SỞ Y TẾ QUẢNG BÌNH
BỆNH VIỆN ĐK TUYÊN HÓA
Số: 703/QĐ-BV

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Tuyên Hóa, ngày 30 tháng 11 năm 2023

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai, Mũi Họng"

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYÊN HÓA

- Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

- Căn cứ Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2015 của Bộ Y tế về việc ban hành Về việc ban hành tài liệu chuyên môn"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"

- Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.

- Căn cứ Quyết định số 291/QĐ-UBND ngày 12/ 01/2006 của UBND tỉnh Quảng Bình về việc thành lập Bệnh viện Đa khoa huyện Tuyên Hóa;

- Căn cứ chức năng, quyền hạn của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Tuyên Hóa;

- Xét Biên bản của Hội đồng khoa học- kỹ thuật về nghiệm thu các tài liệu hướng dẫn chẩn đoán điều trị và các quy trình kỹ thuật

- Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch – Tổng hợp.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"

Điều 2.Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng" được áp dụng tại khoa Ngoại – liên chuyên khoa bệnh viện đa khoa huyện Tuyên Hóa. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Điều 3. Khoa Ngoại – liên chuyên khoa và các khoa phòng liên quan chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:
- Ban Giám đốc;
- Các khoa,phòng
- Lưu

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH QUẢNG BÌNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN TUYÊN HÓA

Lâm Tuấn Phương

MỤC LỤC

PHẦN I: TAI 3
VIÊM TAI GIỮA CẤP 3
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH 4
PHÁC ĐỒĐIỀU TRỊ VIÊM TAI NGOÀI 6
PHẦN II: MŨI XOANG 7
PHÁC ĐỒ VIÊM VA CẤP TÍNH 7
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG CẤP 9
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG MẠN TÍNH 11
PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CHẢY MÁU MŨI 13
PHÁC ĐỒ VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG 15
PHẦN III: HỌNG THANH QUẢN 17
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG CẤP TÍNH 17
PHÁC ĐỒ VIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH 19
PHÁC ĐỒ VIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH 21
PHÁC ĐỒ VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH 23

PHẦN I: TAI

VIÊM TAI GIỮA CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa cấp là bệnh cấp tính của tai giữa, thường xảy ra ở trẻ em.

- Yếu tố quan trọng gây viêm tai giữa cấp là tắc vòi nhĩ.
- Thường thứ phát sau nhiễm trùng hô hấp trên.

* Tác nhân thường gặp:

+ *Streptococcus pneumoniae*(30-45%)

+ *Hemophilus influenza (20%)*

+ *Moraxella cataharrlis + Enterobacter, Pseudomonas, Klebsiella*

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. Triệu chứng cơ năng:

- sốt, nhức đầu, ói, ù tai, chóng mặt, nghe kém.

b. Triệu chứng thực thể:

- Màng nhĩ bất thường (vàng, đỏ sậm, hoặc sung huyết dọc cán búa), sự di dộng của màng nhĩ kém, đôi khi có hình ảnh màng nhĩ phồng ở giai đoạn chưa vỡ mủ hoặc màng nhĩ thủng và thấy mủ đầy ống tai.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- Nội soi Tai-Mũi-Họng.
- X quang schiiller

III.ĐIỀU TRỊ:

1. **Tiêu chuẩn nhập viện:**
   - sốt > 39 độ C
   - Màng nhĩ căng phồng, mất bóng
   - Mủ lấp đày ống tai

2. Nội khoa: thời gian điều trị kháng sinh là 10 - 14 ngày

Điều trị cụ thể:

a. Đối với trẻ em: Kháng sinh toàn thân:

- Nhóm Betalactam:

+ Amoxicillin: 50mg -100mg/ kg x 3/ ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: 80 - 90mg /kg x 2/ ngày

+ Cephalosporine:

Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g (Zinnat) 30mg/kg x 3 lần mỗi ngày

Thế hệ III : Mecefix 250mg : 8mg/kg/ngày

b. Đối với người lớn: Kháng sinh toàn thân:

- Nhóm Betalactam:

+ Amoxicillin: 0.5g x 3 lần/ ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: 1viên x 2lần uống/ ngày

+ Cephalosporine: tùy theo mức độ bệnh có thể chọn:

Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g (Zinnat) .1v x 2 uống/ ngày

Thế hệ III : Mecefix 250mg: 200-400 mg/ngày liều duy nhất hoặc chia làm 2 lần.

- Nhóm Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1viên x 2lần uống/ ngày
- Nhóm Macrolide : Azithromycin 250mg.

* Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 500mg: 10-15mg/kg/ lần/6giờ....

* Kháng dị ứng

* Nâng tổng trạng

3. Ngoại khoa:

- Trích rạch màng nhĩ nếu màng nhĩ căng nhiều.
- Nạo VA ở trẻ nhỏ khi nội soi có VA to.

PHÁC ĐỒĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng viêm kéo dài hoặc tái đi tái lại của tai giữa (VTG cấp > 3 tuần).
- Nguyên nhân: do vòi nhĩ bị tắc kéo dài, do chấn thương hoặc do VA phì đại.
- Tác nhân thường gặp:

+ *Pseudomonas aeruginosa*(40-60%)

+ *Staphylococcus aureus (15-30%)*

+ *Hemophilus influenza + Moraxellacataharrlis + Enterobacter*

+ *Klebsiella + Anaerobic*

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Chảy mủ tai tái đi tái lại nhiều lần, mủ tai trắng vàng hoặc xanh, mủ có thể có mùi thối khẳm trong viêm tai giữa có cholesteatoma.

- Nghe kém từ từ.

- Các triệu chứng có thể thường xuyên hoặc ngắt quãng, xảy ra 1 hoặc 2 tai.

* Khám:

- Màng nhĩ thủng còn rìa hoặc mất rìa, hòm nhĩ sạch hoặc ứ dịch, mô hạt viêm hoặc polyp hòm nhĩ. Mủ đặc sệt như bã đậu, óng ánh như xà cừ là dấu hiệu của viêm tai giữa có cholesteatoma.

2. Cận lâm sàng:

- Nội soi Tai-Mũi-Họng.

- Xquang Schuller: mờ thông bào xương chủm

III.ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Chảy mủ tai không đáp ứng với kháng sinh uống ở nhà trên 21 ngày.

2. Nội khoa: Thời gian điều trị kéo dài có thể trên 4 tuần.

* Kháng sinh:

- Nhóm Betalactam:

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: Trẻ em 30mg /kg x 3lần/ngày, người lớn 1g x 2lần / ngày.

+ Cephalosporine: tùy theo mức độ bệnh có thể chọn.

Thế hệ II: Cefuroxim Trẻ em 30 - 100mg/kg/ngày,người lớn 1g x 2 -3lần/ ngày

Thế hệ III : Mecefix 250 mg:Trẻ em 8mg /kg/ ngày, người lớn :200 – 400 mg/ngày liều duy nhất hoặc chia làm 2lần.

- Nhóm Quinolon : Ciproloxacin …..

- Kết hợp với nhóm Metronidazole.

* Vệ sinh tai

* Thuốc nhỏ tai : Ciplox ...

* Kháng viêm chống phù nề:

+ Corticoid dạng uống.

+ Hoặc kháng viêm dạng men: Alpha chymotrypsin..

* Kháng dị ứng : Chlopheniramin 4mg

* Nâng cao tổng trạng

3. Ngoại khoa:

- Phẫu thuật vá nhĩ.

- Khoét rộng đá chủm, sào bào thượng nhĩ.

PHÁC ĐỒĐIỀU TRỊ VIÊM TAI NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm tai ngoài cấp 80% xuất hiện vào mùa hè, thường do môi trường ẩm.

- Nguyên nhân do hẹp ống tai, nút ráy tai, lấy ráy tai, bơi lội...

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

II. CHẨN ĐOÁN:

1. 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.

2. Cận lâm sàng:

- Nội soi Tai-Mũi-Họng

III ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt > 40 độ C

- **V**ành tai sung nề

2. Điều trị tại chỗ

- Hút rửa tai

- Thuốc nhỏ tai: Ciprofloxacin 0,3% ...

3. Điều trị toàn thân:

*Kháng sinh toàn thân:

+ Amoxicillin: 50mg -100mg/ kg x 3lần/ ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: 50mg /kg x 2lần/ngày

+ Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1viên x 2lần uống/ ngày

+ Cephalosporine:

Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil : 2viên x 2lần uống/ ngày

Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g (Zinnat) .1viên x 2lần uống/ ngày

Thế hệ III : Mecefix 250mg : 200-400 mg liều duy nhất hoặc chia làm 2 lần

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

PHẦN II: MŨI XOANG

PHÁC ĐỒ VIÊM VA CẤP TÍNH

I.ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm VA (Végétations Adénoides) là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhỏ từ 1 đến 5 tuổi.

- Tỉ lệ viêm VA khoảng 20-30% trong số các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

- Bệnh hay tái phát và thường gây biến chứng như viêm tai giữa, viêm mũi xoang, viêm phế quản, tắc nghẽn đường thở kéo dài ảnh hưởng đến sự phát triển sọ mặt của trẻ.

- Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây nhiều phiền phức và ảnh hưởng đến sức khỏe và sự phát triển của trẻ.

- Tác nhân gây bệnh : Vi khuẩn thường gặp: group A beta hemolytic streptococcus, Hemophilus influenza, Streptococcus pneumonie, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Mycobacteria, Anaerobic.

* Virus: Rhinovirus, Epstein barr, Adenovirus, Influenza A và B.

II. LÂM SÀNG:

1. **Chẩn đoán:**

-Viêm VA Cấp: sốt cao, chảy mũi xanh, nghẹt mũi cả 2 bên, đôi khi có viêm tai giữa.

- Viêm VA Mạn: nghẹt mũi kéo dài, chảy mũi xanh, biến dạng xương vùng mặt, nghe kém.

- Họng: thành sau họng dịch nhầy đục từ trên chảy xuống, niêm mạc họng đỏ.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: BC tăng

- Nội soi mũi: VA to ở cửa mũi sau

3. Biến chứng:

- Viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch

- Viêm mũi xoang

- Viêm họng - Amidan

- Viêm thanh quản cấp

- Biến dạng sọ mặt: trẻ có khuôn mặt " VA" như mặt nhỏ, miệng há, cằm nhô ra.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- sốt > 40 độ C

- chảy mủ đạc vàng xanh

2. Nội khoa:

1.1. Điều trị tại chổ:

- Rửa mũi, khí dung mũi .

1.2. Điều trị toàn thân:

* Kháng sinh: thời gian điều trị 10 -14 ngày

- Nhóm Betalactam:

+ Amoxicillin: 50mg -100mg / kg x 3 lần / ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: 50mg/kg x 2 lần/ ngày

+ Cephalosporine: tùy theo mức độ bệnh có thể chọn

Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil : 50mg/kg x 3 lần /ngày

Thế hệ II: Cefuroxim (Zinnat) 30mg/kg chia 3 lần mỗi ngày

Thế hệ III: Mecefix 250 mg : 8 mg/kg/ngày.

- Nhóm Macrolide: Azithromycin (Azoget 250mg) 10 - 20mg/ kg lần duy nhất / ngàyx 3 - 5 ngày.

* Hạ sốt: Paracetamol 10-15mg/kg/ lần/6 giờ.

* Kháng dị ứng: chlopheramin 4mg

* Loãng nhầy Acetylcystein

* Giảm ho

2. Ngoại khoa:

- Nạo VA khi điều trị nội khoa thất bại hoặc VA quá phát gây biến chứng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc mũi.
- Nguyên nhân:

+ Do mũi: cảm cúm, dị ứng.

+ Do răng: sảũ răng, viêm nướu.Ư

- Tác nhân gây bệnh :Vi trùng thường gặp là Pneumococci, Hemophilus influenza, Streptococci tan huyết nhóm A , Staphylococci, Moraxella catarrhalis, yếm khí.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Sốt, nhức đầu, đau tức vùng mặt.
- Chảy mũi: lúc đầu mũi trong sau vàng xanh có mùi tanh có khi lẫn máu.
- Nghet mũi: nghẹt cả 2 bên nhưng nghẹt nhiều ở bên viêm
- Hắt hơi, mỏi mắt

*Khám :

- Niêm mạc mũi sung huyết, xuất tiết, khe giữa có nhầy và mủ
- Tìm các điểm đau :

+ Điểm hố nanh: xoang hàm bị viêm

+ Điểm Grunwald vị trí bờ trên trong hố mắt: xoang sàng viêm .

+ Điểm Ewing ở mặt trước xoang trán: xoang trán viêm

2. Cận lâm sàng:

- Nội soi mũi xoang: Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết.

- X quang niêm mạc xoang: Có phản ứng viêm như dầy niêm mạc xoang hoặc mức khí dịch.

- Công thức máu: Bạch cầu tăng nhẹ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- sốt > 39 độ C

- sung đỏ vùng mặt,

2. Nội khoa

a.Tại chỗ:

- Rửa mũi.

- Thuốc nhỏ mũi: Xylobalan 0,05 – 0,1% nhỏ mũi ngày 3 lần/7 ngày.

b. Toàn thân :

* Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau), thời gian điều trị 15 ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic 1v x 3 - 2 lần /ngày

+ Nhóm Cephalosporine - Cephadroxil 0,5g 2viên x 2 lần uống/ ngày

+ Cefuroxim (Zinnat, ceroxim) 0.5g 1viên x 2 lần uống/ ngày

+ Mecefix 250 mg: 200 -400 mg/ngày liều duy nhất hoặc chia làm 2 lần.

+ Nhóm Macrolide: Clarithromycine, Azithromycine

+ Nhóm Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1v x 2 lầnuống/ ngày

+ Metronidazole 250mg 2v x 2 lần uống/ ngày (khi có kị khí)

* Kháng viêm: - Steroid (Medrol, prednisolon), thốc xịt mũi

- Kháng viêm men (Alpha chymotripsin)

- Kháng histamine: Chlopheniramin 4mg

* Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 0,5g

* Chống sung huyết, nghẹt mũi:

- Chọc rửa xoang hàm

- Nhổ răng nếu viêm xoang do răng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Là tình trạng viêm niêm mạc mũi xoang kéo dài > 12 tuần tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

- Vi khuẩn thường gặp Pneumococci, Hemophilus influenza, Streptococci tan huyết nhóm A , Staphylococci, Moraxella catarrhalis, yếm khí....

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

*Các triệu chứng chính:

+ Đau, căng, nặng mặt.

+ Nghẹt, tắc mũi.

+ Chảy dịch, mủ ở mũi trước hay mũi sau

+ Giảm hoặc mất mùi.

* Các triệu chứnh phụ:

+ Hơi thở hôi

+ Ho dai dẳng

+ Nhức đầu cảm giác nặng ở đỉnh , hai thái dương , đau vùng chẫm mỏi gáy

+ Đau tai hoặc cảm giác đầy trong tai - Nhức răng

+ Mỏi mệt uể oải

- Chẩn đoán Viêm xoang mạn: **khi bệnh nhân có 2 triệu chứng chính hoặc 1 triệu chứng chính và 2 triệu chứng phụ.**

- Khám các điểm đau: hố nanh, góc mắt thường không rõ rệt

- Soi mũi trước : ở nghách giữa có nhầy, mủ, cuốn mũi giữa to hoặc thoái hóa.

- Soi mũi sau: thấy nhầy đổ xuống thành sau họng.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp Xquang kinh điển: tư thế Blondeau, Hirtz

- Nội soi mũi xoang

III.ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện.

- chảy dịch hôi tanh liên tục
- đau nhức đầu nhiều

2. Nội khoa:

a. Tại chỗ:

- Rửa mũi.
- Thuốc nhỏ mũi: Xylobalan 0,05 – 0,1 %.

b. Toàn thân :

* Kháng sinh (dùng 1 trong các loại sau), thời gian điều trị 2 - 4 tuần

- Nhóm Betalactam:

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic 1v x 2-3 lần/ngày

+ Nhóm Cephalosporine - Cephadroxil 0,5g 2v x 2 lần uống/ ngày

+ Cefuroxim (Zinnat, ceroxim) 0.5g 1v x 2 lần uống/ ngày

+ Mecefix 250 mg : 200 – 400 mg/ ngày liều duy nhất hoặc chia làm 2 lần.

- Nhóm Macrolide: Clarithromycine, Azithromycine

Nhóm Quinolon: Ciprofloxacin 0,5g 1v x 2 lần uống/ ngày

- Metronidazole 250mg 2v x 2 lần uống/ ngày (khi có kị khí)

* Kháng viêm: - Steroid (Medrol, prednisolon), thốc xịt

* Kháng viêm men (Alpha chymotripsin)

* Kháng histamine: Chlopheniramin 4mg, Loratidin 10 mg

* Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 0,5 g

* Chống sung huyết, nghẹt mũi.

3. Ngoại khoa

Phẫu thuật mở sang hàm

PHÁC ĐỒXỬ TRÍ CHẢY MÁU MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

- Chảy máu mũi là một cấp cứu thường gặp trong tai mũi họng.

Khoảng 60% trên tổng số người trưởng thành có ít nhất một lần chảy máu mũi, nhưng chỉ khoảng 6% đến khám chuyên khoa.

- Chảy máu mũi hay gặp ở mùa khô do độ ẩm không khí giảm, có ảnh hưởng đến sinh lý niêm mạc mũi.

- Mũi được cung cấp máu từ hai hệ thống động mạch cảnh ngoài và động mạch cảnh trong.

2. Nguyên nhân: 90% vô căn

2.1.Tại chỗ:

- Chấn thương:

+ Vỡ khối xương hàm trên theo kiểu Lefort 1,2,3, chấn thương tháp mũi

+ Ngoáy mũi, xì mũi, dị vật

+ Phẫu thuật vùng mũi xoang

- Chất hóa học: cocain , thuốc xịt mủi...

- Khối u:

+ U ác: carcinom, ung thư vòm ...

+ U lành: polype mũi, u nhú đảo ngược. u xơ vòm....

+ Viêm nhiễm tại chỗ: viêm mũi xoang cấp, trĩ mũi, viêm loét mũi

2.2. Toàn thân:

- Bệnh nhiễm khuẩn: sốt xuất huyết, cúm, thương hàn

- Bệnh mạch máu: cao huyết áp, xơ mỡ động mạch.

- Bệnh lý đông máu: dùng thuốc chống đông, hemophilia, bệnh ác tính về máu, suy gan.

- Di truyền bẩm sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

<u>* Đánh giá chảy máu mũi:</u>

+ Chảy ra mũi trước hay mũi sau.

+ Chảy máu ồ ạt hay ít.

+ Chảy máu mũi 1 bên hay 2 bên.

* Đánh giá tình trạng mất máu:

+ Nhẹ: thường chảy ở điểm mạch phía trước, máu đỏ tươi từng giọt.

+ Vừa: máu đỏ tươi chảy thành dòng, có thể xuống họng.

+ Nặng: ảnh hưởng đến dấu hiệu sinh tồn.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu:

+ Xét nghiệm về yếu tố đông máu: TS, TC.

+ Xét nghiệm chức năng gan thận.

- Nội soi mũi xoang: xác định vị trí chảy máu.

- Chụp XQ.

3. Chẩn đoán phân biệt:

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

Máu từ phổi qua mũi: lao phổi, u máu.

- Vỡ tĩnh mạch thực quản gây nôn, sặc lên mũi: xơ gan, bệnh tăng áplựctĩnh mạch cửa.

- Vỡ các động mạch tầng giữa đáy sọ như các nhánhcủa động mạch cảnh trong hoặc chảy từvòi Eustache do chấn thương tai giữa, vỡ xương đá.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Chảy máu > 10 phút không tự cầm
- lượng máu mất> 200ml

2. Nguyên tắc điều trị:

- Hồi sức nâng tổng trạng.
- Cầm máu.
- Điều trị nguyên nhân.

3. Điều trị cụ thể:

a. Cầm máu tại chỗ:

- Nhẹ: cho bệnh nhân ngồi thẳng cổ hơi gập nhẹ, đè ép cánh mũi 2 bên vào vách ngăn trong 10 phút.

- Trung bình: nhét meche mũi trước, thời gian lưu meche 24 - 48 giờ.

- Nặng: nhét meche mũi sau, thời gian lưu meche 48 - 72 giờ.

b . Toàn thân:

- Nghỉ ngơi, ngồi hoặc nằm đầu cao.

- Truyền dịch nâng tổng trạng.

c Thuốc hỗ trợ:

- Thuốc hạ áp: Nifedipin 20mg , Amlodipin 5mg ....

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng dị ứng: Chlopheramin 4mg.

- Kháng sinh (uống) khi có nhét mechè:

+ Amoxicillin + acid clavulanic: Augmentin.....

+ Cephalosporin: Thế hệ II: Cefuroxim (Zinnat),Thế hệ III: Cefixim, Mecefix....

- Vitamin C 500mg uống .

3. Điều trị nguyên nhân.

IV. THEO DÕI:

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và chảy máu.

PHÁC ĐỒ VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

I .ĐẠI CƯƠNG

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.

II. CHẨN ĐOÁN

1 Khai thác tiền sử dị ứng

− Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mày đay, chàm, hen phế quản,…

− Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

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 Cận lâm sàng

+ Test lẩy da:.

Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.

Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >3-5mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >5-8mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >8-12mm, ngứa, ban đỏ.

+ Test kích thích mũi: Kết quả được coi là dương tính khi bệnh nhân xuất hiện một trong các triệu chứng lâm sàng, gồm ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi trong, ngạt tắc mũi.

III. ĐIỀU TRỊ.

1 Tiêu chuẩn nhập viện

- Hăt xì hơi tràng kéo dài không đáp ứng với thuocs chống dị ứng

2.Điều trị cụ thể

a. Các phương pháp điều trị đặc hiệu

+ 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.

b. 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.

c. 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.

PHẦN III: HỌNG THANH QUẢN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm họng là viêm niêm mạc họng trong đó có lớp liên bào, tuyến nhầy, nang lympho.

- Tác nhân:

+ Vi khuẩn thường gặp: group A beta hemolytic streptococcus, Hemophilus influenza, Streptococcus pneumonie, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, mycobacteria, Anaerobic.

+ Virus: Rhinovirus, Epstein barr, Adenovirus, Influenza A và B

II.CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đau rát họng, khát nước, mệt mỏi, chảy nước mũi, ho (do virus cúm).
- Sốt, ớn lạnh, nhức đầu.
- Hạch viêm ở góc hàm.
- Khám: Niêm mạc họng đỏ, trụ trước và sau amidan đỏ đôi khi có giả mạc.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: BC có thể tăng hoặc không tăng.

- Nội soi Tai-Mũi-Họng

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt > 40 độ C

- Nổi hạch cổ

- Áp xe vùng họng hoặc cận họng.

2. Điều trị cụ thể:

Nguyên tắc điều trị

- Nếu do siêu vi không sử dụng kháng sinh chỉ điều trị triệu chứng.

- Kháng sinh nếu có nhiễm trùng, thời gian điều trị 7 đến 10 ngày.

*** kháng sinh:**

a. Đối với trẻ em :Thường sữ dụng:

- Nhóm Beta lactam:

+ Amoxicillin: 50mg -100mg/ kg x 3lần/ ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: 50mg /k2lần/ngày

+ Cephalosporine: tùy theo mức độ bệnh có thể chọn:

Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil 50mg/kg chia 3 lần /ngày

Thế hệ II: Cefuroxim (Zinnat) 30mg/kg chia 3 lần/ ngày

Thế hệ III: Mecefix 250mg : 8mg/kg/ngày

- Nhóm Macrolide:

+ Azithromycin (Azoget 250mg) 10 - 20mg/ kg lần duy nhất/ ngày x 3 - 5 ngày.

b. Đối với người lớn:

-Nhóm Beta lactam:

+ Amoxicillin: 0.5g x 3 lần / ngày

+ Amoxicillin + Acid Clavulanic: 1v x 2 lầnuống/ ngày

+ Cephalosporine: tùy theo mức độ bệnh có thể chọn:

Thế hệ I: Cephalexin, Cephadroxil : 2v x 2 lần uống/ ngày

Thế hệ II: Cefuroxim 0,5g (Zinnat) . 1v x 2 lần uống/ ngày

Thế hệ III: Mecefix 250 mg : 200 – 400 mg liều duy nhất hoặc chia làm 2 lần

- Nhóm Macrolide:

+ Azithromycin 250mg : 2viên/lần duy nhất trong ngày đầu, ngày sau mỗi ngày 1 viên dùng trong 05 ngày.

- Nhóm Quinolon:

+ Ciprofloxacin 500mg, Oflid 200mg

*** Kháng viêm chống phù nề**: Corticoid dạng uống.

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

*** Trợ sức**: Vitamine.

PHÁC ĐỒVIÊM THANH QUẢN CẤP TÍNH

I ĐẠI CƯƠNG

1 Định nghĩa

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

2. Nguyên nhân

a. Tác nhân gây bệnh

− Virus thường gặp là: Influenzae (cúm), APC...

− Vi khuẩn: S.pneumoniae (phế cầu), Hemophilus influenzae

− Trực khuẩn bạch hầu ngày nay ít gặp.

b.Điều kiện thuận lợi

− Sau một viêm đường hô hấp: bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amiđan, VA ở trẻ em.

− Bệnh đái tháo đường ở người lớn tuổi.

− Sử dụng giọng gắng sức: nói nhiều, hét, hát to…

− Sặc các chất kích thích: bia, rượu…

− Trào ngược họng, thanh quản.

− Dị ứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

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

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

− Triệu chứng thực thể:

+ Khám họng: iêm mạc họng đỏ, amiđan có thể sưng. .

2. Cận lâm sàng

− Xét nghiệm công thức máu có thể bạch cầu tăng.

− Chụp X Quang tim phổi để loại trừ bệnh phế quản phổi kèm theo.

3 .Chẩn đoán xác định

− Tiền sử phơi hiễm với các nguyên nhân.

− Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.

− Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

III. ĐIỀU TRỊ

1.Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt > 39 độ C

-Khàn tiếng liên tục

*Điều trị cụ

- Kháng sinh

+Nhóm beta lactam: Amoxicilin, cephalexin, các cephalosporin thế hệ 1,2 như: cefadroxyl, cefaclor, cefuroxime, các thuốc kháng men betalactamse: acid clavulanic, sulbactam… − Nhóm macrolide: azithromycin, roxithromycin, clarythromycin…

- Kháng viêm

+Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone… − Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym…

- Điều trị tại chỗ

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

+ Xúc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: BBM…

+ Hạ sốt, giảm đau Truyền dịch, paracetamol, aspirin...

+ Nâng đỡ cơ thể Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

PHÁC ĐỒVIÊM MŨI HỌNG CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

1.Định nghĩa:

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

2.Nguyên nhân

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

− Triệu chứng toàn thân: có thể chỉ sốt vừa 380C -390C nhưng cũng có khi sốt cao 400C

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

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

2. Cận lâm sàng

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

III. ĐIỀU TRỊ

1 Tiêu chuẩn nhập viện

- Sốt > 40 độ C
- Sưng đau vùng cổ kèm nổi hạch cổ

2.Điều trị cụ thể

-. Kháng sinh

− Peniciline V uống 50-100 UI/kg cho trẻ, 3 triệu UI cho người lớn, chia 3 lần trong ngày kéo dài trong 10 ngày.

− Peniciline chậm loại Benzathin-Peniciline G liều 600.000UI cho trẻ < 30kg 1,2 triệu UI cho trẻ > 30kg và 2,4 triệu UI cho người lớn.

− Cephalosporine thế hệ 1, hoặc Peniciline A (Amoxicilline) trong 10 ngày. − Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Peniciline thì có thể thay thế nhóm Macrolide như Rulide, Zithromax, Dynabac, hay Josacine trong 5-7 ngày.

− Tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả xét nghiệm sớm, phải thay đổi thuốc kịp thời.

4.3.2. Hạ sốt, giảm đau, kháng viêm

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

PHÁC ĐỒ VIÊM AMIDAN CẤP VÀ MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Viêm amiđan cấp tính là viêm sung huyết và xuất tiết của amiđan 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 amiđan là "cửa

vào" của một số vi khuẩn hay virus như: viêm khớp cấp, bại liệt, dịch viêm não, viêm màng não.

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

2. Nguyên nhân

Các tác nhân gây viêm amiđan:

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Viêm amiđan cấp tính

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

− Cơ năng:

+ Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là thành bên họng vị trí amiđan, 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 amiđan 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.

+ Amiđan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa. Đôi khi thấy hai amiđan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt amiđan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào amiđan, dễ chùi sạch, không chảy máu, để lộ niêm mạc amiđan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm amiđan 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 amiđan ban đỏ thường do virus gây nên.

b.Viêm amiđan mạn tính

− Toàn thân:

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

+ Đôi khi có toàn trạng gầy yếu, da xanh, sờ lạnh, ngây ngấy sốt về chiều.

− Cơ năng:

+ Thường có cảm giác nuốt vướng

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

+ Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng,.

− Thực thể:

+ Trên bề mặt amiđan có nhiều khe và hốc.

+ Thể quá phát: amiđan 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.

+ Thể xơ teo: Thường gặp ở người lớn,

2.Cận lâm sàng

xét nghiệm công thức máu

III. ĐIỀU TRỊ

1 .TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt > 39 độ C
- Bạch cầu tăng > 10 000
- Có biến chứng áp xe amydan và áp xe quanh amydan
- Phẫu thuật cắt amydan

2. Điều trị cụ thể

− Đối với viêm amiđan 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 amiđan mạn tính, vấn đề điều trị chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt amiđan.

a.Nội khoa

− Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, uống nước nhiều.

− Giảm đau, hạ sốt: paracetamol…

− Kháng sinh: trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm β lactam, 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...

b.Ngoại khoa

Cắt amydan khi đủ có chỉ định

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

− Amiđan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amiđan.

− Amiđan 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…

− Amiđan 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.

− Amiđan viêm mạn tính quá phát gây khó thở