

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

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

Chấn thương thủng nhĩ:

Sau tai nạn: đau nhói trong tai, ù tai tiếng trầm và nghe kém kiểu dẫn truyền.

Chảy máu tai tùy mức độ chấn thương.

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

CHẨN ĐOÁN:

Tùy thể lâm sàng, có thể phối hợp thêm các cận lâm sàng: X quang, CT scan, thính lực đồ, nội soi tai...

ĐIỀU TRỊ

Vỡ xương đá:

Trước hết xử trí chấn thương sọ não nếu có,

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

Cho kháng sinh tới khi tai khô.

Điều trị các biến chứng (như viêm màng não) nếu có viêm tai giữa phải chú động phẫu thuật tai tiết căn.

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

Chấn thương thủng nhĩ:

Nếu thủng nhỏ, bờ gọn sạch:

- + Lau sạch máu và các chất bẩn trong ống tai
- + Làm thuốc tai khô với bột kháng sinh hoặc mỡ kháng sinh
- + Nhét mèche, băng kín,
- + Thay băng làm thuốc hàng ngày.
- + Tiêm phòng uốn ván.

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

RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

ĐAICUÔNG:

Rối loạn tiền đình là một trạng thái bệnh lý biểu hiện trên lâm sàng bởi triệu chứng chóng mặt và rối loạn thăng bằng.

Nguyên nhân: + Hội chứng tiền đình ngoại biên: trong mê đạo hoặc sau mê đạo.

+ Hội chứng tiền đình trung ương:

+ Ngộ độc Barbiturat

+ Thiếu năng mạch máu thân nền

+ Các khối u

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Chóng mặt: Xuất hiện từng cơn một cách đột biến hoặc khi cử động mạnh hoặc khi thay đổi tư thế đầu. Cơn kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

Bệnh nhân có cảm giác xoay tròn hoặc di chuyển theo một hướng nào đó.

Rối loạn thăng bằng: cảm giác bồng bênh ngồi không vững.

Rối loạn giao cảm: xanh tái, toát mồ hôi, buồn nôn, nôn ói, tim đập mạnh.

Dấu hiệu rung giật nhãn cầu (nystagmus) đánh về chiều ngược với bên tai bệnh.

Dấu hiệu Romberg nghiêng về tai bệnh.

Dấu hiệu nghiệm pháp bước đi hình sao (Test Babinski - Weil) nghiêng về tai bệnh.

CHẨN ĐOÁN:

Chóng mặt, kèm theo rối loạn thăng bằng, giao cảm.

Khám thực thể: dấu rung giật nhãn cầu, Romberg (+), test Babinski - Weil

Nội soi TMH, CT scan loại trừ các nguyên nhân chóng mặt khác

ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa:

Ngưng ngay hóa chất nhiễm độc.

Nghỉ ngơi tuyệt đối yên tĩnh.

Ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu.

Thuốc: + Glucose 10% -30%

+ Giãn mạch: Piracetam 12g truyền tĩnh mạch/ngày hoặc Piracetam 400mg 1v x 2 (u)/ngày

Flunarizin 5mg (Sibelium) 1v (u) tối

Cinnarizin 25mg (Stugeron) 1v x 3 (u)/ngày

+ Chống chóng mặt: Acetyl DL Leucine 0,5g (Taganil) 1v x 3 (u)/ ngày

Betahistine 16mg 1v x 3 (u)/ngày.

Trimetazidine 35mg MR (Vaspycar) 1v x 2 (u)/ngày

Hủy mê nhĩ bằng thuốc nếu điều trị các thuốc trên không hiệu quả (Gentamycine 0,5 - 1mg/kg/lần bơm vào hòm nhĩ).

Phẫu thuật:

Chỉ đặt ra khi điều trị nội không thành công.

Phương pháp phẫu thuật: khoét rộng đá chũm nếu viêm xương chũm.

U dây VIII phối hợp ngoại thần kinh.

VIÊM TAI NGOÀI

ĐẠI CƯƠNG:

Viêm tai ngoài cấp: 80% xuất hiện vào mùa hè, thường do môi trường ẩm. Nguyên nhân: hẹp ống tai, nút ráy tai, lấy ráy tai, boilôi...

Vi trùng thường gặp: Pseudomonas Aeruginosa (>40%), Staphylococcus, Streptococcus, trực khuẩn Gram âm, nấm...

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Đau tai, cảm giác đầy tai, nghe kém, chảy dịch tai.

Sốt khi có viêm tai ngoài cấp.

Khám: ống tai nề đỏ, có ít dịch tiết trong tai, ấn nắp bình tai đau.

Cận lâm sàng: Nội soi tai.

CHẨN ĐOÁN:

- Dựa vào dấu hiệu lâm sàng + Nội soi tai

ĐIỀU TRỊ:

Hút rửa tai.

Thuốc nhỏ tai: Ciprofloxacin 0,3% collyre, Neomycin collyre...

Kháng sinh toàn thân: Amoxicillin 50 - 100mg/kg chia 3 lần/ngày.

Amoxicillin + acid clavulanic: 50mg/kg chia 2 lần/ngày.

Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.

Cephalosporine:

Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil: 2v x 2 (u)/ngày. Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.

Thế hệ III: Cefpodoxim 100mg, Cefetamet 250mg 2v x 2 (u)/ngày.

Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần mỗi 6 giờ...

Nội soi tai kiểm tra.

VIÊM TAI GIỮA CẤP VÀ MÃN

VIÊM TAI GIỮA CẤP

ĐẠI CƯƠNG: Là tình trạng viêm nhiễm cấp tính niêm mạc tai giữa, tiến triển trong khoảng 3 tuần. Thường xảy ra sau viêm nhiễm mũi họng do virus và sự tắc vòi Eustache.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Triệu chứng ở trẻ nhỏ rất đa dạng, không rõ ràng: kích thích, quấy khóc, bú kém hoặc bỏ bú.

Ở trẻ lớn: đau tai thường kèm theo sốt 38 – 38,5⁰C, trong bệnh cảnh viêm mũi họng và hình ảnh màng nhĩ thường thay đổi theo giai đoạn:

- + Giai đoạn viêm tai xung huyết: màng nhĩ có mạch máu đỏ nổi lên từ cán búa tỏa ra xung quanh
- + Giai đoạn viêm tai giữa xuất tiết: màng nhĩ dày, đỏ toàn bộ, khó thấy những mốc giải phẫu
- + Giai đoạn tụ mủ: những mốc giải phẫu không thấy nữa, màng nhĩ phồng chủ yếu trong ¼ sau dưới của màng nhĩ. Ở giai đoạn này có thể tiến triển tự nhiên tự thủng nhĩ chảy mủ ra ngoài.

Ở người lớn: đau tai một bên, theo mạch đập, giảm thính lực, sốt > 38⁰C. Soi tai thường thấy màng nhĩ đỏ, không có các mốc xương con. Ở giai đoạn tụ mủ thấy màng nhĩ phồng phía sau dưới.

CHẨN ĐOÁN

Công thức máu tăng cao: chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính

X-quang: schuller 2 tai có thể có hình ảnh mờ xương thông bào xương chũm

Lấy dịch tai giữa cấy mủ và phân lập vitrùng

Nội soi tai – mũi -họng

Thính lực đồ: điếc dẫn truyền độ I hoặc II

Chụp CT scan, MRI trong trường hợp nghi ngờ có biến chứng nội sọ

ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa:

Kháng sinh toàn thân: Cephalosporin thế hệ thứ II, III (Cefuroxim, Cefpodoxim, Cetamet,...) trong 10 ngày đến 14 ngày

Giảm sốt, giảm đau. Một số trường hợp phải dùng corticoid

Trong trường hợp đau nhiều, dùng thuốc nhỏ tai giảm đau tại chỗ như Otypax, nhất là trong những trường hợp viêm màng nhĩ bóng nước hoặc xung huyết màng nhĩ cấp

Trong viêm tai giữa cấp do Pyocyanique, nhất là trẻ dưới 3 tháng cần nhập viện, kháng sinh tĩnh mạch (Cephalosporin như: Viciroxim, Cefprozidim).

Tiến triển thường thuận lợi khi có điều trị đúng. Triệu chứng cải thiện sau 4 ngày, màng nhĩ trở về bình thường sau 8 ngày

Khi không được điều trị có thể có biến chứng như: viêm xương chũm cấp, liệt mặt, viêm mê nhĩ, viêm màng não, abscess não

Ngoại khoa:

Rạch màng nhĩ hiện nay ít dùng, chỉ định cho trường hợp kháng điều trị với kháng sinh hay viêm tai giữa cấp biến chứng (bệnh cảnh viêm nhiễm nặng, viêm xương chũm, viêm màng não, liệt mặt) hoặc trẻ dưới 3 tháng. Rạch màng nhĩ ở ¼ sau dưới của màng nhĩ mục đích dẫn lưu mủ và cấy mủ

Khoét xương chũm: được thực hiện trong trường hợp biến chứng và không đáp ứng với kháng sinh

VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH:

ĐẠI CƯƠNG: tình trạng viêm niêm mạc tai giữa trên 3 tháng. Bao gồm nhiều thể lâm sàng, hay gặp nhất là viêm tai giữa mãn màng nhĩ hở

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

+ Tiền sử viêm tai giữa cấp, chảy mủ tai tái phát, có thể tiền căn chấn thương

+ Không sốt, không đau trừ trường hợp hội viêm và biến chứng

+ Nghe kém bên tai bệnh

Tai ngoài bình thường hoặc viêm tấy đỏ, polype ống tai, có thể chảy mủ tai

Tim bệnh lý nguyên nhân từ mũi xoang hoặc hòm mũi họng

CHẨN ĐOÁN

X-quang schuller 2tai. - Nội soi tai

CT scan: VTGM không đáp ứng điều trị nội, có cholesteatome, biến chứng

MRI: chụp MRI trong trường hợp nghi ngờ có biến chứng nội sọ

Thính lực đồ: điếc dẫn truyền.

ĐIỀU TRỊ:

Điều trị nội khoa:

Điều trị tại chỗ: hút rửa tai, nhỏ tai Polydexa, Ciplox

Kháng sinh toàn thân: Cephalosporin hoặc Quinolone. Không dùng Quinolone cho trẻ em dưới 15 tuổi

Điều trị ngoại khoa: VTGM thủng nhĩ đã điều trị nội khoa, VTGM không đáp ứng với điều trị nội khoa cần phẫu thuật.

NẤM ỐNG TAI

ĐAICUÔNG:

Là một tình trạng nhiễm nấm ở da ống tai.

Có thể nguyên phát hoặc thứ phát.

Tác nhân gây bệnh: Aspergillus và Candida.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Ù tai

Nghe kém (nếu nấm làm bít ống tai).

Đau âmỉ.

Ngứa tai.

CHẨN ĐOÁN:

Da ống tai đỏ.

Phù nề nhẹ.

Có những mảng nấm trắng, xám hay đen.

Nội soi tai chẩn đoán.

ĐIỀU TRỊ:

Lấy sạch nấm tai.

Giữ tai khô.

Thuốc: cồn Boric 3% lau tai ngày 2 lần\

Candi Biotic, hoặc Ciprofloxacin 0,3% hoặc Otofà: nhỏ tai 2-3 giọt x 2 lần/ngày.

Trong trường hợp bội nhiễm vi khuẩn, vẫn có thể sử dụng thêm thuốc kháng sinh giống trong điều trị viêm ống tai ngoài.

DỊ VẬT TAI

ĐAICUÔNG:

Là vật lạ ở trong ống tai hay hòm nhĩ thường gặp ở trẻ em hơn người lớn.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Có thể được phát hiện tình cờ nếu là các hạt ngũ cốc, cúc áo, đồ chơi...

Có thể biểu hiện cấp tính nếu là côn trùng, móc nhọn...

CHẨN ĐOÁN:

Tùy tính chất dị vật mà biểu hiện lâm sàng khác nhau.

Nội soi tai. ct scantai.

ĐIỀU TRỊ:

Dị vật vô cơ hay hữu cơ:

Bơm nước lấy ra.

Lấy dị vật bằng curette phù hợp.

Dị vật sống: Nên nhỏ thuốc tê tại chỗ hay glycerine boraté để 10' cho côn trùng chết ngạt, sau đó lấy ra bằng kẹp khuỷu. Nếu không hợp tác: gây mê lấy dị vật.

Nếu dị vật trong hòm nhĩ hay ống tai ngoài phù nề không thể lấy qua đường tự nhiên thì có thể lấy qua đường sủa tai.

Nếu sau khi lấy dị vật không làm tổn thương ống tai, màng nhĩ, không có nguy cơ nhiễm trùng thì không cần dùng thuốc.

Nếu có nguy cơ nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

Kháng sinh (1 trong các loại sau)	-Augtipha 20mg-50mg/kg/ngày -Cefuroxim 25mg-100mg/kg/ngày -Dalacin, Neotacin, Neumomicid -Rovamycin 3M 1vx2 lần/ngày
Kháng viêm	-Steroide (Prednisolon 5mg, Medrol 16mg...) hoặc Non-steroide (Alaxan, Zycel100mg...) 1-2v x 2 lần/ngày Enzyme (alphachymotrypsin, Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày
Giảm đau	Paracetamol 30mg-40mg/kg/ngày

DÒ LUÂN NHĨ - ABSCESS LUÂN NHĨ

DAICƯƠNG:

Dò luân nhĩ là đường dò có lỗ dò nằm ở vùng trước tai mà phần lớn là ở rãnh luân nhĩ hoặc ở bình tai. Đường dò chạy sâu vào phía trong và kết thúc bởi chân sụn hoặc phình tạo ra một nang.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Khi chưa viêm nhiễm: miệng lỗ dò nhỏ như đầu kim, khô ráo, không có dịch mủ.

Khi bị bội nhiễm: + Ngứa, sưng.

+ Rỉ dịch ở lỗ dò.

+ Tiết chất bã đậu trắng đục ở lỗ dò (do trẻ sờ gãi, bóp nặn...)

+ Trẻ bị sốt, đau, lỗ dò viêm sưng đỏ (khi bị nhiễm trùng).

+ Tạo một ổ abscess ngay tại lỗ dò hoặc lan ra những vị trí khác sau tai...

CHẨN ĐOÁN:

Chủ yếu dựa vào lâm sàng: có lỗ dò luân nhĩ + hội chứng nhiễm trùng toàn thân

ĐIỀU TRỊ:

Khi chưa viêm nhiễm: thời kì lý tưởng để cắt bỏ toàn bộ đường dò vì khả năng lấy hết đường dò cao nhất.

Khi bị viêm nhiễm (nang chưa bị vỡ) có thể phối hợp kháng sinh với phẫu thuật để lấy bỏ toàn bộ đường dò để tránh viêm nhiễm tái phát cũng như phòng biến chứng vỡ nang hay abscess hóa.

Khi abscess hoặc vỡ nang dò (tự vỡ hoặc do chích rạch): dùng kháng sinh kết hợp dẫn lưu tốt (không nên mổ lấy đường dò giai đoạn này).

Phương pháp phẫu thuật: bơm xanh mêtylen vào để theo dõi đường dò, qua đó lấy bỏ toàn bộ.

Thuốc: - Kháng sinh : Ciprofloxacin 0.5g, Cefuroxim 250mg, Clamimat 625mg

Giảm đau: Acetaminophen 500mg

Kháng viêm : Alphachymotrypsin

VIÊM MŨI DỊ ỨNG

ĐINHNGHĨA:

Là phản ứng toàn thân giữa kháng nguyên, kháng thể sinh ra hoá chất trung gian histamin và serotonin biểu hiện bằng quá trình viêm ở mũi.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

VMDU quanh năm: xảy ra quanh năm

VMDU theo mùa: xảy ra theo mùa rõ rệt

CHẨN ĐOÁN:

Cơ năng	Thực thể
- ngứa mũi - hắt hơi - sổ mũi - nghẹt mũi	niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhày trong.

Công thức máu: bình thường, IgE trong máu tăng.

Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan.

Xquang: không có gì bất thường.

Nội soi mũi xoang

CT scan mũi xoang

ĐIỀU TRỊ:

- Giải mẫn cảm: làm phản ứng nội bì tìm kháng nguyên, chích giải mẫn cảm.

Điều trị triệu chứng: Pheramin 4mg, Actifed, Polaramin... hoặc Cetirizin 10mg 1v/ng, Loratadine hoặc Fexofenadine 60mg 1v x 2lần/ng

Điều trị tại chỗ: Xông mũi, xịt mũi bằng corticoide.

Kháng sinh khi có bội nhiễm : Amox + A.Clavu 0,625g: 1v x2/ng, Cefadroxil 0,5g: 2v x2 /ng, Cefuroxim 0,25g-0,5g/ngày

VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

ĐAICƯƠNG:

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc các xoang.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Cơ năng	Khám	Nội soi
- Sốt, Nhức đầu - Sổ mũi - Nghẹt mũi - Hắt hơi	Niêm mạc mũi sung huyết, có xuất tiết.	Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết

CHẨN ĐOÁN:

Xquang: niêm mạc xoang có phản ứng viêm

Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ

Nội soi mũi xoang

CT scan mũi xoang

ĐIỀU TRỊ:**Viêm xoang nguyên nhân từ mũi**

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	+Amox+A.Clavu 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g:2v x2 /ngày +Cefuroxim 0,25g-0,5g : 1v x2 lần/ngày -Khi có nhiễm kỵ khí: Metronidazol 0,25g 2v x 2 l/ng, hoặc 500mg/100ml x 2l/ng
Kháng viêm	- <i>Chống viêm loại enzym</i> : Alphachymotrypsine, hoặc lysozyme 2v x 2 lần/ngày trong 5 ngày
Chống sung huyết và chảy mũi	Actifed 1v x2-3 lần/ngày
Kháng Histamine	Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/Ngày Hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x2 lần/ngày hay Pheramine

	4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày

Viêm xoang hàm do răng (răng 5,6 ,7 hàm trên)

- Điều trị: nhổ răng, chọc rửa xoang

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	Giống như trên, nhưng kèm thêm Metronidazol như Flagyl 0,5g 1vx4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl 1vx4 trong 10ngày

Kháng viêm	- <i>Chống viêm loại enzym:</i> Alphachymotrypsine (21µK), hoặc lysozyme (như Noflux 90mg) 2vx2 lần/ngày trong 5ngày
Giảm đau	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày

VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH

ĐAICƯƠNG:

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài > 2 tháng hoặc tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Viêm xoang hàm mãn

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Nghẹt mũi -Sổ mũi vàng hoặc xanh có khi kèm nhớt đầu	Khe giữa phù nề, có nhày.	Mờ xoang dạng niêm mạc dày, hoặc có mực nước hơi,

Viêm xoang trán

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
Nhớt đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề, có nhày	Mờ xoang trán

Viêm xoang sàng

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Nghẹt mũi, sổ mũi -Nhớt đầu -Mỏi gáy -Nhày họng	Khe giữa và khe trên có nhày.	Mờ xoang sàng

Viêm xoang bướm

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang	CT scan
-Đau đầu -Mỏi gáy, mỏi vai -Nhày vương họng, hay khịt mũi, đờng hắng	Thành họng nhày, khe trên có mủ nhày	Khó xác định.	Mờ xoang bướm

Viêm xoang thoái hóa polype

Triệu chứng	Nội soi mũi
-Nghẹt mũi ngày càng tăng -Nặng đầu	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhợt.

VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH

ĐAICƯƠNG:

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài > 2 tháng hoặc tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Viêm xoang hàm mãn

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Nghẹt mũi -Sổ mũi vàng hoặc xanh có khi kèm nhức đầu	Khe giữa phù nề, có nhày.	Mờ xoang dạng niêm mạc dày, hoặc có mực nước hơi,

Viêm xoang trán

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề, có nhày	Mờ xoang trán

Viêm xoang sàng

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang
-Nghẹt mũi, sổ mũi -Nhức đầu -Mỏi gáy -Nhày họng	Khe giữa và khe trên có nhày.	Mờ xoang sàng

Viêm xoangbướm

Triệu chứng	Nội soi mũi	X quang	CT scan
-Đau đầu -Mỏi gáy, mỏi vai -Nhày vướn họng, haykhịt mũi, đầg hắg	Thànhhọng nhày, khe trên có mủ nhày	Khó xác định.	Mờ xoang bướm

Viêm xoang thoái hóapolype

Triệu chứng	Nội soi mũi
-Nghẹt mũi ngày càng tăng -Nặng đầu Mất khứu	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhợt.

CHẨNDOÁN:

- Nội soi mũi xoang
- CT scanner mũixoang

ĐIỀUTRỊ:

- Thời gian điều trị viêm xoang mạn tính tối thiểu là 4 tuần, sau mỗi 2 tuần, bệnh nhân cần được nội soi mũi xoang để đánh giá đáp ứng điều trị (mũi bốt nhày đục, khe giữa không cn mủ....)
- Sau 4 tuần nên kiểm tra XQ lần 2 (trong trường hợp viêm xoang hàm và xoang sàng) tùy theo tnh trạng đáp ứng mà chúng ta sẽ ngưng thuốc hay kéo dài thời gian điều trị thêm 1- 2 tuần nữa)
- CT Scan là tiêu chuẩn vàng để đánh giá xoang trước và sau điều trị.
- Sau thời gian trên mà các xoang vẫn cn viêm th xem như điều trị nội khoa không hiệu quả, cần tiến hành phẫu thuật.

Điều trị	Thuốc

Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Amox+A.Clavu 0,625g: 1v x2-3 lần/ngày +Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày +Cefuroxim 0,25-0,5g 1v x2 lần/ngày -Khi có nhiễm kỵ khí: +Metronidazol: Flagyl 0,25g: 2v x 2lần / ngày, hoặc chích 500mg/ 100ml x 2lần/ ngày
Kháng viêm	- <i>Chống viêm loại enzym:</i> Alphachymotrypsine, hoặc lysozyme: 2vx2 lần/ngày trong 5ngày
Kháng histamin (Dùng một trong các thuốc sau)	-Pheramin 4mg : 1v x2 lần/ ngày -Cetirizin (Zyrtec, Cetrin) 10mg:1v/ngày -Loratadin (Clarytin, Alertin) 10mg: 1v/ngày -Levocetirizin 5mg: 1v/ngày
Chống sung huyết và chảy mũi	Actifed 1v x2-3 lần/ngày trong 10 ngày
Giảm đau	Paracetamol 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày
Khí dung mũi	Dexacol và Melyptol mỗi ngày

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Phương pháp mổ tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CTscan.

Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng

Viêm xoang sàng trước và sau : nạo sàng

Viêm xoang trn: mở ngách trán

Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm

ABSCESS VÁCH NGĂN MŨI

ĐAICƯƠNG:

Abscess vách ngăn là tình trạng tụ mủ giữa niêm mạc mũi và sụn vách ngăn ở một bên hoặc cả hai bên, diễn tiến lan rộng đến nền mũi.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Hội chứng nhiễm trùng.

Nghẹt mũi, nhức đầu vùng trán kèm đau tức mũi.

Khám thấy khối phòng lên đối xứng ở vách ngăn, mật độ mềm, ấn đau, không đáp ứng khi nhỏ ephedrine, khi chọc kim có mủ chảy ra.

CHẨN ĐOÁN:

Dấu hiệu lâm sàng.

Cận lâm sàng: Nội soi mũi, CT - scanner mũi xoang.

ĐIỀU TRỊ:

Phẫu thuật: rạch và dẫn lưu khối abscess, loại bỏ sụn và mô hoại tử, bơm rửa hàng ngày.

Kiểm soát nhiễm trùng bằng kháng sinh: Amoxicillin 50 - 100mg/kg chia 3 lần/ngày.

Amoxicillin + acid clavulanic: 50mg/kg chia 2 lần/ngày.

Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.

Cephalosporine:

Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil: 2v x 2 (u)/ngày. Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g 1v x 2 (u)/ngày.

Thế hệ III: Cefpodoxim 100mg, Cefetamet 250mg 2v x 2 (u)/ngày.

Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần mỗi 6 giờ...

Kháng viêm, chống phù nề: Alphachymotrypsin 1-2 viên x 3 lần/ngày.

Kháng Histamin: Chlopheniramin 4mg 1 - 2 viên/ngày

Hoặc Fexofenadine 60mg 1 - 2 viên/ngày

GẦY XƯƠNG CHÍNH MŨI

ĐAICƯƠNG:

Tai nạn giao thông, lao động, thể thao, sinh hoạt,...

Chấn thương do hỏa khí trong chiến tranh.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Chảy máu mũi: có thể chảy ra cửa mũi trước và hoặc chảy xuống họng, có thể chảy máu dưới niêm mạc vách ngăn làm phồng vách ngăn.

Biến dạng tháp mũi, Sờ mát liên tục xương chính mũi, đảunhói.

Sung nề tháp mũi, có thể lan chung quanh hómắt.

Tràn khí dưới da.

CHẨN ĐOÁN:

- Dấu hiệu lâm sàng

X quang mũi nghiêng: thấy tổn thương gãy xương chính mũi, dilệch.

Nội soi mũi, CT scan mũi xoang

ĐIỀU TRỊ: Sau khi kiểm soát chảy máu mũi, các chấn thương khác nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, nếu có rách da phải khâu phục hồi.

Nâng xương chính mũi:

Sát trùng và gây tê ổ gãy bằng Lidocain 2%.

Dùng kim Walsham luồn vào hốc mũi, mặt lưng ngang tâm chỗ mũi bị sập lõm, dùng sức nâng xương gãy lên cho phẳng, đồng thời dùng ngón cái tay trái ấn mạnh vào chỗ xương bị biến dạng lồi lên phía đối diện.

Khi nghe tiếng “rắc”, tức là xương gãy đã được đưa về đúng vị trí, đồng thời quan sát hình dạng bên ngoài tháp mũi, thấy thẳng dễ coi là được. Nhét Mèche cố định.

Điều trị thuốc:

Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ I hoặc II (Cefadroxil, Cefuroxim...)

Giảm đau: Paracetamol 15mg/kg/lần.

Kháng viêm, chống phù nề: Alphachymotrypsin 1-2 viên x 3 lần/ngày.

Kháng Histamin: Chlopheniramin 4mg Hoặc Fexofenadine 60mg 1 – 2 viên/ng

Rút Mèche sau 5 ngày.

HẬU PHẪU CHÍNH HÌNH VÁCH NGĂN

Theo dõi sinh hiệu M, HA, T⁰, 4 lần/ngày đầu.

Theo dõi tình trạng chảy máu:

Rỉ ít qua mèche mũi trước ; theo dõi nằm đầu cao, chườm lạnh.

Chảy xuống thành sau họng khiến bệnh nhân khạc nhổ nhiều, nhét thêm mèche mũi trước. Nếu cần có thể rút ra nhét lại.

Theo dõi tụt mèche xuống họng:

+ Nếu dài thì cắt bỏ bớt

+ Nếu ngắn thì dùng ngón tay đẩy mèche lên.

+ Tụt mèche làm chảy máu nhiều: rút mèche hết, đặt lại mèche mới.

Hậu phẫu:

Ngày 1-2: nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche.

Ngày 2 đến ngày 3: rút mèche mũi từ từ.

Ngày 4 : Nội soi mũi kiểm tra vết mổ

Thuốc saumỏ:

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Aminoglycoside 15mg/kg (TB) 1 liều trong ngày duy nhất +Cefotaxim 1g x 2 -3lần (TM)/ ngày +Amox+A.Clavu 1g x2-4 lần/ngày (TB) +Cefuroxim: 0,75gx2-3 lần/ngày (TB, TM) +Ceftriaxone (Opeceftri)1g: 1-3 lần/ngày (TM) +Clindamycine 600mg: x2-3lần/ ngày (TB, TM)
Kháng viêm dùng trong 3-5 ngày	+Mazipredone(Depersolone) 30mg 1-2 ống/ngày (sáng) +Hydrocortison 100mg 1-2 lọ/ngày (sáng) -Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine, hoặc lysozyme 2v x 2 lần/ngày

Kháng Histamine	+Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg
	1v/ngày hoặc Loratadine Hoặc Fexofenadine 60mg 1v x2 lần/ngày hoặc Levocetirizin 5mg 1-2v/ngy
Giảm đau	Paracetamol 0,5g 1vx2 lần/ngày trong 3ngày
Thuốc cầm máu	-Adona 25mg 2-4 ống/ ngày -Vitamin K1 10mg 2-4 ống / ngày

Theo dõi : Mỗi ngày trong tuần đầu để hút sạch máu đông và vẩy. Mỗi tuần trong 1 tháng để tránh sẹo dính.

Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi chothuốc

Nội soi mũi kiểmtra

SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

Mổ NSMX gồm có: mở khe giữa, kiểm tra xoang hàm và bóng sàng, mở xoang sàng trước, kiểm tra xoang sàng sau, nạo sàng toàn bộ, mổ xoang bướm, cắt polyp mũi bằng wizard... Đặc biệt là dẫn lưu u nhầy qua nội soi, lấy u xương nhỏ ở xoang sàng, ở phễu trán qua nội soi, lấy u mạch máu trong hốcmũi.

-Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng bệnh nhân: chảy máu, M,

T⁰, HA 3 lần/ngày đầu. Nếu Hct<25% phải truyền máu ngay.

-Hậu phẫu: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamin.

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau)	+Aminoglycoside (Amikaye 500mg) 15mg/kg (TB) 1 liều trong ngày duy nhất +Cefotaxim (Opetaxim, Shintaxime): 1g x 2 -3lần (TM)/ ngày +Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 1g x 2-4 lần/ngày (TB) +Cefuroxim (Zinacef, Viciroxim): 0,75gx2-3 lần/ngày (TB, TM) +Ceftriaxone (Opeceftri)1g: 1-3 lần/ngày (TM) +Clindamycine (DalacinC)600mg: x2-3lần/ ngày(TB, TM)

Kháng viêm (Chọn 1 khi không chống chỉ định) dùng trong 3-5 ngày	+Mazipredone (Depersolone) 30mg 1-2 ống/ngày (sáng) +Hydrocortison 100mg 1-2 lọ/ngày (sáng) -Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine (21µK), hoặc lysozyme (như Noflux 90mg) 2v x 2 lần/ngày
Kháng Histamine	+Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/ngày hoặc Loratadine (Clarityne, Alertin) Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x2 lần/ngày hoặc Levocetirizin 5mg 1-2v/ngy

Giảm đau (chích)	Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1vx2 lần/ngày trong
	3ngày
Thuốc cầm máu	-Adona 25mg 2-4 ống/ ngày -Vitamin K1 10mg 2-4 ống / ngày

Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche mũi 4lần/ngày.

Nâng đỡ tổng trạng bằng dịch truyền khi cần thiết.

Ngày thứ 2 rút mèche mũi từ từ, nếu chảy máu nhiều thì ngưng rút, để ngày sau rút tiếp. Cho thêm thuốc cầm máu khi cần (Dicynone 0,5g 1v x 2-3lần/ngày, Adona 25mg 1-2ống x 2TM/ngày).

Sau khi rút hết mèche mũi, cho bệnh nhân nội soi mũi xoang lại, để hút máu đông và lấy vẩy trong các góc ngách mũi xoang.

Theo dõi cho bệnh nhân tái khám thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên.

Sau đó 1 tháng 1 lần / 2 tháng kể và 3 tháng /1lần trong những tháng sau, cho đến 1 năm để phát hiện bệnh tái phát.

Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc

VIÊM HỌNG

ĐAICƯƠNG:

Viêm niêm mạc ở họng trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Cơ năng: Sốt cao 39⁰C đột ngột kèm ớn lạnh, nhức đầu, đau rát họng, khát nước, đau mình mẩy, tiếng nói trong.

Thực thể: Đỏ toàn bộ niêm mạc họng màn hầu, trụ trước và trụ sau Amidan, thành sau họng.

Cận lâm sàng: Bạch cầu không tăng, Nội soi họng

CHẨN ĐOÁN:

Khởi phát: Ổn lạnh, đau mình, sốt, nhức đầu, rã họng.

Toàn phát: Sốt 38-39⁰C, đau rát họng, đau nhói lên tai.

Khám họng: + Amidan sưng to, đỏ, có giả mạc (chỉ khu trú amidan).

+ Trụ trước và sau Amidan, lưỡi gà, màn hầu sưng huyết.

+ Hạch góc hàm to, đau.

Cận lâm sàng: Bạch cầu 10000-12000

Nội soi họng

ĐIỀU TRỊ:

Kháng sinh Amoxicillin + Acid clavulanic 50mg/kg/ngày hay Cefuroxim.

Súc họng, Khí dung

VIÊM AMIDAN

ĐAICƯƠNG:

Amidan là một tổ chức tân bào thuộc vòng tân bào Waldeyer (bao gồm tổ chức tân bào vòm họng, quanh vòm mũi và đáy lưỡi). Viêm amidan là một bệnh lý khá phổ biến thường gặp mọi lứa tuổi, trẻ em nhiều hơn người lớn.

Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là gram (+), có thể tìm thấy vi nấm, vi trùng kỵ khí và cả siêu vi trùng.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG: 1. Viêm amidan cấp:

Sốt cao 39 – 40⁰C.

Đau họng, nuốt khó.

Giọng nói thay đổi và hơi thở hôi.

Khám họng: 2 Amidan to, đỏ. Niêm mạc họng đỏ.

Diễn biến thường tự khỏi sau 1 tuần.

2. Viêm amidan mạn:

Nuốt vướng, hokhan.

Hơi thở hôi.

Khám họng: Amidan to hoặc hốc bả đậu.

CHẨN ĐOÁN:

Thở lâm sàng

Cận lâm sàng: XN công thức máu, phết họng, nội soi họng

ĐIỀU TRỊ:

Điều trị nội khoa:

Nghỉ ngơi nếu chỉ do nhiễm siêu vi.

Vệ sinh răng miệng.

Súc họng nước muối ấm hoặc rửa mũi, khí dung họng (corticoid và kháng sinh)

Dùng thuốc ngậm có chứa benzocaine.

Kháng sinh: thời gian điều trị 10 – 14 ngày

**Nhóm Betalactam:*

+ Amoxicillin+Acid Clavulanic (Augtipha 562,5mg) 50mg/kg x 2 lần/ngày
+ Cephalosporine: có thể chọn kháng sinh uống hoặc tiêm.
.Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil: 50mg/kg x 3 lần/ngày.
.Thế hệ II: Cefuroxim (Zinnat) 30mg/kg x 3 lần/ngày.
.Thế hệ III: Cefpodoxim, Cetamet 10mg/kg x 2 lần/ngày.
***Nhóm Macrolide**: Azithromycin 10-20mg/kg lần duy nhất/ngày x 3 – 5 ngày.
Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 30-40mg/kg/ngày.
Kháng viêm chống phù nề:
+ Corticoid dạng uống hoặc tiêm tĩnh mạch.
+ Hoặc kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsin,...

-Giảm ho

-Nâng tổng trạng

Điều trị ngoại khoa:

****Chỉ định tuyệt đối:***

Amidan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp trên, nuốt đau nhiều, rối loạn giấc ngủ, hoặc kèm theo các biến chứng tim mạch.

Abscess quanh amidan không đáp ứng với điều trị nội khoa và thủ thuật dẫn lưu ngoại khoa, trừ khi phẫu thuật được tiến hành trong giai đoạn cấp của bệnh.

Viêm amidan gây biến chứng sốt cao co giật, viêm tai giữa, viêm xoang..

Amidan cần sinh thiết để xác định giải phẫu bệnh.

****Chỉ định tương đối:***

Viêm nhiễm amidan từ 3 đợt trở lên mỗi năm dù đã được điều trị nội khoa tích cực.
Hơi thở và vị giác hôi kéo dài do viêm amidan mạn không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Viêm amidan mạn hoặc tái phát trên một bệnh nhân mang mầm bệnh Streptococcus không đáp ứng với các kháng sinh kháng beta-lactamase.

Phì đại amidan một bên nghi ngờ khối u tân sinh.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

Làm xét nghiệm tiền phẫu + nội soi Tai Mũi Họng

Hội chẩn lên lịch mổ chương trình khi BC <10.000/mm³ 4. Thuốc dùng sau phẫu thuật cắt amidan:

Kháng sinh: Cefuroxim 1,5mg x2 lần/ngày (TMC)

Kháng viêm (dùng Hydrocortisone 100mg đến hậu phẫu ngày thứ 3)

Giảm đau, hạ sốt

SĂN SÓC SAU CẮT AMIDAN:

Không cử động nói ngay sau khi cắt, nên nói lại từ hậu phẫu ngày 2 trở đi

Hậu phẫu ngày 1-2 sữa lạnh, ngày 3 – 4 cháo lỏng để nguội, ngày 5-6 cháo đặc, ngày 7-10 ăn cơm nhuyễn, sau đó ăn cơm bình thường.

Cữ những chất chua, cay, cứng và nóng từ 10 – 14 ngày sau khi mổ

Không nên đến những chỗ đông người trong tuần đầu sau mổ vì rất dễ nhiễm trùng đường hô hấp từ người khác

Hãy uống nhiều nước, hoặc những chất giàu chất dinh dưỡng như nước trái cây, sữa, súp, nhưng đừng quá lạnh.

Không hút thuốc hoặc uống rượu, bia vì rất dễ gây kích thích vùng họng. Thông thường sau một tuần bệnh nhân có thể trở về làm việc bình thường của mình mà không gặp trở ngại do cuộc mổ vừa qua.

Trước khi xuất viện nội soi họng kiểm tra tình trạng hố mổ amidan.

VIÊM V.A

ĐẠI CƯƠNG:

Thường gặp ở trẻ từ 1 - 5 tuổi, chiếm 20-30% nhiễm khuẩn hô hấp trên.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

-Viêm VA cấp: sốt > 38⁰C, có khi sốt cao 39 – 40⁰C, có thể kích thích hoặc co giật, quấy khóc, khó chịu. Trẻ bị ngạt mũi, tăng khi nằm, há miệng thở, bỏ ăn, bỏ bú.

Sau đó chảy mũi hai bên, dịch nhầy sau đặc dần, trắng đục, số lượng tăng nhiều.

Rối loạn tiêu hóa: đau bụng, nôn trớ và đi ngoài phân lỏng. Khám mũi nhiều mủ, niêm mạc sung huyết, họng đỏ, nhiều mủ nhầy trắng từ vòm xuống họng.

Khám tai: mang tai sung huyết

Viêm VA mạn tính: Trẻ chảy mũi thường xuyên, dịch trong hoặc đục, nhiều khi chảy mũi xanh kéo dài.

Ngạt mũi, ngủ ngáy và có cơn ngừng thở khi ngủ, có thể sốt nhẹ hoặc không sốt.

Mũi có dịch nhầy đục hoặc vàng xanh, VA to hoặc nhỏ nhưng viêm đỏ và có dịch nhầy, họng có nhiều nhầy. Màng tai thường dày, đục hoặc viêm tai thanh dịch.

CHẨN ĐOÁN:

Thể lâm sàng

Nội soi mũi thấy khối VA quá phát, nhiều dịch mủ

ĐIỀU TRỊ:

Amoxicillin + Acid clavulanic 50mg/kg/ngày hay Cefuroxim.

Súc họng, Khí dung

BIẾN CHỨNG:

ở tai: viêm tai giữa cấp, viêm xương chũm cấp, viêm tai thanh dịch.

ở mũi xoang: gây viêm mũi xoang. Viêm xoang sàng cấp xuất ngoại có thể lan vào mắt gây mù.

viêm thanh quản, khí quản, phế quản, viêm phổi.

Gây ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ. Trẻ có “bộ mặt VA”.

CHỈ ĐỊNH NẠO VA: viêm VA mạn tính có nhiều đợt viêm bán cấp; viêm VA biến chứng viêm tai giữa, viêm tai thanh dịch, viêm nhiễm hô hấp...

VIÊM THANH QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

ĐAICƯƠNG:

Là tình trạng viêm cấp ở thanh thiệt, sụn phễu, thanh thiệt, dây thanh, niêm mạc hạ thanh môn, có thể kể cả khí quản.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Khó nuốt: bỏ ăn, chảy nước miếng

Khàn tiếng : có thể nhẹ đến mất tiếng

Khó thở: kiểu thanh quản (xem khó thở thanh quản)

Có thể: sốt cao, viêm họng mãn, ho (ông ông), thở có tiếng rít.

Lưu ý khi khám: Không cố gắng đờ lưỡi.

Nên thực hiện soi thanh quản ở phòng mổ.

Chẩn đoán phân biệt với hen phế quản (thể viêm thanh quản corít)

Viêm màng não (thể viêm thanh thiệt cấp)

CHẨN ĐOÁN

Hội chứng nhiễm trùng + khàn tiếng + khó thở

Cận lâm sàng chỉ thực hiện khi bệnh ổn định: CTM, Nội soi họng, CT scan cổ ngực

II. ĐIỀU TRI:

Kháng sinh Nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh ≥5 ngày	-Amox + A.Clavu -Cefadroxil (Biodroxil) 0.5g 2v x2 /ngày -Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim...)
Kháng viêm	-Corticoid 0,5-1,5mg/Kg/ngày
Hạ sốt	Paracetamol: -<3tháng : 40 mg/ngày -1-2 tuổi: 80-120 mg/ngày -3-6 tuổi : 160-320 mg/ngày
An thần	Diazepam 5mg
Chăm sóc	-Lau mát, Nằm đầu cao thở Oxy -Khó thở nặng, nằm phòng chăm sóc đặc biệt và mở khí quản.

VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH

ĐAICƯƠNG:

Là tình trạng khàn tiếng kéo dài, không có xu hướng tự khỏi và phụ thuộc vào quá trình viêm thông thường, không đặc hiệu. Không kể các bệnh: lao thanh quản, giang mai thanh quản, nấm thanh quản.

TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG:

Cơnãng

Khàn giọng kéo dài từng đợt.

Tăng tiết nhày, nhất là buổi sáng.

Cảm giác ngứa, khô rát.

Thực thể

Tiết nhày đọng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh

Tổn thương dây thanh

Nhẹ: Niêm mạc dây thanh, sung huyết đỏ.

Nặng: dây thanh như dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng.

CHẨN ĐOÁN

Dấu hiệu lâm sàng.

Cận lâm sàng: Nội soi họng, CT scanner

ĐIỀU TRỊ:

Điều trị nguyên nhân:

Điều trị ổ viêm nhiễm ở : Mũi, xoang, họng

Tránh: hơi hóa chất, bụi

Nói ít, nói nhỏ, ngưng ca hát.

Điều trị tại chỗ: Khí dung họng.

Điều trị toàn thân: Kháng sinh, kháng viêm nếu cần.

Luyện giọng.

HẬU PHẪU MỞ KHÍ QUẢN

ĐAICƯƠNG:

Mở khí quản là tạo 1 đường thở ra ngoài cổ không qua mũi và họng.

CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp tắc nghẽn đường hô hấp trên.

Giảm khoáng chết cho đường hô hấp.

CHĂM SÓC:

Chăm sóc canule

Cột dây cố định canule vừa đủ chặt và thắt nút khóa.

Thở oxy ẩm ấm (nếu cần)

Hút đàm nhớt thường xuyên, nhỏ nước muối sinh lý, hoặc thuốc làm loãng đàm nhớt (chymotrypsine, Mistabron...) để tránh khô đặc đầmnhớt.

Thay rửa nòng trong của canule ít nhất 2lần/ngày

Tập ho, vỗ lưng cho bệnh nhân thường xuyên, nhất là vào buổi sáng.

Làm mạng che để tránh bụi và không khí lạnh vào đườngthở.

Theo dõi biến chứng

Chảy máu vết mổ: Khâu hoặc băngép.

Tràn khí dưới da: Cắt bột chỉ mayda.

Tràn khí màngphổi:

Nhiễmtrùng:

Vếtmổ:

+ Cây mũ – Kháng sinh đồ

+ Rửa, thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày

Nhiễm trùng hô hấpdưới:

+ Chăm sóc canule

+ Kháng sinh.

Thuốc:

<p>Kháng sinh -Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g: +Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB) +Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)</p>	<p>-Augmentine 1g; Augmentine 0,625g Trẻ em: 30mg/kg x 2-4lần/ngày Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày -Cefuroxime : Trẻ em 10-15mg/kg x 2 l/ng Người lớn : 250-500mgx 2 lần/ngày -Cefotaxime: Trẻ em: 50 -100 mg/kg/ngày Người lớn: 1g x 2-3 lần /ngày -Cephadroxil: 2v x2lần/ngày -Cefaclor: 1v x 2 lần/ngày</p>
<p>Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau</p>	<p>-Steroid: tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần +Mazipredone (Depersolone 0,03g) Trẻ em : 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1ống x 1-3lần/ ngày +Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1ống x 1-3lần/ngày +Prednisolone 5mg -Non-Steroid: Diclofenac 1v x 2 -3lần /24g -Enzyme: +Lysozyme : 1-2v x 2 lần /ngày +Serratiopeptidase: 1-2v x 2, 3lần /ng hoặc Alphachymotrypsin 1v x3 lần/ngày</p>
<p>Giảm đau</p>	<p>-Paracetamol: 30 -40mg/kg/ngày</p>
<p>Long đàm:</p>	<p>Acetylcysteine 1gói x 3lần/ngày.</p>

HẬU PHẪU NẠO V.A

ĐAICƯƠNG:

Nạo V.A là nạo tổ chức Lympho viêm và quá phát ở vùng vòm mũi họng.

ĐIỀU TRỊ:

Thuốc sau mổ:

Kháng sinh Cephalosporin thế hệ II, III (Cefuroxim, Cefpodoxim, Cetamet,...)
Giảm đau

Chăm sóc hậu phẫu:

Theo dõi chảy máu:

Nếu bệnh nhân đã nhổ ra nước bọt trong, cho uống sữa lạnh.

Nếu còn máu ra cửa mũi trước hoặc nhổ ra qua miệng → Chuyển bệnh nhân vào phòng mổ, hút sạch máu ở mũi họng, kiểm tra họng nếu thấy những dải niêm mạc lòng thông phải cắt bỏ.

Nếu vẫn còn chảy máu, đặt bông cầu vào vùng nóc vòm chờ khoảng 3 phút.

Hậu phẫu ngày 4:

Nội soi mũi kiểm tra vết mổ

5. Dặn dò khi xuất viện :

Uống thuốc và nhỏ mũi (NaCl 0.9%) theo toa bác sĩ.

Tái khám sau 1 tuần tại phòng khám.

Nếu về nhà bé chảy máu hoặc sốt cao, đưa bé đến tái khám ngay.

HẬU PHẪU CẮT AMIDAN

ĐAICƯƠNG:

Cắt Amygdale là cắt bỏ Amygdale khẩu cái bị viêm hoặc quá phát to ảnh hưởng đến sức khỏe và năng suất làm việc của bệnh nhân.

ĐIỀU TRỊ:

Thuốc sau mổ:

Kháng sinh Cephalosporin thế hệ II, III (Cefuroxim 1,5g liều 0,75g x 3 lần/ngày)
hoặc Cefotaxim 1g x 2 lần/ngày

Giảm đau

Hydrocortison 100mg 1 lọ/ ngày Theo dõi chảy máu:

Nếu chảy máu nhẹ: cầm máu bằng tiêm thuốc tê tại hố Amidan, buộc cầm máu, đốt cầm máu, cắt amidan còn sót (chú ý ở cực dưới amidan)

Nếu chảy máu nhiều, hoặc rỉ rả kéo dài hoặc ói ra máu đen: theo dõi DHST mỗi 30 phút. Đồng thời cho xét nghiệm lại CT máu.

Tùy theo tình trạng bệnh nhân mà truyền nước điện giải hoặc máu nếu cần thiết, và cho thêm thuốc an thần (seduxen 5mg đến 10mg IV hoặc IM), Dicynon 250mg từ 2 ống đến 3 ống/ 24 giờ IV.

Nếu vẫn chảy máu nhiều: vào phòng mổ kiểm tra lại và thắt động mạch cảnh ngoài nếu cần. Chú ý bảo đảm đường thở cho bệnh nhân.

Hậu phẫu ngày 4: Nội soi họng kiểm tra hómổ

Dặn dò bệnh nhân:

03 ngày đầu: Ăn thức ăn lỏng và nguội như cháo, sữa, súp.

Từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 : Ăn thức ăn mềm như mì, miến, phở.

Từ ngày thứ 8 có thể ăn bình thường.

Báo trước cho bệnh nhân biết có thể chảy máu ít vào ngày thứ 6 hoặc 7 do tróc giả mạc và nếu chảy nhiều máu tươi, sốt nhập viện ngay.

HẬU PHẪU CẮT POLYPE - HẠT DÂY THANH

ĐAICƯƠNG:

Sau cắt polype, hạt dây thanh nhằm tái tạo niêm mạc dây thanh. Phục hồi chức năng phát âm

CHĂM SÓC:

Nội khoa

Kháng sinh uống (1 trong các loại sau)	-Amoxicilline + A.clavulanat(Augmentiny)30 50mg/kg/ngày -Cefuroxim (Zinnat, Zinmax) 30-100mg/kg/ngày
Kháng viêm (1 trong các loại sau)	-Corticoid dạng chích (trong 2-3 ngày), Depersolon: 2- 3mg/kg/ngày -Dạng men (trong 5-7 ngày), Garzen 10mg, Noflux 90mg: x 2 lần/ngày

Tại chỗ : Xông họng bằng Dexacol và Melyptol

Dặn dò: (trong tuần đầu)

Hạn chế nói to và dài hơi.

Tránh thức ăn quá nóng, chua, lạnh.

Nên nói ngay sau phẫu thuật nhưng nói nhỏ – ngắn hơi

TÁI KHÁM: Soi thanh quản sau 2 tuần. Nếu cần có thể kết hợp luyện giọng