

# PHẦN I: KHOA MẮT

## BÀI 1: VIÊM KẾT MẠC

### I. MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm về bệnh lý viêm kết mạc
- Nhận biết được các triệu chứng bệnh lý viêm kết mạc
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý viêm kết mạc
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý viêm kết mạc
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý viêm kết mạc

### II. KHÁI NIỆM

Viêm kết mạc (VKM) là viêm khu trú hoặc lan tỏa của kết mạc tạo ra những bệnh cảnh lâm sàng phong phú và đa dạng

#### 1. TRIỆU CHỨNG

##### A. CƠ NĂNG

- Đỏ mắt.
- Chảy nước mắt.
- Cảm giác đau rát như có dị vật nhưng không đau nhức.
- Không giảm thị lực.
- Tiết dịch trong, nhày hoặc mũ. Trường hợp mũ vàng xanh đặc dễ tái tạo (khi lau sạch tiết tố tái tạo nhanh-VKM do lậu cầu)
- Đôi khi sợ ánh sáng và chảy nước mắt( Chú ý loại trừ tổn thương giác mạc kèm theo).

##### B. THỰC THỂ

- Mi mắt đỏ, dịch tiết kết dính mi
- Sung huyết ở ngoại vi
- Phù kết mạc (VKM do adenovirus/ dị ứng)
- Nhú gai sang thương gồ cao( VKM do dị ứng, Kính áp tròng)
- Nang sang thương rải rác, hơi gồ (VKM do virus)

- Màng và giả mạc: màng khi bóc khó khăn và gây chảy máu (VKM do liên cầu và bạch cầu). Giả mạc bóc dễ hơn trong VKM do adenovirus
- Giác mạc trong (loại trừ để chỉ định dùng steroids trong điều trị)
- Hạch trước tai(VKM do adenovirus, do liên cầu, do bạch hầu)

## **2. CƠ CHẾ BỆNH SINH VÀ HẬU QUẢ CỦA BỆNH LÝ VIÊM KẾT MẠC:**

- Cơ chế bệnh sinh của VKM là do phản ứng cấp tính sau khi tiếp xúc với tác nhân gây bệnh có thể do nhiễm trùng từ vi khuẩn, virut, nấm... hay với các dị nguyên.

- Hậu quả của bệnh lý VKM

### **\* VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN**

Tác nhân: Staphylococcus aureus( thường kết hợp viêm bờ mi), Staphylococcus epidermidis, Haemophilus influenzae...

### **\* VIÊM KẾT MẠC DO ADENOVIRUS**

Ủ bệnh 2-8 ngày. Qua 2 giai đoạn

- Giai đoạn KM:thường kéo dài 1 tuần.
- Giai đoạn giác mạc: sau vài ngày biểu hiện bằng viêm giác mạc chấm nông biểu hiện giảm thị lực, chói.

### **\* VIÊM KẾT MẠC DO HERPES SIMPLEX/ ZOSTER VIRUS**

Sang thương ở da bọng nước ở mí (HSV), hay sang thương ở một nửa trán (zoster).

### **\* VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG**

- Thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử dị ứng, chàm. Gặp nhiều ở người trẻ.
- Thường tiếp xúc với dị nguyên hoặc thay đổi thời tiết.
- Phần lớn các trường hợp xét nghiệm không cần làm. Trừ trường hợp VKM do lậu cầu là bệnh cảnh cấp cứu.

## **3. TRÌNH BÀY ĐƯỢC NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH LÝ VIÊM KẾT MẠC:**

- Chủ yếu vệ sinh tay, không đi bơi, không sử dụng khăn chung, không chạm chai thuốc vào mắt tránh lây lan
- Vệ sinh mắt khi có chất tiết bám, dùng gòn hay khăn giấy vệ sinh 1 lần.
- Chườm lạnh, dùng nước mắt nhân tạo, kháng sinh nhỏ tại chỗ phòng ngừa bội nhiễm.

- Trường hợp nặng khám chuyên khoa để được bóc giả mạc
- Kháng sinh tại chỗ (thuốc nhỏ 4-6 lần / ngày). Nên chọn kháng sinh phổ rộng (Tobramycin, Quinolones...).
- Trường hợp VKM dị ứng loại trừ kháng nguyên gây dị ứng, dùng kháng histamine tại chỗ và toàn thân, chườm lạnh.

#### **4. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ 01 CA BỆNH LÝ VIÊM KẾT MẠC**

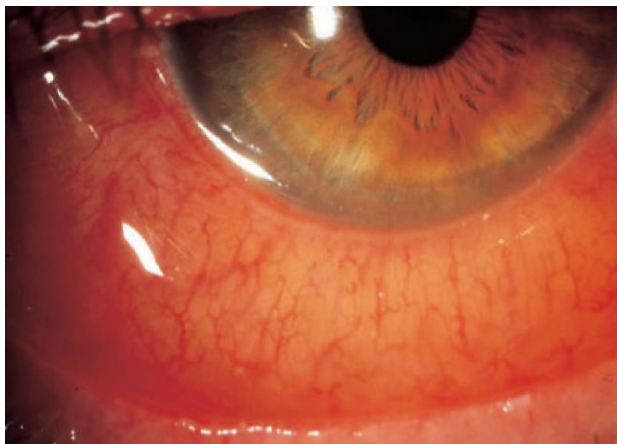
##### **\* VIÊM KẾT MẠC DO VIRUS**

- VKM thành dịch, kèm sốt hay viêm họng, lây lan qua dịch tiết ở mắt. (thường gặp ở hồ bơi).
- Thường xảy ra một mắt, sau đó lan sang mắt còn lại.
- Ủ bệnh 2-8 ngày. Qua 2 giai đoạn
  - + Giai đoạn KM: thường kéo dài 1 tuần.
  - + Giai đoạn giác mạc: sau vài ngày biểu hiện bằng viêm giác mạc chấm nông biểu hiện giảm thị lực, chói.

\* Hướng xử trí: Bệnh thường tự giới hạn từ 1-2 tuần. Chủ yếu vệ sinh tay tránh lây lan, rửa mắt, bóc giả mạc, chườm lạnh, dùng nước mắt nhân tạo, kháng sinh nhỏ tại chỗ phòng ngừa bội nhiễm.



**MÀNG GIẢ-VKM ADENOVIRUS**



**ĐỎ MẮT- PHÙ KM-DỊCH  
TIẾT TRONG VKM  
VIRUS**

## **BÀI 2: VIÊM LỆ ĐẠO**

### **I. MỤC TIÊU**

- Nêu được khái niệm về bệnh lý viêm lệ đạo
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý viêm lệ đạo
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý viêm lệ đạo
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý viêm lệ đạo

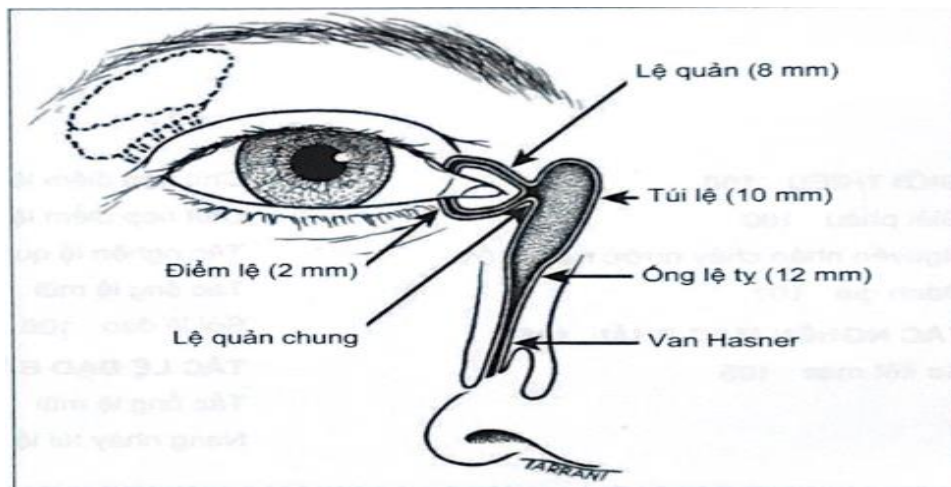
### **II. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ BỘ LỆ**

- Hệ thống lệ đạo bao gồm các cấu trúc sau đây (Hình 3.1):
  - Điểm lệ: nằm ở bờ sau của bờ mi, ở chỗ nổi 5/6 ngoài nơi có lông mi mọc và 1/6 trong nơi không có lông mi. Bình thường nó hơi lệch ra phía sau và có thể lộn ra ngoài. Điều trị chảy nước mắt do hẹp hoặc sai vị trí của điểm lệ tương đối không phức tạp.

- Lệ quản: chạy theo chiều dọc từ bờ mi khoảng 2mm (ampullae). Sau đó chạy theo chiều ngang khoảng 8mm đến túi lệ. Lệ quản trên và dưới thường (>90%) hợp lại tạo thành lệ quản chung đổ vào thành bên của túi lệ. Một số ít trường hợp, mỗi lệ quản đổ riêng vào túi lệ. Ở chỗ gặp nhau của lệ quản chung và túi lệ nhô ra một nắp nhày gọi là valve Rosenmuller, van này ngăn sự chảy ngược của nước mắt vào lệ quản. Điều trị tắc lệ quản có thể phức tạp.

- Túi lệ dài 10-12mm và nằm trong hố lệ, giữa mào lệ trước và mào lệ sau. Xương lệ và ngành trán của xương hàm trên chia túi lệ từ ngách giữa của xoang mũi. Trong phẫu thuật nối thông túi lệ mũi, một đường nối được tạo ra giữa túi lệ và màng nhày mũi để bắt cầu sự tắc vào ống lệ mũi.

- Ống lệ mũi dài 12-18mm và là phần kéo dài phía dưới của túi lệ. Nó đi xuống và hơi gấp góc sang bên và ra sau để mở vào ngách mũi dưới. Tại nơi đổ của ống lệ mũi được đẩy một phần bởi màng nhày gọi là valve Hasner.



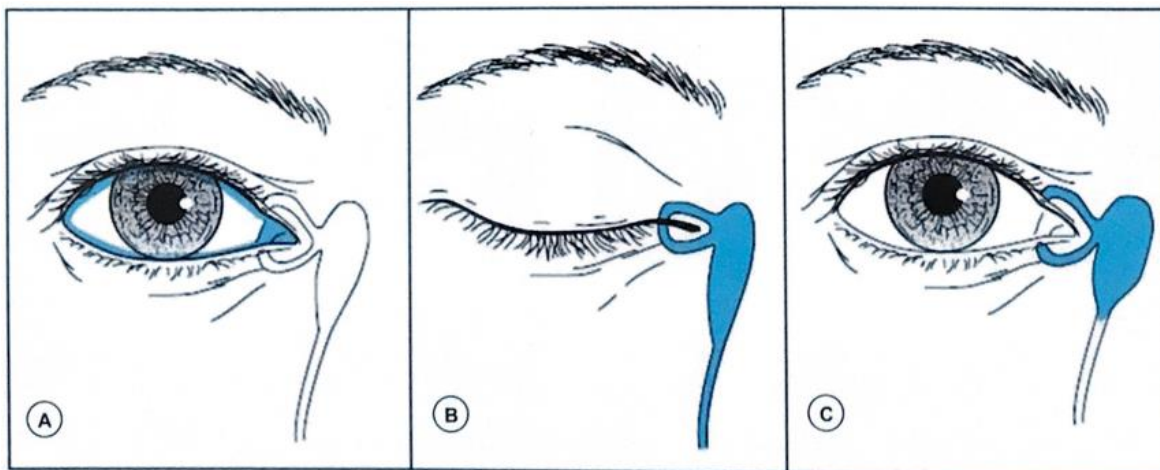
H 3.1. Giải phẫu lệ bộ

Nước mắt được tiết bởi tuyến lệ chính và phụ. Một lượng thay đổi của nước trong film nước mắt bị mất qua bay hơi, phần còn lại về cơ bản được thoát theo cơ chế sau (Hình 3.2):

Nước mắt chảy dọc theo bờ trên và dưới (Hình 3.2A) gộp lại ở góc trong mắt tới điểm lệ dưới, sau đó chảy vào lệ quản trên và dưới bởi sự kết hợp của lực mao dẫn và lực hút.

Mỗi khi chớp mắt, cơ vòng mi ép vào nhú lệ, ép lệ quản ngang, đóng và di chuyển điểm lệ, ngăn sự trào ngược nước mắt. Đồng thời, sự co của cơ vòng mi tạo ra áp lực dương ép nước mắt xuống ống lệ mũi vào trong mũi. (hình 3.2B)

Khi mắt mở, lệ quản và túi lệ giãn ra, tạo áp lực âm hút nước mắt từ lệ quản vào túi lệ. (Hình 3.2C)

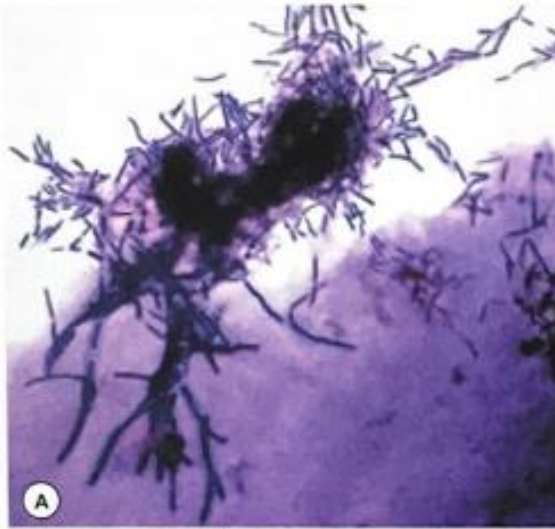


H 3.2. Sinh lý của lệ bộ. A/ Nước mắt chảy dọc theo các vết mi, đọng ở hồ lệ; B/ co của cơ vòng mi với mỗi lần chớp mắt sẽ làm nước mắt chảy xuống ống lệ mũi; C/ khi mở mắt, lệ quản và túi lệ mở rộng, tạo nên áp lực âm hút nước mắt từ các lệ quản vào túi lệ

### III. VIÊM LỆ QUẢN MẠN TÍNH

Viêm lệ quản mạn tính là trình trạng ít gặp, thường do *Actinomyces israelii*, vi khuẩn Gram dương gây ra (H 3.20A). Đôi khi quá trình làm sẹo và tắc lệ quản có

thể xảy ra. Bệnh nhân đến khám với chảy nước mắt một bên kèm theo viêm kết mạc mủ nhày mạn tính không đáp ứng với điều trị thông thường. Có đờ, phù nề quanh lệ quản (H 3.20B). Điêm lệ sung nề (xem H3.3F) có thể là dấu hiệu chẩn đoán chính trong những trường hợp bệnh nhẹ. Trái với viêm túi lệ, không có tổn hại túi lệ. Các chất cặn (hạt sulfur) là các sản phẩm chuyển hóa của actinomyces và các vi khuẩn sử dụng hydrogen sulfide khác và kinh điển xuất hiện khi ép lên lệ quản hay sau khi rạch lệ quản (H3.20C). Tra kháng sinh như fluoroquinolone 4 lần/ngày trong 10 ngày có thể áp dụng đầu tiên nhưng hiếm khi có tác dụng, trừ khi phối hợp với rạch lệ quản (tạo đường rạch ngang vào mặt kết mạc của lệ quản) và nạo bỏ các chất cặn.



H3.3 Điểm lệ phì đại

H 3.20. Viêm lệ quản mạn tính. A/ Nhuộm Gram thấy vi khuẩn Actinomyces israelii; B/ xuất tiết mũ nhầy khi ép lên lệ quản bị viêm; C/ chất cặn sulfur thoát ra sau khi rạch mở lệ quản (Theo J Harry - h. A; S Tuft - h. C)

#### IV. VIÊM TÚI LỆ

Viêm túi lệ là một bệnh lý thường gặp trong nhãn khoa, là tình trạng viêm

mạn tính hoặc cấp tính tại túi lệ. Bệnh thường xảy ra thứ phát sau tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải.

### 1.1. Nguyên nhân

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

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

### 2.2 Chẩn đoán

#### a) Lâm sàng

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

#### \* Viêm túi lệ mạn tính

- Chảy nước mắt thường xuyên, có thể kèm chảy mủ nhày.
- Dính mi mắt do các chất tiết nhày.
- Vùng túi lệ có khối nề, căng, ấn vào có mủ nhầy trào ra ở góc trong mắt.
- Viêm kết mạc góc trong.
- Bơm lệ đạo: nước trào qua lỗ lệ đối diện có nhày mủ kèm theo.

#### \* Viêm túi lệ cấp tính

- Có tiền sử chảy nước mắt, hoặc chảy nước mắt kèm nhày mủ.
- Đau nhức vùng túi lệ, có thể đau tăng lên khi liếc mắt vì phản ứng viêm có thể tác động đến cơ chéo dưới. Đau có thể lan ra nửa đầu cùng bên, đau tai hoặc đau răng.

- Vùng túi lệ sưng, nóng, đỏ. (H 3.21A)

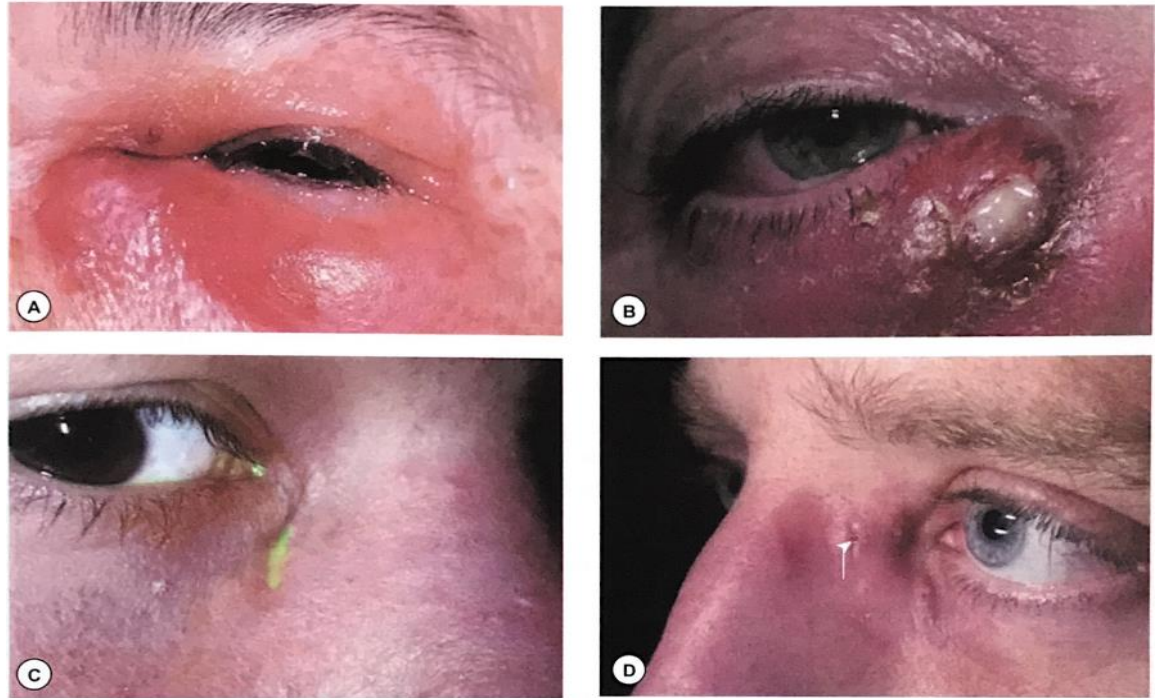
- Túi lệ giãn rộng, lan ra phía dưới ngoài hoặc một phần ở phía trên.

- Nếu quá trình nhiễm trùng nặng hơn, gây áp xe túi lệ (H 3.21B)

- Giai đoạn muộn hơn, có thể gây dò mủ ra ngoài da. Mủ nhày thoát từ túi lệ ra ngoài qua lỗ dò này. (H 3.21C)

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





H 3.21. A/ Viêm túi lệ cấp tính; B/ áp xe túi lệ và viêm tổ chức trước cân vách hốc mắt; C/ lỗ rò túi lệ kèm với fluorescein; D/ lỗ rò túi lệ đã liền (mũi tên)

## b. Cận lâm sàng

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

- Xét nghiệm vi sinh vật: xác định loại vi sinh vật gây viêm túi lệ bằng xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy mủ nhầy từ túi lệ.

## c. Chẩn đoán xác định

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

- Viêm túi lệ mãn: chảy nước mắt tự nhiên liên tục, bơm lệ quản có nhầy mủ trào ra ở điểm lệ đối diện.

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

## d. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc mạn tính

- U túi lệ

- U vùng túi lệ

- Áp xe vùng túi lệ

## 1.1. Điều trị

### \* Nguyên tắc chung

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

- Viêm túi lệ cần được điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi để giải phóng tình trạng tắc nghẽn và viêm mãn tính tại túi lệ (H3.18). Nếu không mổ nối thông túi lệ mũi được, bệnh nhân cần được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi lệ.



**H 3.18.** Thông ống lệ mũi  
(Theo K Nischal)

# BÀI 3: ĐO NHÃN ÁP

## I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

- Nêu được khái niệm về nhãn áp và tăng nhãn áp
- Nêu được các chỉ định của Đo nhãn áp
- Trình bày quy trình kỹ thuật và các biến chứng của đo nhãn áp
- Thực hành 1 ca đo nhãn áp

## II. NHÃN ÁP

### 1.1. Định nghĩa

- Nhãn áp là áp lực của các chất lỏng bên trong nhãn cầu, được xác định bởi cân bằng giữa mức sản xuất và thoát lưu thủy dịch.

- Theo Goldman:  $P_o = (F-U)/C + P_v$

Trong đó:

- +  $P_o$  : nhãn áp (mmHg)
- +  $F$  : lượng thủy dịch tạo ra trong 1 phút ( $\mu L/min$ )
- +  $U$  : lượng thủy dịch thoát lưu qua đường màng bồ đào – củng mạc trong 1 phút ( $\mu L/min$ )
- +  $C$  : trị số thoát lưu thủy dịch theo nhãn áp trong 1 phút ( $\mu L/min/mmHg$ )
- +  $P_v$  : áp lực tĩnh mạch thượng củng mạc (mmHg)

## 2. ĐO NHÃN ÁP

Bao gồm đo nhãn áp trực tiếp và đo nhãn áp gián tiếp. Đo nhãn áp trực tiếp được xem là chính xác nhất về lý thuyết, bằng cách đặt kim thông vào tiền phòng. Có thể thấy, đây là phương pháp xâm lấn, vốn chỉ được sử dụng trong thí nghiệm. Đa số các phương pháp đo nhãn áp trong thực hành lâm sàng đều mang tính chất gián tiếp, thông qua tác động một lực lên bề mặt nhãn cầu và ghi nhận nhãn áp dựa trên đáp ứng từ mắt. Một số phương pháp đo nhãn áp gián tiếp có thể kể đến:

### 2.1. Ước lượng nhãn áp bằng tay:

Dùng 2 ngón trỏ tay người khám sẽ đặt trên mi mắt trên, phía trên bờ trên sụn mí. Bệnh nhân được yêu cầu nhìn xuống. Thông qua việc ấn lần lượt từng 6 ngón, người khám có thể cảm nhận độ căng của nhãn cầu thông qua sự dao động của chất lỏng bên trong mắt. Việc ghi nhận nhãn áp ở phương pháp này chỉ là nhãn áp thô chủ quan, với 3 mức là: căng, trung bình, mềm. Phương pháp này giúp người khám đánh giá nhanh và có sự so sánh giữa 2 mắt, đặc biệt trong trường hợp một bên mắt

bị tổn thương mà không thể đo được bằng dụng cụ. Phương pháp có tính ứng dụng lâm sàng vì đơn giản, thực hiện nhanh, phù hợp với việc kiểm tra nhãn áp chủ quan của các bác sĩ nhãn khoa có kinh nghiệm, đặc biệt sau phẫu thuật.



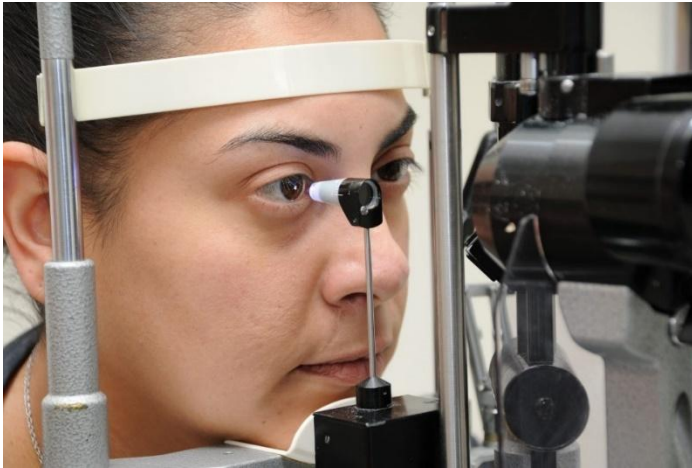
Hình 1.1: Đo nhãn áp bằng tay

## **2.2. Nhãn áp kế**

Hiện nay, các nhãn áp kế được phân loại chủ yếu theo cơ chế đo nhãn áp “đè dẹt” và “ấn lõm” giác mạc. Ngoài ra, một số phân loại khác như nhãn áp kế tiếp xúc/không tiếp xúc. Gần đây, các loại nhãn áp kế mới ra đời với cơ chế riêng như bật nảy (iCare) hoặc nhãn áp kế Tonopen đề cao sự thuận tiện mà vẫn giữ được độ tin cậy.

### **2.2.1. Nhãn áp kế Goldmann**

- Phương pháp này sử dụng một đầu dò nhỏ nhẹ nhàng ép vào giác mạc của bệnh nhân để đo nhãn áp. Áp suất trong mắt bạn được đo bằng lực cần ép để làm phẳng giác mạc. Đây là loại máy đo nhãn áp rất chính xác. Thông qua kính sinh hiển vi, người đo sẽ thấy 2 nửa vòng tròn và điều chỉnh độ cao thấp của đầu nhãn áp kế để cho 2 nửa vòng tròn đều nhau. Vặn nút điều chỉnh ở thân nhãn áp kế để cho 2 vòng tròn tiếp xúc với nhau ở trung tâm đầu đo, tiếp tục điều chỉnh nút vặn sao cho cạnh trong của 2 nửa vòng tròn này tiếp xúc nhau. Lúc đó ta đọc ngay được kết quả đo trên mặt chia độ ở núm điều chỉnh.



### Applanation Mires

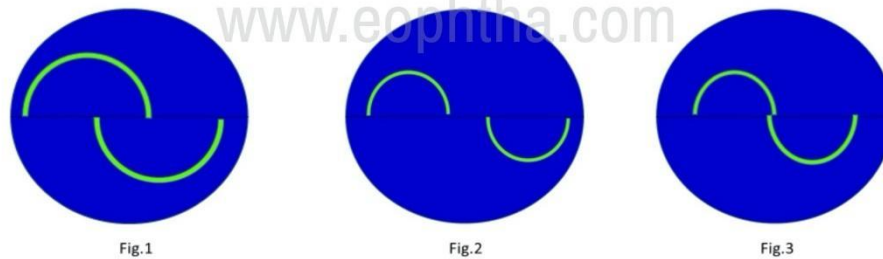


Fig.1 shows strongly increased pressure while applanating  
 Fig.2 shows too low pressure while applanating  
 Fig.3 shows corrected final position of the mires in which the inner edges of the semi-circular images make contact with each other

Hình 2.1 Các trường hợp khi đo NAK Goldmann

- Hiện tại nhãn áp kế Goldmann vẫn là tiêu chuẩn vàng trong đo nhãn áp. Mặc dù nhãn áp kế Goldmann được cho là đáng tin cậy và chính xác, nhưng vẫn có nhiều yếu tố gây ra sai số khi đo như vòng fluorescein quá dày hoặc quá mỏng, mắt nhìn lên quá  $15^\circ$  so với mặt phẳng ngang hoặc mở mắt to quá mức. Độ dày giác mạc trung tâm cũng đã được chứng minh là có liên quan đến sai số trong đo nhãn áp và công thức hiệu chỉnh chuẩn hóa vẫn chưa có sự đồng thuận do mối tương quan không tuyến tính với nhãn áp thật sự.

### 2.2. Nhãn áp kế Schiøtz

- Nhãn áp kế Schiøtz là đại diện cho nhóm NAK ấn lõm. Với nguyên lý khi đặt một trọng lượng lên giác mạc thông qua thanh trụ chuyển dịch được trong một cái lõi, nó sẽ làm giác mạc trũng xuống, độ trũng tỉ lệ nghịch với nhãn áp. Trong nhãn áp kế Schiøtz sự xô dịch của quả cân đo do độ trũng được truyền dẫn đến một kim chuyển động quanh thước đo đánh số từ 0 đến 20. Ghi nhận trị số đo rồi đối chiếu với cột quả cân đo rồi đối chiếu với cột tương ứng sẽ cho trị số nhãn áp. Có 4 loại cân 5,5g, 7,5g, 10g, 15g.



Hình 2.2: Cách đo nhãn áp kế Schiotz

- Cách đo: Nhỏ thuốc tê, đặt nhãn áp lên trên giác mạc, đọc liền trị số trên thước, đo 3 lần không chênh lệch quá 0.5 đơn vị lấy trung bình cộng. Nếu giá trị đọc được trên thang đo nhỏ hơn 3 đơn vị phải thêm trọng lượng vào.

- NAK Schiotz đặc trưng nhờ tính nhỏ, gọn phù hợp cho việc di chuyển và giá thành hợp lý khiến cho loại NAK phù hợp cho công việc tầm soát ở các địa phương thiếu nguồn lực. Tuy nhiên với nhược điểm về chính xác khiến cho nhãn áp kế này không được tin cậy. Người ta nhận thấy có đến 20% kết quả của NAK Schiotz khác biệt hơn 5 mmHg so với Goldmann. Bên cạnh đó, dụng cụ khó bảo quản, nguy cơ gây tổn thương giác mạc khi đo và lây nhiễm chéo khi sử dụng trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý nhiễm trùng nhãn cầu, bệnh lý giác mạc sần có.

### 2.3. Nhãn áp kế hơi

- Nhãn áp kế không tiếp xúc hay còn gọi là nhãn áp kế phụt hơi là một dạng NAK đè dẹt. Khi bắt đầu đo, máy sẽ đè dẹt giác mạc bằng một luồng khí nhỏ dạng phụt, do đó sẽ không có sự tiếp xúc trực tiếp giữa dụng cụ và bề mặt nhãn cầu, do đó trên lý thuyết không cần phải sát khuẩn trước khi đo. Hệ thống sẽ phát ra một tia sáng thẳng đến bề mặt giác mạc. Cùng lúc, một vùng tròn giác mạc với đường kính 3,6mm bị đè dẹt bởi luồng khí sẽ tạo mặt phẳng cho tia phản xạ, sau đó tiếp nhận bởi một cảm biến quang điện.



Hình 2.3: Cách đo nhãn áp kế hơi không tiếp xúc

#### 2.4. Nhãn áp kế iCare

- Nhãn áp kế iCare sẽ hoạt động với nguyên lý bật lại của một đầu dò khi chạm vào giác mạc. Dựa trên tính đàn hồi của giác mạc, khi bắt đầu đo, que dò được phóng thích cực nhanh và bật nảy ngược lại khi chạm vào giác mạc. Sau đó, việc tiếp xúc sẽ khiến que dò giảm tốc khi bật lại. Thời gian giảm tốc hay thời gian để que dò từ lúc phóng ra đến khi quay trở về vị trí ban đầu phụ thuộc vào nhãn áp. Nhãn áp càng cao, que dò nảy ra với lực mạnh hơn thì thời gian giảm tốc càng nhanh. Từ đó, các thông số chuyển động sẽ được ghi nhận qua cảm biến của cuộn lò xo và tính toán cho ra trị số nhãn áp. Quá trình đo chuẩn thường khá nhanh với trung bình khoảng 42s trên một mắt cho 6 lần đo liên tục. Kết quả lần đo lớn nhất và nhỏ nhất sẽ tự động bị loại bỏ và kết quả nhãn áp cuối cùng sẽ là trung bình của 4 lần còn lại.



Hình 2.4 Nhãn áp kế iCare

- Với tính tiện dụng từ kích cỡ nhỏ gọn cầm tay, dễ sử dụng, không cần gây tê trước và không gây sợ cho bệnh nhân khi đầu dò nhỏ nhẹ và tiếp xúc nhanh, nhãn

áp kế iCare có giá trị cao khi dùng trong vai trò tầm soát nhãn áp, đo cho trẻ em và dùng để theo dõi tại nhà. Bên cạnh đó, trong môi trường lâm sàng bệnh viện, nhãn áp kế iCare nổi bật hơn các nhãn áp kế khác trong hạn chế việc lây nhiễm chéo và tổn thương giác mạc khi việc tiếp xúc với bề mặt nhãn cầu là cực ngắn với diện tích rất nhỏ.

### 2.5. Nhãn áp kế Tonopen

- Tonopen (Mỹ) là loại nhãn áp cầm tay kết hợp cả hai nguyên lý ấn lõm và đè dẹt. NAK gồm một đầu bút bằng chất liệu đàn hồi và phần thân bút có cảm biến áp lực. Người đo sẽ đưa đầu bút chạm vào giác mạc với một lực nhẹ tăng dần. Khi giác mạc tới mức bị đè dẹt thì sẽ xuất hiện một phản lực làm chậm lại đầu bút. Lực này sau đó được tính toán dựa trên diện tích giác mạc tác động và cho ra kết quả nhãn áp.



Hình 2.5 Nhãn áp kế Tono-pen

- Tono-pen được đánh giá cao về tính di động, nhỏ gọn và có thể sử dụng ở bất kỳ tư thế nào. Người sử dụng cũng không cần nhiều huấn luyện và có thể ghi nhận kết quả sau nhiều lần đo. Nhờ vào diện tích tiếp xúc giác mạc nhỏ, NAK có lợi thế trên nhóm bệnh nhân bị bất thường giác mạc, đang sử dụng kính áp tròng điều trị giúp lành biểu mô giác mạc. Tuy nhiên, Tono-pen không được đánh giá cao về độ chính xác của kết quả đo khi các nghiên cứu đều ghi nhận Tono-pen đo được kết quả cao hơn giá trị thật, khi so sánh với NAK Goldmann.



# BÀI 4: ĐO THỊ LỰC

## I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Nêu được khái niệm về các bệnh lý khúc xạ của mắt

Nêu được các chỉ định của đo thị lực

Trình bày quy trình kỹ thuật của đo thị lực

Thực hành 01 ca Đo thị lực

## II. TỔNG QUAN VỀ TẬT KHÚC XẠ

Ở mắt chính thị (khúc xạ bình thường), ánh sáng đi vào nhãn cầu hội tụ trên võng mạc bởi giác mạc và thủy tinh thể tạo hình ảnh sắc nét được truyền về vỏ não. Thủy tinh thể có khả năng đàn hồi nhiều hơn ở người trẻ. Trong quá trình điều tiết, cơ thể mi sẽ điều chỉnh hình dạng thủy tinh thể để tạo hình ảnh sắc nét. Tật khúc xạ là tình trạng mắt không thể hội tụ hình ảnh sắc nét trên võng mạc, gây nhìn mờ mắt.

Trong cận thị, ánh sáng hội tụ trước võng mạc do giác mạc quá cong hoặc trục nhãn cầu quá dài hoặc cả hai. Nhìn xa mờ nhưng vẫn có thể nhìn gần rõ. Cần đeo kính phân kỳ để chỉnh tật cận thị.

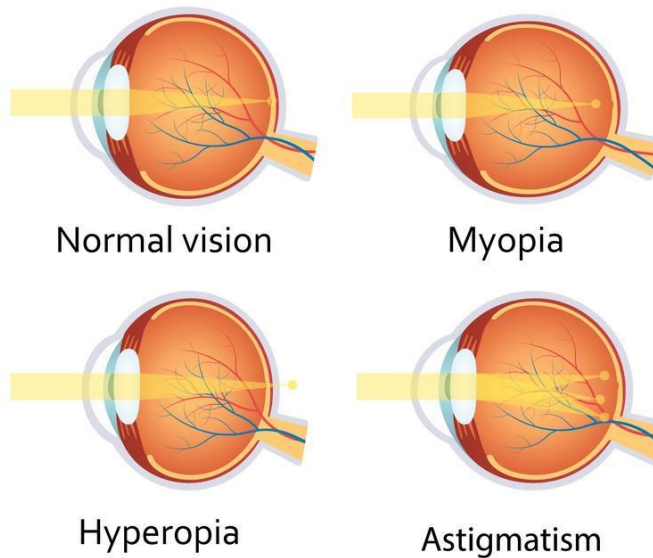
Trong viễn thị, ánh sáng hội tụ ở sau võng mạc do giác mạc quá dẹt, trục nhãn cầu quá ngắn, hoặc cả hai. Ở người lớn, nhìn cả gần và xa đều kém. Trẻ em và thanh thiếu niên viễn thị nhẹ vẫn có thể nhìn rõ vì còn khả năng điều tiết. Cần sử dụng thấu kính hội tụ để sửa tật viễn thị.

Trong loạn thị, những tia hình ảnh đó không hội tụ tại một điểm mà hội tụ tại nhiều điểm trên võng mạc làm cho tín hiệu hình ảnh bị thay đổi và ảnh hưởng hình ảnh tạo ra. Cần sử dụng kính trụ (một phần cắt ra từ hình trụ) để sửa tật loạn thị. Một trục của kính trụ không có công suất, trục còn lại có thể là hội tụ hoặc phân kỳ.

Lão thị là mất khả năng thay đổi hình dạng thủy tinh thể để hội tụ ánh sáng lên võng mạc do ảnh hưởng của tuổi tác. Thông thường, lão thị sẽ biểu hiện ở những người ngoài tuổi 40. Một thấu kính hội tụ được sử dụng để quan sát các vật gần. Các thấu kính này có thể được cắt thành kính gọng riêng biệt hoặc thành kính hai tiêu hay đa tiêu cự.

Bất đồng khúc xạ hai mắt là sự chênh lệch đáng kể khúc xạ của 2 mắt (thường là  $> 3$  đi ốp). Khi chỉnh kính, bất đồng ảnh võng mạc hai bên sẽ xuất hiện gây cản trở sự kết hợp 2 hình ảnh và dẫn tới sự ức chế của vỏ não tới một trong hai hình ảnh.

## VISION DISORDERS



Hình 1. Tật khúc xạ

### 1. Thị lực

Các khái niệm cơ bản liên quan đến thị lực và cách xác định (phương pháp đo) thị lực:

Các vật được nhìn ứng với một góc thị giác nhất định tại điểm nút của mắt (điểm này nằm ngay sau thể thủy tinh). Góc thị giác nhỏ nhất mà mắt còn phân biệt được hai điểm riêng biệt được gọi là góc phân li tối thiểu.

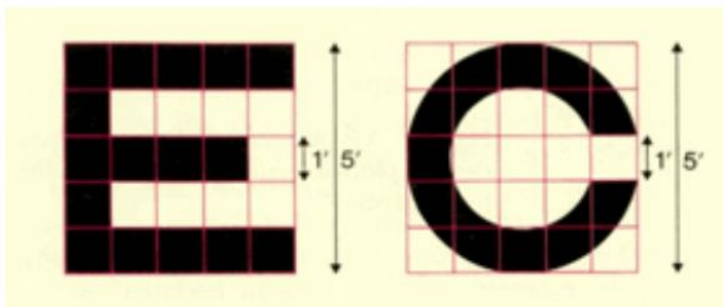
Thị lực là một phần quan trọng của chức năng thị giác, nó bao gồm nhiều thành phần trong đó chủ yếu là khả năng phân biệt ánh sáng và khả năng phân biệt không gian. Trên lâm sàng, chúng ta thường coi thị lực tương ứng với lực phân giải tối thiểu, tức là khả năng của mắt có thể phân biệt được hai điểm riêng rẽ ở rất gần nhau.

Khám thị lực là một phần cơ bản và quan trọng trong nhãn khoa. Thị lực cho phép đánh giá chức năng của các tế bào nón của võng mạc trung tâm, tức là vùng trung tâm hoàng điểm. Đánh giá thị lực bao giờ cũng phải bao gồm cả thị lực xa và thị lực gần. Bình thường thị lực xa và gần luôn tương đương, một số tình trạng ảnh hưởng đến điều tiết của mắt như lão thị, viễn thị không được chỉnh kính, hoặc bệnh đục thể thủy tinh trung tâm, v.v. có thể gây giảm đến thị lực gần trong khi thị lực xa không bị ảnh hưởng.

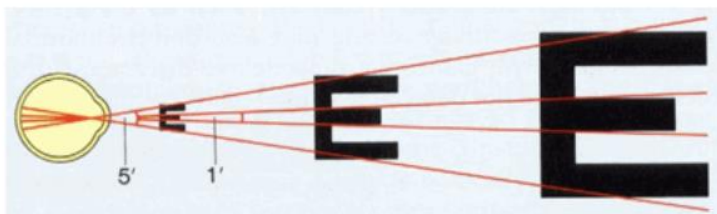
#### Góc thị giác:

Các vật được nhìn ứng với một góc thị giác nhất định tại điểm nút của mắt (điểm này nằm ngay sau thể thủy tinh). Góc thị giác nhỏ nhất mà mắt còn phân biệt được

hai điểm riêng biệt được gọi là góc phân li tối thiểu. Ở người bình thường, góc phân li tối thiểu bằng 1 phút cung (tương ứng thị lực 10/10). Trong các bảng thị lực xa, các chữ thử được thiết kế có kích thước ứng với 5 phút cung khi bệnh nhân ở cách bảng thị lực 5 mét (hoặc 6 mét tùy theo loại bảng thị lực) và khe hở của chữ thử (khoảng cách giữa 2 điểm) sẽ ứng với 1 phút cung.



Hình: Các phần của chữ thử ứng với góc thị giác



Những người trẻ có thể có góc phân li tối thiểu nhỏ hơn 1 phút cung, thậm chí tới 30 giây cung (tương ứng thị lực 20/10). Đối với người già, thị lực thường giảm sút, vì vậy một số trường hợp mắt bình thường có thể thị lực không đạt được mức độ như của người trẻ.

### **Bảng thị lực:**

Bảng thị lực bao gồm nhiều hàng chữ, các chữ thử có kích thước nhỏ dần từ trên xuống, tất cả các chữ này đều ứng với góc thị giác 5 phút cung, nhưng ở khoảng cách khác nhau. Bên cạnh mỗi hàng chữ thử thường có ghi rõ mức độ thị lực tương ứng với hàng chữ thử đó và khoảng cách mà mắt bình thường có thể đọc được hàng chữ đó. Chẳng hạn, bên cạnh dòng chữ trên cùng (chữ to nhất) có ghi 0.1 và 50 m, nghĩa là thị lực là 1/10 khi đọc được hàng đó và mắt bình thường có thể đọc được dòng chữ đó ở khoảng cách 50 mét. Có nhiều loại bảng thử thị lực nhìn xa được dùng trên lâm sàng, phổ biến nhất là các loại:

- + Bảng Snellen: gồm nhiều chữ cái khác nhau, đòi hỏi bệnh nhân phải biết đọc chữ. Khả năng phân biệt các chữ cái có thể khác nhau, chẳng hạn chữ D hay bị nhầm với O, hoặc chữ L rất dễ phân biệt với các chữ khác.

- + Bảng Landolt: chỉ có một kiểu chữ thử là một vòng tròn với một khe hở ở các hướng trên, dưới, phải, hoặc trái. Bệnh nhân cần chỉ ra được hướng của khe hở của vòng tròn. Bảng này có thể dùng cho trẻ em hoặc người không biết chữ.

- + Bảng chữ E: bệnh nhân cũng cần phân biệt được hướng của chữ E. Bảng

này dễ dùng cho trẻ em vì có thể dùng một hình chữ E bằng nhựa cứng để cho bệnh nhân cầm tay và đối chiếu với chữ trên bảng thị lực.

+ Bảng hình: các chữ thử là những đồ vật hoặc con vật khác nhau. Thường dùng cho trẻ nhỏ.

+ Bảng thị lực gàn: có nhiều loại bảng, thông dụng nhất là bảng Parinaud (gồm những đoạn câu ngắn, bên cạnh mỗi đoạn câu ghi số thị lực) hoặc bảng thử thị lực dạng thẻ (có các chữ cái, chữ số, vòng hở, hoặc chữ E, bên cạnh dòng chữ có phân số tương ứng thị lực nhìn xa, hoặc ghi số theo qui ước Jaeger).

### **Quy ước ghi kết quả thị lực:**

Có 2 loại quy ước ghi kết quả thị lực thông dụng hiện nay. Cách ghi Snellen (thông dụng ở các nước nói tiếng anh) dùng các phân số trong đó tử số (bao giờ cũng là 6 hoặc 20) là khoảng cách thử (tức là 6 mét hoặc 20 phút) và mẫu số cho biết khoảng cách mà mắt bình thường có thể đọc được dòng chữ đó (tức là khoảng cách để chữ thử của hàng đó ứng với 5 phút cùng chuẩn). Chẳng hạn 6/12 nghĩa là mắt bệnh nhân đọc được ở khoảng cách 6 mét chữ thử mà mắt bình thường có thể đọc được ở cách 12 mét. Cách ghi thập phân (thường dùng ở Việt nam, Pháp, v.v) trong đó thị lực được ghi bằng số thập phân từ 1/10 đến 15/10 hoặc 20/10. Thị lực 6/6 (hoặc 20/20) tương ứng với 10/10, thị lực 6/60 (hoặc 20/200) tương ứng với 1/10, v.v.

### **3. Phương pháp đo thị lực**

#### **- Đo thị lực xa:**

+ Bệnh nhân được đặt trong phòng tối, cách bảng thị lực 5 mét để tránh điều tiết. Nếu dùng bảng thị lực có máy chiếu thì khoảng cách thử có thể thay đổi và cần điều chỉnh kích thước chữ thử phù hợp. Bảng thị lực phải đủ độ sáng, các chữ thử phải tương phản tốt và đồng nhất. Che mắt trái bệnh nhân, chú ý để cái che mắt không đảm bảo che kín mắt trái và không ấn vào mắt bệnh nhân trong khi thử.

+ Yêu cầu bệnh nhân đọc từng chữ thử (hướng hở của vòng tròn hoặc tên chữ cái, theo hướng từ trái sang phải hoặc ngược lại), lần lượt các dòng từ trên xuống dưới đến khi chỉ còn đọc được trên một nửa số chữ thử của một dòng. Che mắt phải của bệnh nhân và thử mắt trái giống như trên. Để bệnh nhân mở cả hai mắt và thử thị lực cả hai mắt đồng thời. Ghi lại kết quả thử thị lực từng mắt bằng dòng chữ nhỏ nhất bệnh nhân đọc được, thí dụ:

Thị lực: MP 6/10.

MP và MT: 10/10.

MT: 10/10.

+ Nếu bệnh nhân không đọc được dưới một nửa số chữ của dòng đó thì ghi số chữ không đọc được bên cạnh thị lực, thí dụ 7/10-2 (không đọc được 2 chữ của

hàng 7/10).

+ Nếu thị lực bệnh nhân không đạt 1/10 (không đọc được hàng chữ to nhất) thì cho bệnh nhân lại gần bảng thị lực, nếu bệnh nhân đọc được hàng chữ trên cùng cách 2,5 mét thì thị lực là 1/20, nếu bệnh nhân đọc được dòng này ở cách 1 mét thì thị lực là 1/50.

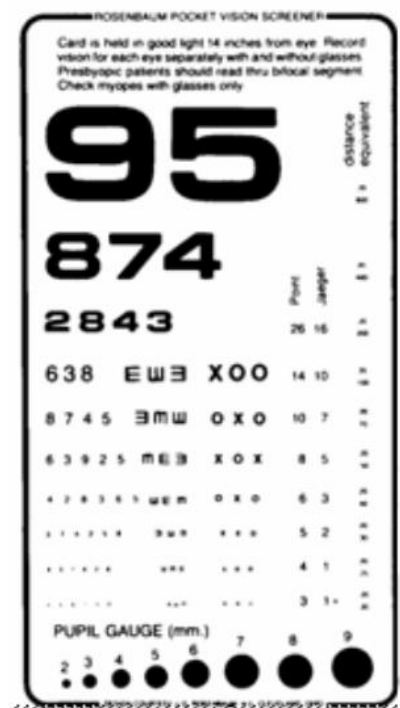
+ Nếu bệnh nhân không đọc được chữ nào thì cho bệnh nhân đếm ngón tay và ghi kết quả theo khoảng cách đếm được ngón tay, thí dụ ĐNT 2m, ĐNT 0,5m.

+ Nếu bệnh nhân không đếm được ngón tay thì kiểm tra khả năng phân biệt ánh sáng và hướng ánh sáng. Nếu mắt còn phân biệt được ánh sáng và hướng ánh sáng thì ghi là ST (+) và hướng ánh sáng tốt. Nếu không phân biệt được sáng tối thì ghi là ST (-).

### Đo thị lực với kính lỗ:

Kính lỗ là cái che mắt có một hoặc nhiều lỗ, hoặc có thể là cái che màu đen giống như mắt kính thử ở giữa có một lỗ nhỏ. Dùng kính lỗ cho phép nhanh chóng phân biệt giảm thị lực do tật khúc xạ với tổn thương đáy mắt hoặc thể thủy tinh. Cách làm như sau:

Che bên mắt không cần thử của bệnh nhân. Đặt kính lỗ trước mắt cần thử, điều chỉnh vị trí kính lỗ để bệnh nhân nhìn rõ nhất chữ thử. Yêu cầu bệnh nhân đọc các hàng chữ lần lượt từ trên xuống đến hàng chữ nhỏ nhất thấy được và ghi kết quả thị lực.



Hình 3: Bảng thị lực

## **Đo thị lực gần**

Bệnh nhân đeo kính đọc sách thích hợp, bảng thị lực gần được đặt cách mắt khoảng 33 cm đến 35 cm và đủ sáng. Che mắt trái của bệnh nhân và yêu cầu bệnh nhân đọc các chữ ở dòng nhỏ nhất của bảng thử. Che mắt phải của bệnh nhân và đo thị lực mắt trái như trên. Bỏ che mắt và đo thị lực cả hai mắt.

Ghi kết quả thị lực từng mắt và thị lực cả hai mắt. Thí dụ P2 (đọc được dòng số 2 của bảng Parinaud), J4 (đọc được dòng số 4 của Jaeger). Hoặc 4/10 (thị lực gần tương đương thị lực xa 4/10).

# BÀI 5: VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

## I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm màng bồ đào.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm màng bồ đào.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm màng bồ đào.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm màng bồ đào.

## II. PHÂN LOẠI.

### \* Có nhiều cách phân loại:

- Theo nguyên nhân: VMBĐ do vi trùng, virus, nấm, ký sinh trùng, di ứng, do miễn dịch...

- Theo tiến triển của bệnh: Viêm màng bồ đào cấp. Viêm màng bồ đào mạn, VMBĐ mạn thể u hạt, VMBĐ thể không u hạt.

- Theo vị trí giải phẫu : là loại đơn giản nhất, thường dùng trên lâm sàng:

+ Viêm màng bồ đào trước: viêm mống mắt thể mi.

+ Viêm màng bồ đào trung gian: Viêm Pars plana.

+ Viêm màng bồ đào sau: Viêm hắc mạc

+ Viêm màng bồ đào toàn bộ: Viêm đồng thời cả mống mắt, thể mi và hắc mạc.

## II. TRIỆU CHỨNG

- Triệu chứng của Viêm màng bồ đào là do đáp ứng viêm đối với các quá trình nhiễm khuẩn, chấn thương hoặc tự miễn.

- Những chất trung gian hóa học của giai đoạn viêm cấp gồm serotonin, bổ thể và plasmin. Các leukotrien, kinin, prostaglandin làm biến đổi pha thứ 2 của đáp ứng viêm cấp thông qua sự đối kháng của các yếu tố co mạch. Bổ thể hoạt hóa là 1 tác nhân thu hút bạch cầu. Các bạch cầu đa nhân, bạch cầu ưa eosin, các tế bào mast đều có thể góp phần vào các dấu hiệu viêm, nhưng lympho là tế bào viêm chiếm ưu thế ở nội nhãn trong VMBĐ.

1. Giảm thị lực: nhìn mờ là do đục các môi trường trong suốt bởi tủa giác mạc, tế bào viêm, Protein, fibrin trong thủy dịch.

2. Đau: là triệu chứng chủ quan nổi bật nhất do mống mắt thể mi có mạng lưới thần kinh phong phú xuất phát từ dây V. Đau do co thắt thể mi và các đầu tận cùng

thần kinh bị kích thích do nồng độ độc tố cao.

3. Sợ sáng, chảy nước mắt do kích thích dy V.

4. Cương tụ: xuất hiện ngay từ đầu, do ứ đọng và dẫn các mạch máu ở sâu, các mạch thượng củng mạc ở quanh rìa. Cương tụ làm cho móng mắt sẫm màu và có thể dẫn đến xuất huyết móng, xuất huyết tiền phòng. Càng xa vùng rìa, cương tụ càng giảm dần.

5. Tủa sau giác mạc: là những lắng đọng ở nội mô giác mạc.

Về mặt tổ chức học, tủa giác mạc gồm những tế bào lympho, tương bào, thực bào đơn nhân lớn và có thể kèm các hạt sắc tố, các tế bào này nằm trong 1 lưới fibrin.

Tủa có thể rải rác khắp giác mạc, nhưng thường đọng ở trung tâm và phía dưới, tạo thành hình tam giác có đỉnh quay lên trên (tam giác Arlt), tủa có thể theo hình thoi hoặc sắp xếp theo hình sao.

Tủa có thể nhỏ li ti hoặc thành đám to như mỡ cừu, đặc biệt khi viêm mạn tính hoặc u hạt, khi đó tủa có nhiều đại thực bào.

Khi mới hình thành tủa thường trắng tròn, ở giai đoạn muộn hơn, tủa ngả màu nâu do sắc tố, tủa có khía và nhỏ lại (tủa cũ).

6. Xuất tiết: do tăng tính thấm thành mạch.

Thủy dịch trong tiền phòng có protein (dấu hiệu tyndall) có thể có fibrin hoặc mũ gồm bạch cầu đa nhân và tế bào hoại tử. Mức độ nặng của phản ứng tế bào ở tiền phòng được phân loại theo số lượng tế bào tìm thấy trong 1 vi trường 2mm được khuếch đại cao:

- 0: không có tế bào viêm
- 1+ : dưới 10 tế bào viêm
- 2+ :10-20 tế bào viêm
- 3+ :20-30 tế bào viêm
- 4+ : tế bào viêm rất nhiều không thể đếm được.

Khi còn tyndall chứng tỏ viêm màng bồ đào vẫn còn hoạt tính.

Xuất tiết ở diện đồng tử thành màng sẽ gây bít kín diện đồng tử, cản trở lưu thông thủy dịch từ hậu phòng ra tiền phòng.

7. Những thay đổi ở đồng tử: Lúc đầu: đồng tử co nhỏ, do có sự sung huyết và phù nề tổ chức. Các chất kích thích và độc tố kích thích vào các đầu thần kinh và cơ co mạnh hơn cơ giãn đồng tử.

Giai đoạn viêm mạn: Bờ móng mắt đồng tử dính vào mặt trước thể thủy tinh làm đồng tử méo và gây bít đồng tử. Nếu dùng thuốc giãn đồng tử sớm, chỗ dính



có thể tách ra được nhưng còn để lại một vòng sắc tố của mặt sau mỏng trên bao trước thể thủy tinh. Khi dính lâu ngày, chỗ dính đã bị xơ hóa, nhỏ thuốc không làm tách được chỗ dính.

8. Các nốt ở mỏng mắt. Trong viêm MBD bán cấp hoặc mạn tính, có sự tích tụ tế bào ( tế bào biểu mô, lymphocyte) thành những nốt ở mỏng mắt:

- Nốt Koeppe: nốt trắng xám ở bờ đồng tử, thường tự tiêu đi khi hết viêm.

- Nốt Busacca: Các nốt nằm ở mặt trước hoặc nhu mô mỏng mắt. Tồn tại nhiều tháng, có khi tổ chức hóa, có tân mạch. Các nốt ở gần chân mỏng có thể gây dính và nghẽn góc tp.

9. Nhãn áp:

- Nhãn áp thường thấp do giảm tiết thủy dịch, trong giai đoạn đầu.

- Trong giai đoạn cuối, nhãn áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị hủy hoại gây teo nhãn.

- Trong trường hợp, viêm có bít đồng tử, hoặc nghẽn góc làm cản trở lưu thông thủy dịch gây tăng nhãn áp.

- 10. Tổn thương dạng quả cầu tuyết (snow ball): khối kết tụ tế bào viêm ở trong dịch kính

11. Xuất tiết trong Pars plana trong 1/3 g hợp.

12. Viêm thành TM chu biên: thành TM có viền trắng bao xơ quanh TM( tập trung lympho quanh các tiểu Tm chu biên)

13. Phù hoàng điểm: Phù HD dạng nang gây giảm thị lực.

14. Hiện tượng chớp sáng: do kích thích tb que và nón.

15. Hiện tượng ruồi bay, mạng nhện do các thể lơ lửng trong dịch kính.

16. Nhìn vật biến dạng do Vm tại vùng viêm bị đội lên, khi có tổn thương ở vùng hoàng điểm.

17. Đục dịch kính luôn luôn có: Do màng Bruch bị tổn thương làm xuất tiết từ hắc mạc vào dịch kính.

► Dấu hiệu phân biệt dạng hạt và không hạt:

+ Dạng không hạt: Tủa nhỏ ở giác mạc: Tế bào trắng chấm nhỏ ở nội mô giác mạc.

+ Dạng hạt: Tủa kit mạc lớn dạng mỡ cừu, nốt Koeppe, nốt Busacca ở mỏng mắt

### **III. NGUYÊN NHÂN**

- Chẩn đoán VMBD không quá khó nhưng tìm nguyên nhân VMBD rất phức tạp, khó xác định được nguyên nhân.

- Có rất nhiều nguyên nhân gây VMBD:

- Do nhiễm trùng: nhiễm virus, nhiễm vi khuẩn, nhiễm nấm, nhiễm KST...
- Do phản ứng viêm tự miễn dịch, các bệnh toàn thân, do nhiễm các độc tố...

## **1. VMBD do nhiễm trùng:**

### **1.1. Nhiễm virus:**

- Adenovirus
- Herpes (Herpes simplex type 1 và type 2)
- Varicella-zoster
- CMV
- HIV
- Epstein Barr virus (EBV)
- Nhiễm Rubella

### **1.2. Nhiễm vi khuẩn:**

- Nhiễm khuẩn ngoại sinh: thường sau chấn thương xuyên nhãn cầu, sau phẫu thuật nội nhãn như sau phẫu thuật T3, qua bong thối sau CBCM ...

- Nhiễm khuẩn nội sinh từ các ổ viêm lân cận như ổ viêm từ răng, viêm xoang, viêm mũi họng, các ổ viêm toàn thân như: nhiễm trùng huyết, viêm màng não mủ, viêm nội tâm mạc, viêm thận, bể thận, lao, giang mai...

- Các vi khuẩn thường gặp: staphylococcus (da), streptococcus (viêm nội tâm mạc), haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis...

### **1.3. Các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp:**

- VMBD do lao
- VMBD do giang mai
- Bệnh Lyme
- Bệnh do Leptospira

### **1.4. Nhiễm ký sinh trùng:**

- Thường gặp là Toxoplasma, giun (Angiostrongylus, gnathostoma) Toxocara, Cysticercosis...

- Các bệnh KST thường gặp:

- **Toxoplasma:** Nguyên nhân phổ biến gây viêm MBD trên TG (7-15%).

- Hầu hết là BS, mắc phải rất hiếm (Mỹ).

- Phụ nữ có thai nhiễm Toxoplasma gondii trong 3 tháng đầu có 40% nguy cơ con bị nhiễm BS.

- *T.gondii* là KST đường ruột ở mèo. Người nhiễm khi ăn phải thịt chứa nang ấu trùng hoặc nhiễm KST từ thực phẩm bị nhiễm chưa rửa sạch.

- Bệnh có thể điều trị được với KS nếu được phát hiện sớm.

- Tổn thương Bẩm sinh gồm có : tổn thương não, calci hóa ở não, vàng da và xuyết dưới da do ↓ tiểu cầu, điếc, chậm phát triển, động kinh. Viêm HVM, tổn thương hắc VM cả 2 bên và đặc biệt có ái lực với vùng HD.

- *T. Gondii* mắc phải ở suy giảm MD: bệnh hạch cổ, nách, bẹn. Hạch to chắc không có mũ, sốt, nổi ban, gan lách to. Hạch sẽ hết trong vòng vài tháng. Phụ nữ có thai có thể chỉ nổi hạch và nổi ban

- Lâm sàng: Vẫn đục dịch kính nhiều

- Tổn thương VM đặc hiệu là ổ viêm VM xuất tiết , hoại tử thành ổ ở VM cực sau ( lớn hơn đường kính gai).Tuy nhiên, cũng có thể có dạng tổn thương ngoại vi dạng chấm nhỏ. Các mạch máu ở gần ổ tổn thương hoạt tính có biểu hiện viêm quanh mạch ( bọc trắng dọc theo mạch máu)

- Chẩn đoán kết hợp giữa tổn thương đặc hiệu ở đáy mắt với huyết thanh chẩn đoán (+) Với mọi hiệu giá kháng thể. Nếu nghi ngờ, thử hiệu giá kháng thể của thủy dịch: nếu cao hơn huyết thanh thì rất có ý nghĩa.

- Chụp MRI sọ não thấy vết vôi hóa trong sọ.

## **2. Nhiễm Toxocariasis:**

- Thường gặp ở trẻ em, do nhiễm *T. canis* hoặc *T.catis*.

- Tổn thương gây ra 3 hội chứng ở mắt:

- Viêm nội nhãn mãn tính: thường 1 mắt, vẫn đục dịch kính, mạn tính.

- U hạt khu trú : Ổ viêm màu trắng ở VM cực sau

- U hạt ngoại vi: Ổ viêm trắng với nhiều dải tăng sinh trong dịch kính nối với VM.

- Các tổn thương khác: Viêm mống mắt thể mi, viêm pars plana, viêm dịch kính với các dải co kéo VM.

Chẩn đoán: Tổn thương lâm sàng kết hợp XN:

- Test ELISA huyết thanh (+), dịch nội nhãn. Hiệu giá kháng thể dịch nội nhãn cao hơn huyết thanh.

- Điều trị: Corticoide tại chỗ, toàn thân, hoặc phẫu thuật nếu co kéo dọa BVM, hoặc làm trong dịch kính. Điều trị với thuốc diệt giun sán: Albendazole , Vermorex với trẻ > 2 tuổi trong 21 ngày khi nghi nhiễm giun nội tạng. 100mg/ ngày.

## **3. Nhiễm *Angiostrongylus cantonensis***

- *Gnathostoma*

- Ấu trùng cysticercosis

#### 4. Nhiễm nấm:

- Histoplasmosis(OHS)
- Nhiễm Candida
- Nấm Aspergillus

#### 5. VMBD do bệnh tự miễn:

\* Các bệnh có liên quan với HLA-B27: (Human leucocyte antigen) HLA-B27 là 1 genotype ở nhánh nhánh NST 6. Có tỉ lệ từ 1,4 à 6 % ở người bình thường( tùy chủng tộc, vùng địa lý).50-60% viêm mống mắt cấp có HLA- B27 (+). Các bệnh như : Hội chứng Reiter, Viêm cứng khớp cột sống, Bệnh viêm ruột, bệnh viêm khớp vẩy nến, bệnh viêm khớp sau nhiễm trùng... Tác cả các bệnh này đều có viêm đốt sống và hoặc khớp cùng chậu.

- Viêm cứng khớp cột sống
- Hội chứng Reiter
- Bệnh viêm ruột
- Viêm khớp vẩy nến:
- Bệnh viêm khớp dạng thấp thiếu niên

#### \* Các bệnh miễn dịch khác:

- Viêm mống mắt thể mi dị sắc Fuchs
- Viêm màng bồ đào do thể thủy tinh
- Glaucome thể mi (Posner-Schlossman syndrome )
- Bệnh Krill
- Bệnh sarcoide
- Bệnh lý hắc võng mạc Birdshot( bạch biến)
- Hội chứng Volt- Koyanagi-Harada
- Bệnh Behçet

### III. CÁC XN HỖ TRỢ TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VMBD

#### Các XN chẩn đoán VMBD theo phân loại giải phẫu

<u>Viêm MBD trước</u>	<u>VMBD trung gian</u>	<u>Viêm MBD sau</u>
Làm tests phản ứng da	Làm tests phản ứng da	Làm tests phản ứng da

ACE	ACE	ACE
ANA	ANA	ANA
Chọc tiền phòng XN	Chụp CT scan não	Antiviral antibodies
Antiviral antibodies	CBC	Chụp MRI não
CBC	Chụp XQ ngực	Cardiolipin antibodies
Chụp XQ ngực	Sinh thiết kết mạc	CBC
Sinh thiết kết mạc	Complement (3, 4, CH50)	Chụp XQ ngực
Complement (3, CH50)	4,CRP	Sinh thiết hắc VM
CRP	ESR	Complement
ESR	FTA-ABS	CRP
FTA-ABS	Fluorescein angiography	Siêu âm màu
Gallium scan	Gallium scan	Siêu âm
Chụp XQ bàn tay	Siêu âm	ERG/EOM
HLA typing (HLA-B27)	Laser interferometry	ESR
Immune complexes (Raji, C1q)	XN chức năng gan	Fluorescein angiography
Sinh thiết tuyến lệ	Lyme titers: XN huyết thanh tìm bệnh Lyme	FTA-ABS
Laser interferometry	Chọc dò tủy sống	Gallium scan
PPD	MRI brain scan	HIV testing
RF	PPD	HLA typing (HLA-A29)
Sacroiliac x-rays	XN phân	Immune complexes
Skin snips	Toxocara titers	Laser interferometry
XN phân	Sinh thiết dịch kính	XN Chức năng gan
XN huyết thanh tìm Lyme		
Chọc dò tủy sống		
Chụp MRI não		
PPD		
Stool evaluation		
XN huyết thanh tìm Toxocara		

XN huyết thanh tìm Toxoplasmosis

Visual evoked responses

Sinh thiết dịch kính

---

ACE, angiotensin converting enzyme; ANA, antinuclear antibodies; CBC, complete blood count; CRP, C-reactive protein; CT, computed tomography; EOM, electrooculogram; ERG, electroretinogram; ESR, erythrocyte sedimentation rate; FTA-ABS, fluorescent treponemal antibody absorption; HIV, human immunodeficiency virus; HLA, human leucocyte antigen; MRI, magnetic resonance imaging; PPD, purified protein derivative; RF, rheumatoid factor.

(Adapted from Nussenblatt R, Palestine A. *Uveitis: Fundamentals and clinical practice*. Chicago: Mosby-Year Book, 1988:58. Opremcak EM. *Uveitis: A clinical manual for ocular inflammation*, New York: Springer-Verlag, 1995:38, and Foster CS, Vitale A. *Diagnosis and treatment of Uveitis*. Philadelphia: WB Saunders, 2002:94-95.)

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

- Điều trị VMBD là vấn đề khó khăn vì phải điều trị nguyên nhân nhưng nhiều khi rất khó tìm ra nguyên nhân. Chẩn đoán thường có tính suy luận.

- Điều trị gồm:

**1.** Điều trị nguyên nhân với các thuốc đặc hiệu. Nếu xác định được nguyên nhân gây bệnh.

**2.** Thuốc giãn đồng tử và liệt thể mi để chống dính mống, liệt cơ thể mi làm giảm đau và giúp mắt nghỉ ngơi: Atopin 1% hoặc nếu dính có thể tiêm quanh rìa 1mg adrenalin kết hợp với 1/4mg atropin 4 điểm.

#### **3.Thuốc chống viêm:**

- Corticoide là thuốc chủ yếu trong điều trị VMBD. Có nhiều dạng thuốc và nhiều đường dùng : nhỏ tại chỗ, toàn thân, tiêm cạnh NC. Thuốc nước, thuốc mỡ, thuốc tiêm, thuốc uống.

- Corticoide Có nhiều tác dụng phụ gây loãng xương, cao HA, hội chứng Cushing, giảm sức đề kháng, glaucome, đục thể thủy tinh.

- Corticoide dùng tại chỗ chỉ có tác dụng với VMBD trước.

- Corticoide dùng toàn thân mục đích phòng ngừa và điều trị phù hoàng điểm, võng mạc gây tổn thương thị lực, ngừa tổn thương thị TK trong bệnh Sarcoide.

- Liều nhỏ có thể từ 3 lần đến mỗi giờ tùy mức độ nặng nhẹ.

- Có thể kết hợp tiêm dưới tenon, tiêm cạnh cầu : mỗi tuần 1 lần, có thể dùng đến 6 liều.

#### **4. Thuốc ức chế miễn dịch.**

Thuốc gây độc tế bào: Thường chỉ dùng trong các bệnh nặng như: VKH, nhãn viêm giao cảm, bệnh Behcet, viêm MBD tái phát không đáp ứng corticosteroide.

- Yclophosphamid
- Clorambuxil
- Azthioprin
- Methotrexat
- Cyclosporin

#### **5. Phẫu thuật.**

Để chẩn đoán: chọc hút tiền phòng, dịch kính, sinh thiết dịch kính tìm nguyên nhân...

Để điều trị biến chứng: Lấy thể thủy tinh, Cắt dịch kính, bóc màng trước VM, Phẫu thuật điều trị glaucome, phẫu thuật điều trị BVM.

# BÀI 6: VIÊM KẾT MẠC CẤP

## I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

- Nêu được khái niệm về bệnh lý viêm kết mạc cấp
- Nhận biết được các triệu chứng bệnh lý viêm kết mạc cấp
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý viêm kết mạc cấp
- Chỉ định được các ca lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý viêm kết mạc cấp
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý viêm kết mạc cấp

## II. KHÁI NIỆM

Viêm kết mạc cấp (VKM) hay còn gọi là đau mắt đỏ là tình trạng viêm khu trú hoặc lan tỏa của kết mạc tạo ra những bệnh cảnh lâm sàng phong phú và đa dạng. Thời gian thường dưới 4 tuần.

## III. TRIỆU CHỨNG

### A. CƠ NĂNG

- Đỏ mắt.
- Chảy nước mắt.
- Cảm giác đau rát như có dị vật nhưng không đau nhức.
- Không giảm thị lực.
- Tiết dịch trong, nhày hoặc mũ. Trường hợp mũ vàng xanh đặc dễ tái tạo (khi lau sạch tiết tố tái tạo nhanh-VKM do lậu cầu)
- Đôi khi sợ ánh sáng và chảy nước mắt( Chú ý loại trừ tổn thương giác mạc kèm theo).

### B. THỰC THỂ

- Mi mắt đỏ, dịch tiết kết dính mi
- Sung huyết ở ngoại vi
- Phù kết mạc (VKM do adenovirus/ dị ứng)
- Nhú gai sang thương gồ cao( VKM do dị ứng, Kính áp tròng)
- Nang sang thương rải rác, hơi gồ (VKM do virus)
- Màng và giả mạc: màng khi bóc khó khăn và gây chảy máu( VKM do liên cầu và bạch cầu). Giả mạc bóc dễ hơn trong VKM do adenovirus



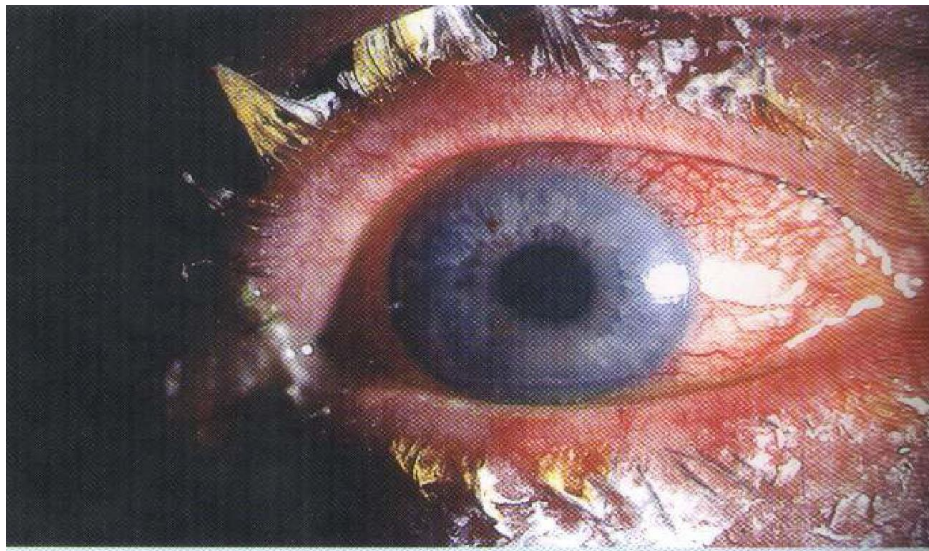
- Giác mạc trong (loại trừ đề chỉ định dùng steroids trong điều trị)
- Hạch trước tai(VKM do adenovirus, do liên cầu, do bạch hầu)

### **3. CƠ CHẾ BỆNH SINH VÀ HẬU QUẢ CỦA BỆNH LÝ VIÊM KẾT MẠC**

Cơ chế bệnh sinh của VKM là do phản ứng cấp tính sau khi tiếp xúc với tác nhân gây bệnh có thể do nhiễm trùng từ vi khuẩn, virus, nấm... hay với các dị nguyên.

#### **\* VIÊM KẾT MẠC CẤP DO VI KHUẨN**

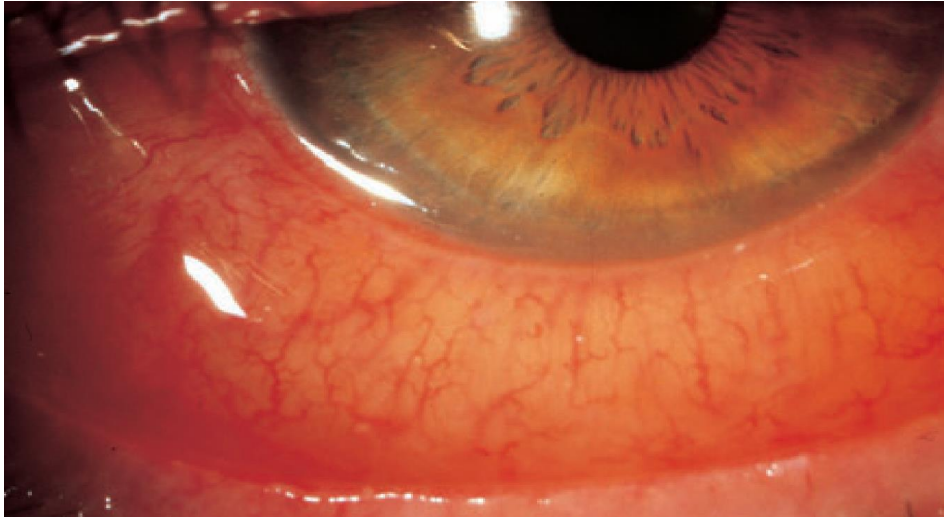
- Tác nhân: Staphylococcus aureus( thường kết hợp viêm bờ mi), Staphylococcus epidermidis, Haemophilus influenzae...



**ĐỎ MẮT- DỊCH TIẾT DÍNH MI VKM VI KHUẨN**

#### **\* VIÊM KẾT MẠC CẤP DO ADENOVIRUS**

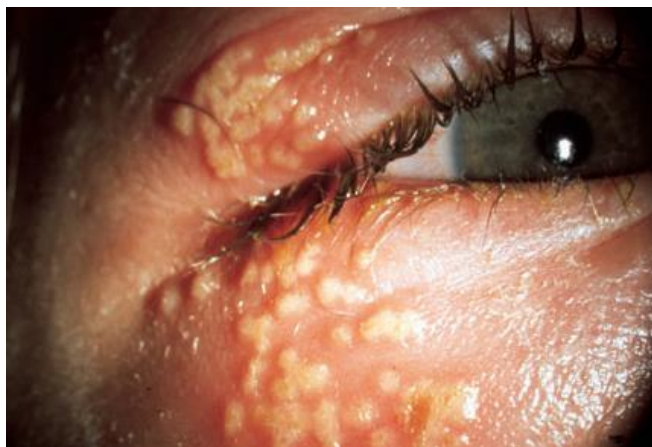
- Ủ bệnh 2-8 ngày. Qua 2 giai đoạn
- + Giai đoạn KM:thường kéo dài 1 tuần.
- + Giai đoạn giác mạc: sau vài ngày biểu hiện bằng viêm giác mạc chấm nông biểu hiện giảm thị lực, chói.



ĐỎ MẮT- PHÙ KM-DỊCH TIẾT TRONG VKM VIRUS

**\* VIÊM KẾT MẠC CẤP DO HERPES SIMPLEX/ ZOSTER VIRUS/ZONA VIRUS**

- Sang thương ở da bọt nước ở mí (HSV), hay sang thương ở một nửa trán (zoster).



MPLEX VIRUS (HSV)



HERPES ZOSTER VIRUS

H  
E  
R  
P  
E  
S  
  
S  
I

**\* VIÊM KẾT MẠC CẤP DO DỊ ỨNG**

- Thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử dị ứng, chàm. Gặp nhiều ở người trẻ.
- Thường tiếp xúc với dị nguyên hoặc thay đổi thời tiết.



#### **4. CẬN LÂM SÀNG**

- Phần lớn các trường hợp xét nghiệm không cần làm.
- Trường hợp VKM do lậu cầu là bệnh cảnh cấp cứu. Lấy bệnh phẩm từ dịch tiết nhuộm gram: kết quả song cầu gr(-) hình hạt cà phê
- Trường hợp viêm kết mạc điều trị đáp ứng kém xét nghiệm chất tiết soi tươi và nuôi cấy.

#### **5. TRÌNH BÀY ĐƯỢC NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH LÝ VIÊM KẾT MẠC CẤP**

- Chủ yếu vệ sinh tay, không đi bơi, không sử dụng khăn chung, không chạm chai thuốc vào mắt tránh lây lan
- Vệ sinh mắt khi có chất tiết bám, dùng gòn hay khăn giấy vệ sinh 1 lần.
- Chườm lạnh, dùng nước mắt nhân tạo, kháng sinh nhỏ tại chỗ phòng ngừa bội nhiễm.
- Trường hợp nặng khám chuyên khoa để được bóc giả mạc
- Kháng virus tại chỗ hoặc toàn thân (Acyclovir)
- Kháng sinh tại chỗ (thuốc nhỏ 4-6 lần / ngày). Nên chọn kháng sinh phổ rộng ( Tobramycin, Quinolones...).
- Trường hợp VKM dị ứng loại trừ kháng nguyên gây dị ứng, dùng kháng histamine tại chỗ và toàn thân, chườm lạnh.

#### **6. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ 01 CA BỆNH LÝ VIÊM KẾT MẠC**

##### **VIÊM KẾT MẠC DO LẬU CẦU**

Bệnh cảnh cấp cứu.

Gặp ở trẻ sơ sinh (sinh thường) từ 1 đến 3 ngày sau sinh, hay người lớn( do tiếp xúc với lậu sinh dục)

Mắt sưng phù, tiết dịch mủ vàng xanh đặc, dễ tái tạo.

Trường hợp nặng gây loét giác mạc thủng giác mạc .

Nhuộm gram: song cầu gr(-) hình hạt cà phê

Nhập viện. Cephalosporine III tiêm bắp /uống hay Quinolone uống và tại chỗ.  
Thăm khám thường xuyên.



ĐỎ MẮT- DỊCH MỦ- VKM LẬU CẦU

# BÀI 7: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT

## I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

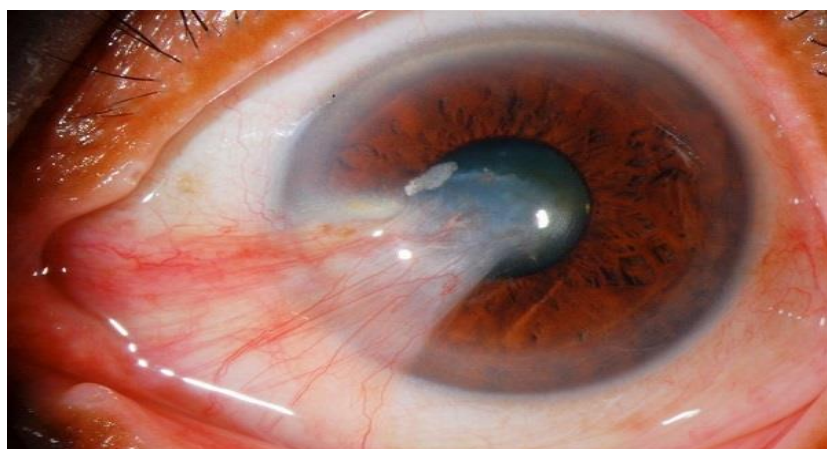
- Nêu được khái niệm về bệnh lý mộng thị.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý mộng thị ở mắt.
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý mộng thị ở mắt.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý mộng thị.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý mộng thị ở mắt.

## II. MỘNG THỊT

- Mộng thị hay còn được gọi là mây thị. Trong dân gian, mọi người hay dùng cụm từ “bị kéo mây” để chỉ việc trên mắt xuất hiện mộng thị. Vậy về bản chất mộng thị là gì?

- Mộng thị là tổ chức tăng sinh xâm lấn vào giác mạc (tròng đen) thường có dạng hình nón (hay hình rế quạt) với đỉnh nón hướng vào giác mạc, chân nón nằm trên củng mạc (tròng trắng). Mộng thị thường phát triển ở góc trong hoặc ngoài mắt.

- Mộng thị thường không ảnh hưởng gì, đó là tổn thương lành tính phát triển chậm theo thời gian, tốc độ phát triển còn tùy thuộc vào cơ địa và môi trường tiếp xúc. Tuy nhiên, một số trường hợp mộng thị xâm lấn sâu vào giác mạc có thể che kín đồng tử (con ngươi) làm ảnh hưởng đến thị lực.



## III. TRIỆU CHỨNG

- Triệu chứng của mộng thị thường không rõ ràng. Người bị mộng thị thường thấy khó chịu trong mắt, những triệu chứng thường gặp của mộng thị như:

- Đỏ mắt.
- Mờ mắt.
- Ngứa mắt.
- Kích ứng mắt.
- Khô mắt. Cảm giác có vật lạ ở trong mắt.
- Nếu khối thịt lớn hay chạm vào giác mạc có thể gây suy giảm thị lực.

#### **IV. NGUYÊN NHÂN**

- Cho đến nay nguyên nhân chính xác gây mộng thị vẫn còn chưa được biết rõ. Nhưng một số nghiên cứu chỉ ra rằng ánh sáng, gió, bụi,...là những yếu tố thuận lợi để sinh ra mộng thị.

- Trên thực tế, người ta cũng nhận thấy mộng thị thường gặp ở những người phải làm những công việc ở ngoài trời nhiều hoặc sống trong khu vực có khí hậu nóng, khô, thường xuyên tiếp xúc với gió, bụi, phấn hoa hay các chất gây kích ứng, khô mắt.

- Có ý kiến cho rằng các nguyên bào sợi được kích hoạt bằng bức xạ có thể dẫn đến việc sản xuất quá nhiều vật liệu dẫn đến chứng mộng thị. Các lý thuyết được đề xuất khác bao gồm thiếu choline, viêm, mất điều hòa sự hình thành mạch, bất thường hệ thống miễn dịch, bất thường màng nước mắt, cũng như vai trò có thể có của một tác nhân kích thích virus.

- Giả thuyết của Albedo: Ánh sáng đi vào biên thái dương ở góc 90 độ tập trung ở phía mũi trong và điều này giải thích cho sự chiếm ưu thế của chứng mộng thị góc trong

#### **V. CHẨN ĐOÁN**

- Mộng thị được chẩn đoán bằng cách khám mắt thông thường, không cần thiết phải tiến hành xét nghiệm. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể phải làm khám nghiệm bổ sung để chẩn đoán tình trạng thị lực bị ảnh hưởng bởi mộng thị như:

- Kiểm tra thị lực bằng cách đo thị lực
- Đo đánh giá sự thay đổi độ cong của giác mạc
- Ảnh tư liệu để theo dõi tốc độ phát triển của mộng thị.
- Chẩn đoán khác biệt giữa pterygium ( mộng thị ) và pinguecula (mộng mỡ)
- Cả hai đều là sự phát triển trên kết mạc:
  - Pingueculum là khối u màu trắng hoặc vàng nổi lên trên tròng trắng của mắt bạn. Nó nằm trên kết mạc và không chông lên giác mạc của bạn. Nó thường không gây ra triệu chứng hoặc cần phải loại bỏ.
- Mộng thị là khối thịt phát triển có nhiều mạch máu bên trong. Nó có thể vẫn

còn nhỏ hoặc có thể phát triển và lan rộng trên giác mạc. Nó có thể bắt đầu như một pingueculum.

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

- Do khả năng tái phát cũng như các rủi ro phẫu thuật khác, không nên thực hiện phẫu thuật cắt bỏ mộng thịt một cách tùy tiện. Phẫu thuật cắt bỏ được chỉ định nếu nó gây kích ứng dai dẳng kháng lại điều trị nội khoa, che khuất trục thị giác hoặc gây mờ mắt do loạn thị gây ra, tăng kích thước hoặc hạn chế vận động của mắt.

Không có thuốc điều trị cho tan mộng, phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật.

- Trước đây, thường phẫu thuật cắt bỏ mộng thịt đơn thuần, tỷ lệ tái phát cao 30% – 80% nên vấn đề chỉ định phẫu thuật có phần hạn chế, phẫu thuật thường có nguy cơ ảnh hưởng đến thị lực.

- Ngày nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật như: ghép kết mạc tự thân, ghép màng ối, ghép tế bào mỡ, áp thuốc chống phân bào,... Tỷ lệ tái phát của những phương pháp này khá thấp, khoảng 3% – 5%. Do đó, chỉ định phẫu thuật có phần rộng rãi hơn tùy thuộc vào hình thái mộng và nhu cầu của người bệnh nhằm giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

## **VII. BIỆN PHÁP PHÒNG TRÁNH**

- Mộng thịt không thể phòng tránh, tuy nhiên những thói quen sinh hoạt tốt sau đây sẽ giúp hạn chế nguy cơ bị mộng thịt:

- Thường xuyên đeo kính râm khi ra ngoài trời.

- Nếu làm những công việc phải ở ngoài trời nhiều hãy cho mắt nghỉ ngơi trong bóng râm sau một thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

- Nếu mắt khô, hãy dùng nước mắt nhân tạo để cấp độ thêm ẩm cho mắt.

- Tránh bụi, gió, khói và phấn hoa.

## Bài 8: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ

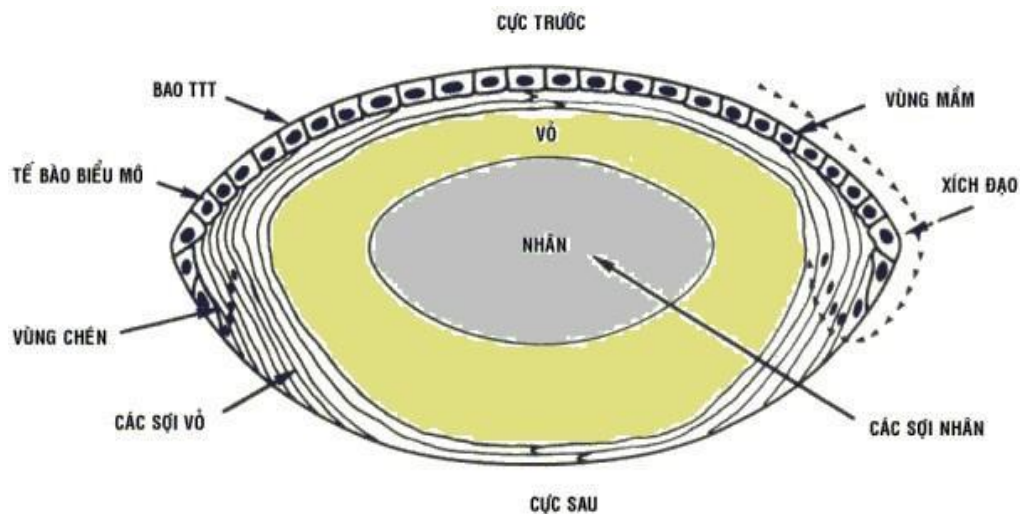
### I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

- Nêu được khái niệm về bệnh lý đục thủy tinh thể tuổi già.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý đục thủy tinh thể tuổi già.
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý đục thủy tinh thể tuổi già.
- *Chỉ* định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý đục thủy tinh thể tuổi già
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý đục thủy tinh thể ở mắt.

### II. SƠ LƯỢC VỀ GIẢI PHẪU VÀ CHỨC NĂNG THỦY TINH THỂ

#### 1.1 Giải phẫu học thủy tinh thể

Thủy tinh thể là một thấu kính trong suốt hai mặt lồi, chiều dày khoảng 4mm, là một cấu trúc không có thần kinh và mạch máu, công suất khúc xạ khoảng 20 diop, đảm nhiệm khoảng một phần ba công suất hội tụ của mắt, chỉ số khúc xạ khoảng 1,43. Thủy tinh thể nằm phía trước màng dịch kính và phía sau mống mắt, cách mặt sau giác mạc khoảng 3 – 4 mm. Cực trước và cực sau được nối với nhau bởi một đường thẳng gọi là trục. Xích đạo là chu vi lớn nhất của thủy tinh thể và cách nếp thể mi khoảng 0,5 mm.



Cấu trúc giải phẫu TTT

Thủy tinh thể được cấu tạo từ ngoài vào trong gồm 3 phần: màng bao thủy tinh thể, biểu mô và nhu mô thủy tinh thể

Hình 1.1 Cấu trúc thủy tinh thể:

\* Màng bao: Thủy tinh thể được bao bọc bởi một màng đàn hồi, màng này cho



phép các phân tử nhỏ và nước đi qua. Chiều dày của màng thay đổi tùy theo vùng, vùng dày nhất ở gần xích đạo của bao trước và bao sau (khoảng 23  $\mu\text{m}$ ), vùng mỏng nhất là cực sau (khoảng 4  $\mu\text{m}$ ), có khả năng rách trong lúc phẫu thuật thủy tinh thể.

\* Biểu mô: Nằm ngay sát sau bao trước thủy tinh thể là một lớp đơn tế bào biểu mô. Các tế bào biểu mô thủy tinh thể chuyên hóa rất tích cực. Tổng số lượng tế bào biểu mô thủy tinh thể ở người trưởng thành khoảng 500.000, tuy nhiên nó khác biệt đáng kể giữa từng cá thể. Sau phẫu thuật đục thủy tinh thể, sự di chuyển, tăng sinh và chuyển đổi biểu mô của tế bào biểu mô thủy tinh thể sót lại góp phần tạo nên bệnh nguyên của đục bao sau thủy tinh thể.

\* Nhu mô thủy tinh thể: Nhu mô thủy tinh thể ở người trưởng thành bao gồm nhân và vỏ, cấu trúc mô học của hai vùng này khác nhau. Nhân và vỏ được hình thành từ sự tăng sinh của tế bào biểu mô thủy tinh thể. Các sợi thủy tinh thể được tạo ra không ngừng trong suốt cuộc đời. Các sợi mới được tạo ra đẩy dồn các sợi cũ vào trung tâm làm thủy tinh thể ngày càng đặc lại và hình thành nhân cứng ở giữa ở người trên 35 tuổi. Phần mềm hơn nằm xung quanh nhân cứng gọi là vỏ thủy tinh thể.

Nhân thủy tinh thể bao gồm nhân phôi, nhân thai, nhân trẻ em và nhân trưởng thành. Mật độ của nhân thủy tinh thể tăng dần theo tuổi, xuất hiện dần màu vàng hoặc nâu ở nhân, và xuất hiện chi tiết gồ lên dạng hình chêm hoặc lát đá trên bề mặt nhân trưởng thành. Theo thời gian, tính cứng của nhân tiến triển tăng dần, độ đàn hồi suy giảm và khả năng điều tiết công suất giảm, hậu quả gây ra lão thị.

Vỏ thủy tinh thể bao gồm các sợi thứ phát hình thành sau khi dậy thì và được phân chia thành các lớp bề mặt, trung gian và sâu. Độ dày lớp vỏ thủy tinh thể tăng theo tuổi.

Dây chằng Zinn, còn được gọi là dây chằng treo thủy tinh thể, xuất phát từ phần phẳng của thể mi gần ora serrata. Các dây chằng gắn vào bao thủy tinh thể quanh xích đạo, đan chéo với mô vỏ bao trong lớp ngoài để giữ sự kết nối vững chắc. Vai trò lớn nhất của dây chằng Zinn là giữ thủy tinh thể ở đúng vị trí giải phẫu của nó và cho phép nó thay đổi hình dạng bằng cách truyền lực căng từ thể mi đến bao thủy tinh thể khi điều tiết.

## **1.2 Chức năng sinh lý học của thủy tinh thể**

Chức năng sinh lý học của thủy tinh thể bao gồm (1) khúc xạ, thủy tinh thể là một môi trường khúc xạ quan trọng của mắt, có vai trò hội tụ ánh sáng đi tới lên võng mạc thông qua sự khúc xạ; (2) điều tiết, đặt được nhờ sự co rút và thả lỏng của dây chằng Zinn và cơ thể mi; (3) hấp thụ ánh sáng cực tím, thủy tinh thể có thể bảo vệ võng mạc khỏi tổn hại từ tia cực tím.

## **III. ĐỤC THỦY TINH THỂ DO TUỔI GIÀ**

- Tuổi già là nguyên nhân thường gặp nhất gây đục thủy tinh thể và nó có thể được chia thành 3 loại dựa trên giải phẫu thủy tinh thể, bao gồm: Đục nhân; Đục vỏ;

Đục dưới bao sau.

- Bệnh nhân thường có đục ở nhiều khu vực trên thủy tinh thể làm cho có sự chồng lấp trong phân loại đục.

### **1.1. Cơ chế bệnh sinh đục thủy tinh thể**

Đục thủy tinh thể trên người già là do biểu hiện tương tác giữa protein của thủy tinh thể và tác động của các yếu tố môi trường như tiếp xúc tia cực tím, tác động của hiện tượng oxy hóa khử cũng như khả năng chống đỡ của cơ thể với các yếu tố này.

Tại khu vực nhân trung tâm, các acid amin của protein thủy tinh thể (đặc biệt là các acid amin methionin và cystein thuộc các protein màng tế bào) bị oxy hóa hình thành nên các gốc sulfoxid hoặc disulfid. Các gốc disulfid sẽ hình thành nên các cầu nối khiến các protein của thủy tinh thể kết nối lại thành các protein có phân tử lớn, không có khả năng hòa tan trong nước. Sự mất cân bằng về tỷ lệ protein hòa tan và không hòa tan trong nước khiến chỉ số khúc xạ của thủy tinh thể thay đổi, tính trong suốt giảm xuống.

Tại khu vực chu biên, hiện tượng oxy hóa các lipid màng tế bào làm ảnh hưởng tới hoạt động của các enzym màng như  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$  - ATPase, và  $\text{Ca}^{2+}$ - ATPase gây chết các tế bào biểu mô của thủy tinh thể. Tình trạng này khiến cho nước, các chất dinh dưỡng và các chất chống oxy hóa khó ngấm qua biểu mô để vào được vùng trung tâm thủy tinh thể. Mặt khác, hiện tượng mất tế bào biểu mô khiến các sợi thủy tinh thể hình thành trở nên không đồng nhất đồng thời dẫn đến mất tính chất trong suốt của thủy tinh thể.

Trong một số trường hợp, bất thường quá trình phát triển của tế bào mầm biểu mô thủy tinh thể gây hiện tượng di cư các tế bào này từ xích đạo tới cực sau thủy tinh thể. Hiện tượng di cư này khiến các sợi tế bào thủy tinh thể bị phồng lên và phá vỡ cấu trúc gây đục.

### **1.2. Đục nhân**

Đục nhân là hiện tượng vàng và cứng lên của phần trung tâm thủy tinh thể, diễn tiến dần qua nhiều năm. Khi phần lõi của thủy tinh thể trở nên cứng hơn, nó thường gây tăng công suất khúc xạ cho thủy tinh thể và gây ra cận thị. Đó là lý do vì sao một số bệnh nhân dù trước đó phải phụ thuộc vào kính lão để đọc sách thì lại không cần dùng chúng nữa một khi nhân cứng thủy tinh thể bắt đầu xuất hiện. Loại đục này cũng có thể gây màu sắc kém sinh động hơn mặc dù thay đổi xảy ra dần dần nên thường khó nhận thấy

#### **Hình 2.1 Đục nhân thủy tinh thể**

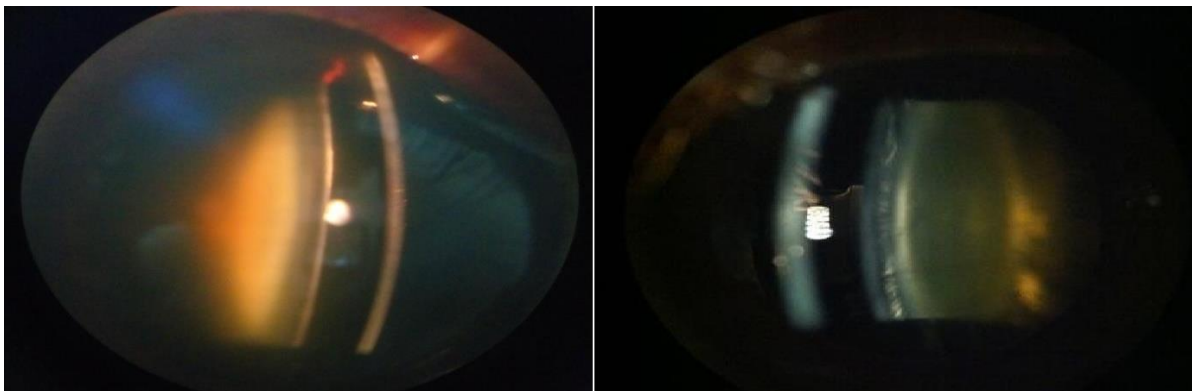
\* Triệu chứng: Mờ khi nhìn xa nhiều hơn so với nhìn gần (phần lớn, tuy nhiên một số bệnh nhân có thể bị ngược lại)

- Tăng cận thị (Hiện tượng cải thiện thị lực không kính nhìn xa ở mắt viễn thị và thị lực không kính nhìn gần ở mắt chính thị)

- Nhìn kém trong tối; Giảm độ tương phản và khả năng phân biệt màu sắc; Chói

sáng; Song thị một mắt.

- Phân độ đục nhân theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Mức độ đục nhân trung



tâm được chia thành 5 mức độ dựa trên 3 biểu hiện cơ bản.

- Năm mức độ đục nhân trung tâm được xác định dựa vào so sánh với ba biểu hiện trên:

Đục nhân độ 0: tổn thương chưa đạt mức biểu hiện 1

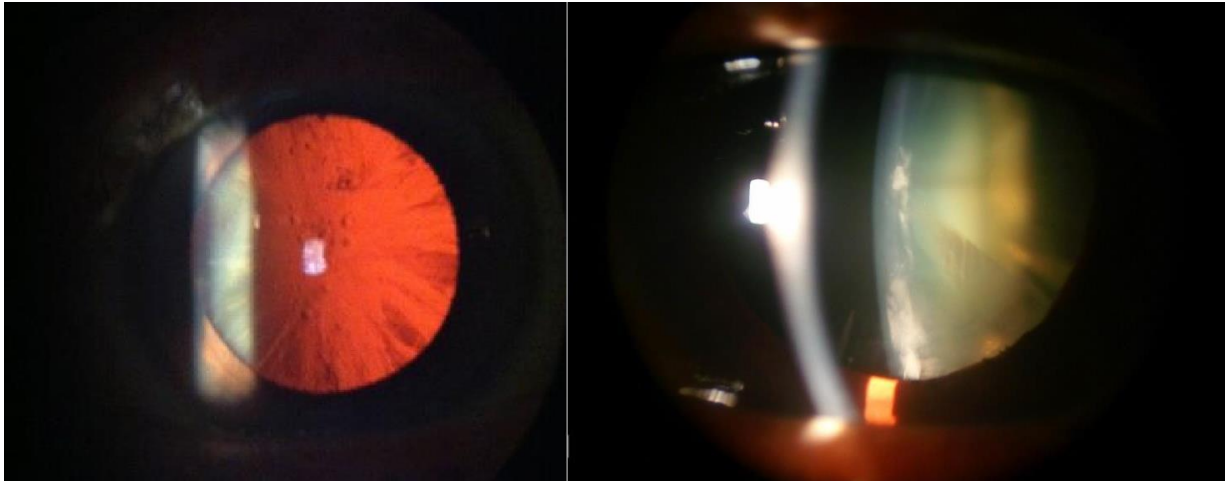
Đục nhân độ 1: tổn thương bằng hoặc nặng hơn so với biểu hiện 1 nhưng chưa bằng biểu hiện 2

NUC Standard 1	NUC Standard 2	NUC Standard 3
<p style="text-align: center;">Biểu hiện 1</p> <p>Khu vực nhân phôi trở nên kém trong suốt hơn bình thường nhưng ranh giới giữa nhân phôi phía trước và nhân phôi phía sau vẫn còn trong suốt</p>	<p style="text-align: center;">Biểu hiện 2</p> <p>Khu vực nhân phôi trở nên tương đối đồng nhất, khoảng trong suốt phân cách giữa nhân phôi trước và sau không thấy rõ, ánh hồng đồng tử bị nhạt đi</p>	<p style="text-align: center;">Biểu hiện 3</p> <p>Khu vực nhân phôi đục hoàn toàn, các cấu trúc của nhân phôi không còn thấy được, ánh đồng tử tối</p>

Hình 2.2 Biểu hiện cơ bản của mức độ đục nhân thủy tinh thể theo WHO

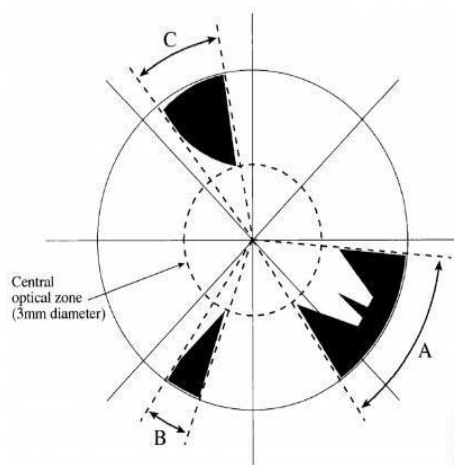
\* Triệu chứng:

- Chói thường là triệu chứng chủ yếu
- Giảm thị lực nhìn xa và gần
- Giảm độ nhạy tương phản
- Khám trên sinh hiển vi: các vết đục hình chêm hướng tâm, các vùng tối khi khám bằng kỹ thuật phản chiếu ánh sáng từ võng mạc.



Hình 2.3 Đục võ thủy tinh thể

Phân độ theo WHO:



Chỉ những trường hợp có thể sử dụng được ánh sáng hắt từ võng mạc để đánh giá tình trạng đục võ mới được tiến hành đánh giá mức độ đục võ của thủy tinh thể (các trường hợp khác cần được đánh giá theo mức độ đục nhân trung tâm).

Hình 2.4 Phân độ đục võ thủy tinh thể theo chu vi

- Đục võ độ 0: tổng phần đục võ ít hơn 1/8 chu vi
- Đục võ độ 1: tổng phần đục võ từ 1/8 đến ít hơn 1/4 chu vi

- Đục võ độ 2: tổng phần đục võ từ 1/8 đến ít hơn 1/4 chu vi
- Đục võ độ 3: tổng phần đục võ từ 1/4 đến ít hơn 1/2 chu vi
- Đục võ độ 4: không thể chia độ

### 1.3 Đục dưới bao sau

Đục dưới bao là sự đục ở lớp vỏ thủy tinh thể nằm về phía sau nhất, ngay bên dưới vỏ thủy tinh thể. Loại này thường xuất hiện ở bệnh nhân trẻ tuổi hơn so với đục võ hoặc nhân. Diễn tiến đa dạng nhưng thường diễn ra nhanh hơn đục nhân. Triệu chứng bao gồm: chói, khó khăn khi nhìn ở nơi có cường độ ánh sáng cao, thị lực nhìn gần bị ảnh hưởng hơn nhìn xa. Trên sinh hiển vi, đục dưới bao sau khu trú ngay trước bao sau có dạng như tế bào xương, tương phản cao với xung quanh, đôi khi óng ánh nhiều màu.

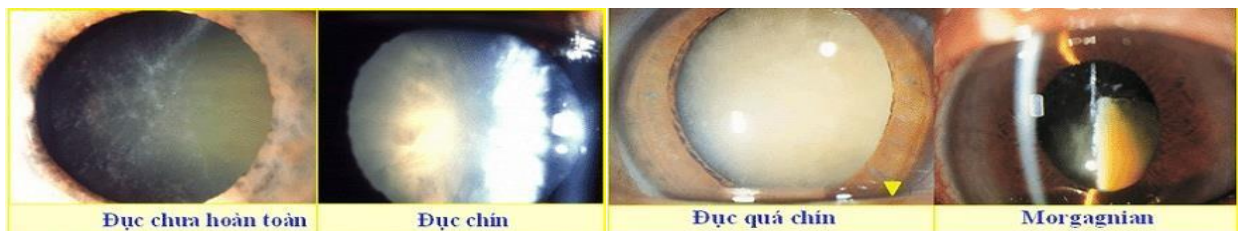
Đục dưới bao sau có thể là hậu quả của chấn thương, dùng các thuốc corticosteroid toàn thân hay tại mắt hoặc ảnh hưởng của bức xạ ion hóa.

Phân độ theo WHO:

- Độ 0: chiều cao của vùng đục <1 mm
- Độ 1: chiều cao của vùng đục từ 1 mm đến 2 mm
- Độ 2: chiều cao của vùng đục từ 2 mm đến 3 mm
- Độ 3: chiều cao của vùng đục >3 mm
- Độ 4: không thể chia độ[4]

### 1.4. Phân độ theo độ chín của đục thủy tinh thể:

- Đục chưa hoàn toàn: thủy tinh thể chỉ mới đục một phần
- Đục chín: thủy tinh thể đục toàn bộ
- Đục quá chín: đục thủy tinh thể có bao trước co rút và nhăn lại
- Morgagnian: đục thủy tinh thể quá chín có phần vỏ hóa lỏng làm cho phần nhân chìm xuống



Hình 2.5 Phân độ theo độ chín đục thủy tinh thể

## V. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm thường qui

Xét nghiệm tìm tổn thương kèm theo, tiên lượng trong và sau mổ: đo nhãn áp, đếm tế bào nội mô giác mạc, siêu âm B mắt, soi góc tiền phòng, chụp hình đáy mắt, OCT bán phần sau...

Đo sinh trắc mắt: giúp tính toán công suất kính có thể đạt tới kết quả khúc xạ mong muốn. Về cơ bản bao gồm hai thông số: khúc xạ giác mạc và chiều dài trục nhãn cầu.



Hình 3.1 Đo sinh trắc học: A/ Đo sinh trắc học bằng lade (OCB); B/ Đo bằng siêu âm tiếp xúc; C/ màn hình siêu âm (L: độ dày thủy tinh thể; A/C: độ sâu tiền phòng; Axial length: chiều dài trục; Vitreous: dịch kính)

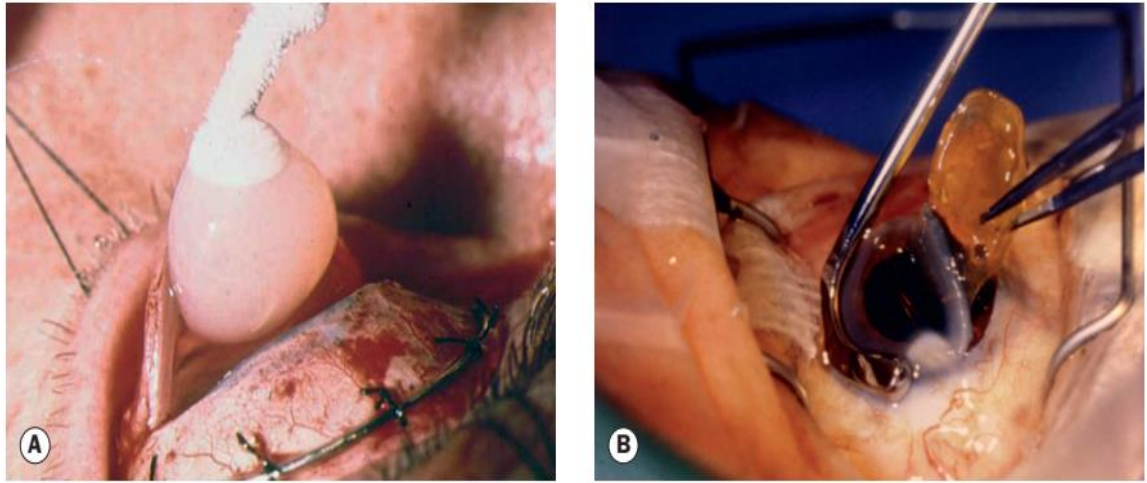
## VI. ĐIỀU TRỊ

Các phương pháp phẫu thuật

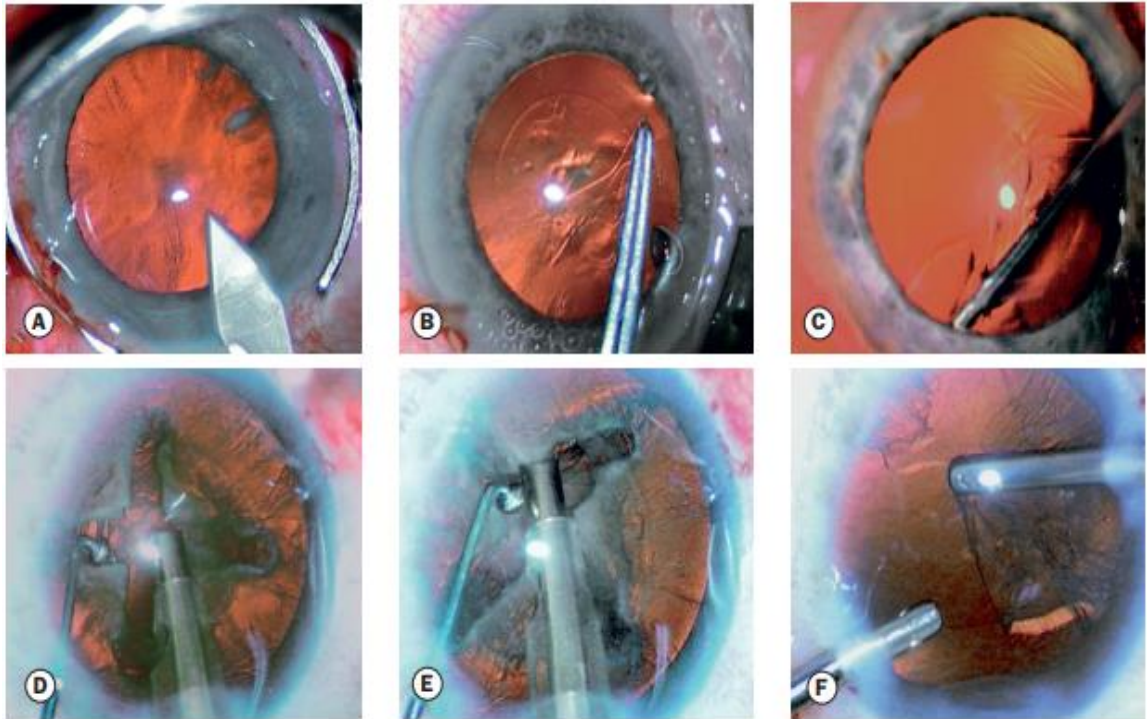
Trong bao (ICCE): lấy toàn bộ thể thủy tinh cùng với bao

Ngoài bao (ECCE): lấy đi khối nhân và toàn bộ chất vỏ qua một khoảng mở ở trung tâm của bao trước và để lại bao sau

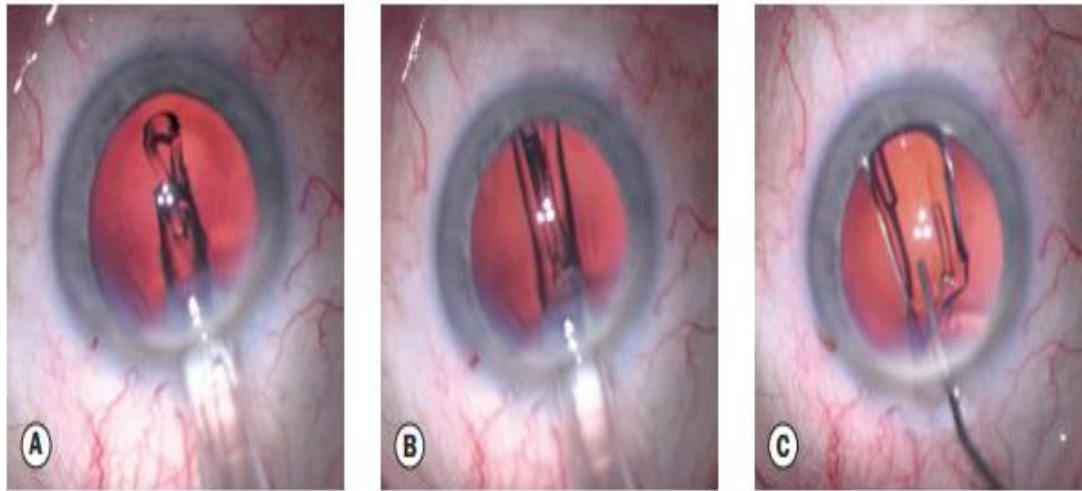
Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể bằng siêu âm (Phacoemulsification): bản chất là phẫu thuật ngoài bao nhưng nhân thể thủy tinh được lấy ra sau khi đã được tán nhuyễn bằng đầu siêu âm



Hình 4.1 Phẫu thuật lấy thủy tinh thể. A/ Lấy trong bao; B/ Lấy ngoài bao



Hình 4.2 Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể bằng siêu âm. A/ Đường rách giác mạc; B/ Xé bao; C/ Tách nước; D/ Bỏ nhân; E/ Tán nhân và hút các phần tư nhân – Kỹ thuật “divide and conquer”; F/ Hút lớp vỏ nhân bằng đầu hút tự động hay tay.



Hình 4.3 Đặt kính nội nhãn. A/ Đặt quai dưới vào túi bao; B/ Phần quang học tự mở chậm; C/ Đặt quai trên vào túi bao.



# BÀI 9: BỆNH VÕNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

## I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

- Nêu được khái niệm về Bệnh võng mạc đái tháo đường
- Nhận biết được các triệu chứng của Bệnh võng mạc đái tháo đường
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Bệnh võng mạc đái tháo đường.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh võng mạc đái tháo đường
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh võng mạc đái tháo đường

## II. BỆNH VÕNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### 1.1. Định nghĩa

Bệnh võng mạc đái tháo đường là biến chứng của bệnh đái tháo đường tác động lên các mạch máu của võng mạc và hậu quả là sự thoái triển của các mạch máu võng mạc, sự thay đổi các thành phần trong lòng mạch và tăng tính thấm của thành mạch gây ra bệnh cảnh của hoàng điểm là nguyên nhân gây giảm thị lực có thể dẫn đến mù lòa. Sự phát triển của các tân mạch kéo theo các tổ chức xơ được gọi là bệnh võng mạc tăng sinh, là nguyên nhân dẫn tới mù lòa sau quá trình xuất huyết và sẹo hóa

### 1.2. Phân loại bệnh võng mạc đái tháo đường

#### \* Theo Winconsin

- Không có bệnh VMĐTĐ
- Bệnh VM ĐTĐ chưa tăng sinh: chia làm 3 mức độ
- Chưa tăng sinh nhẹ: khi có một trong các dấu hiệu
  - + Vi phình mạch hoặc dị thường mạch máu ở mức độ nhẹ;
  - + Xuất tiết cứng nhỏ có thể rải rác hậu cực;
  - + Có thể có xuất tiết mềm thành đám nhỏ;
  - + Có xuất huyết thành đám nhỏ ở võng mạc có đường kính vùng xuất huyết nhỏ hơn 1/4 đường kính đĩa thị.
- Chưa tăng sinh trung bình:
  - + Xuất huyết VM lớn hơn 1/2 đường kính đĩa thị, vi phình mạch mức độ vừa;
  - + Xuất tiết cứng, xuất tiết mềm, vùng xuất tiết lớn hơn 1/2 đường kính đĩa thị;
  - + Bất thường động tĩnh mạch rõ như tĩnh mạch giãn to, ngoằn ngoèo.

- Chưa tăng sinh nặng (tiền tăng sinh):

+ Có 2 hoặc 3 biểu hiện của mức độ trung bình;

+ Vi phình mạch dày đặc, xuất huyết thành từng mảng lớn hơn một đường kính đĩa thị;

+ Mạch máu bất thường rõ rệt.

\* Bệnh VM ĐTĐ tăng sinh:

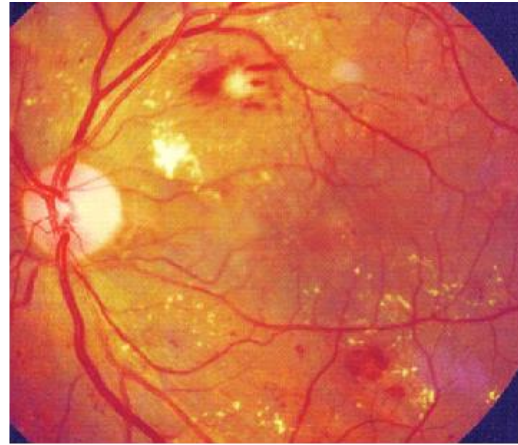
+ Tăng sinh nhẹ: Dải xơ tăng sinh trên đĩa thị giác hoặc trên một vùng nào đó của võng mạc; Tân mạch đĩa thị hoặc võng mạc; mạch máu bất thường quan sát rõ

+ Tăng sinh nặng: Tân mạch đĩa thị, võng mạc dày đặc, xuất huyết dịch kính hoặc xuất huyết trước VM thành những đám rộng.

**(2) Theo ETDRS**



*Bệnh VMĐTĐ không tăng  
sinh nhẹ*



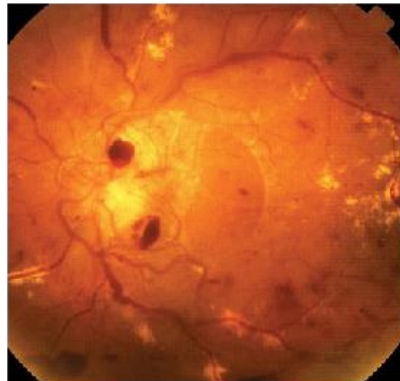
*Bệnh VMĐTĐ không tăng  
sinh vừa*



*Bệnh VMĐTĐ không tăng sinh  
nặng*



*Bệnh VMĐTĐ tăng  
sinh sớm*



*Bệnh VMĐTĐ tăng sinh nguy cơ cao*

**(3) Theo phân loại quốc tế bệnh VMĐTĐ**

### Thang phân loại bệnh học bệnh VM ĐTĐ Quốc tế

Mức độ bệnh được đề xuất	Dấu hiệu có thể quan sát với soi đáy mắt có giãn đồng tử
Không có bệnh VM ĐTĐ	Không có bất thường ở VM
Bệnh VM ĐTĐ không tăng sinh nhẹ	Chỉ có vi phình mạch
Bệnh VM ĐTĐ không tăng sinh vừa	Vi phình mạch và tổn thương khác nhưng nhẹ hơn BVMĐTĐKTS nặng.
Bệnh VM ĐTĐ không tăng sinh nặng	Bất kỳ các dấu hiệu dưới đây: - Xuất huyết trong võng mạc 20 điểm hoặc nhiều hơn trong mỗi góc phần tư VM - Tĩnh mạch chuỗi hạt $\geq 2$ góc phần tư. - IRMA $\geq 1$ góc phần tư và không có tân mạch.
Bệnh VM ĐTĐ tăng sinh	Một hoặc nhiều hơn các dấu hiệu sau: - Tân mạch - Xuất huyết dịch kính hoặc trước võng mạc

### 1.3. Các tổn thương của bệnh võng mạc đái tháo đường

Các tổn thương võng mạc của BVMĐTĐ không có sự khác biệt giữa typ I và typ II của bệnh ĐTĐ:



Hình ảnh tổn thương trong bệnh VMĐTĐ

- Vi phình mạch: Nằm ở lớp hạt trong của võng mạc, là những chấm tròn nhỏ thường nằm ở phía thái dương của hoàng điểm

- Xuất huyết võng mạc:

Có hai loại hình tổn thương của xuất huyết võng mạc là:

+ Đốm xuất huyết võng mạc: Vị trí thường xuất phát từ tận cùng của mao tĩnh mạch, chúng kết lại ở lớp giữa của võng mạc có hình chấm, dạng vết.

+ Đám xuất huyết màu đen: Đó là hiện tượng nhồi máu võng mạc, tổn thương ở các mạch lớn hơn gây hiện tượng xuất huyết thành những đám trong bề dày võng mạc.

- Phù võng mạc và phù hoàng điểm:

+ Phù võng mạc: Phù bắt đầu xuất hiện ở lớp rôi ngoài và lớp hạt trong sau đó có thể lan vào lớp rôi trong và lớp sợi thần kinh, đến cuối cùng là phù toàn bộ võng mạc. Lâu hơn nó tạo thành những hốc xung quanh hoàng điểm, gọi là phù hoàng điểm dạng nang.

+ Phù hoàng điểm: Tổn thương này bao gồm cả phù hoàng điểm và xuất tiết cứng. Phù hoàng điểm là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến giảm thị lực trong bệnh ĐTD. Chẩn đoán phù hoàng điểm khi có tối thiểu một trong các dấu hiệu sau:

Phù hoàng điểm ít nhất trong khoảng 500 $\mu$ m quanh hoàng điểm.

Xuất tiết cứng có thể thấy khoảng 1.500  $\mu$ m quanh hoàng điểm, có thể có cả phù ở bất kỳ một điểm nào quanh hoàng điểm 1.500 $\mu$ m.

- Xuất tiết võng mạc:

+ Xuất tiết cứng: Nằm giữa lớp rôi trong và lớp nhân trong của võng mạc. Bản chất của xuất tiết cứng là chất lắng đọng Lipoprotein, có nguồn gốc từ huyết tương do quá trình phù võng mạc, hoàng điểm lâu ngày.

+ Xuất tiết mềm: Nguyên nhân của tắc mao mạch trong lớp sợi thần kinh võng mạc gây tổn thương sợi trục thần kinh tạo nên những xuất tiết mềm, còn gọi là xuất tiết dạng bông

- Tổn thương mạch máu võng mạc:

+ Mạch máu bị thay đổi: Bao gồm thay đổi hình dáng của tĩnh mạch, tĩnh mạch giãn ra, có hình tràng hạt giống xúc xích, phân chia từng khúc. Động mạch có thể hẹp lại thậm chí còn bị tắc nghẽn lại giống như tắc nhánh động mạch, có thể có hiện tượng lòng bao.

+ Dị thường mạch máu (những vi mạch bất thường) thường quan sát thấy ở vùng gần kết thúc của các mao mạch.

+ Các tân mạch: Tổn thương được coi là tiêu chuẩn hàng đầu của bệnh võng mạc tăng sinh (BVMTS). Các tân mạch này có thể phát triển trên bề mặt của đĩa thị hoặc trên một vùng nào đó của võng mạc. Đánh giá số lượng của tân mạch võng mạc các nhà nhãn khoa dựa vào diện tích vùng có tân mạch so với đường kính đĩa thị, kết hợp đánh giá vị trí của tân mạch trên bề mặt võng mạc hay đã phát triển vào buồng

dịch kính để đánh giá BVMĐTĐ tăng sinh nhẹ hoặc nặng

+ Tác tĩnh mạch võng mạc trên bệnh nhân có BVMĐTĐ: Do sự rối loạn về mạch máu và dị thường các thành phần trong mạch máu.

### III. Cận lâm sàng

1. Chụp ảnh đáy mắt: ghi lại diễn tiến và xác định chi tiết độ nặng của bệnh

2. Chụp OCT: phương tiện hữu hiệu nhất xác định vị trí và độ nặng của phù VM, đặc biệt trong đánh giá phù hoàng điểm ĐTĐ (PHĐTĐ)

3. Chụp mạch huỳnh quang (Fluorescein angiography – FA): Có thể sử dụng để đánh giá vùng VM thiếu máu, xác định tân mạch VM, vi phình mạch hoặc tình trạng thiếu máu hoàng điểm trong PHĐTĐ.

### IV. Điều trị:

#### 1. Tổng quát

- Giáo dục bệnh nhân
- Kiểm soát đường huyết, kiểm soát lipid huyết, kiểm soát huyết áp
- Kiểm soát yếu tố nguy cơ khác (bệnh lí tim mạch, bệnh lí thận, thiếu máu...)

#### 2. Các phương pháp điều trị

TABLE 7 SIDE EFFECTS AND COMPLICATIONS OF TREATMENT FOR DIABETIC RETINOPATHY

Treatment	Side Effect/Complication
Focal laser photocoagulation for diabetic macular edema	<ul style="list-style-type: none"><li>• Possible transient initial decrease in central vision</li><li>• Paracentral scotomas if laser burns have been placed close to the fovea, especially large or confluent burns<sup>133</sup></li><li>• Permanent central scotoma from inadvertent foveal burns</li><li>• Expansion of laser scar area (over many years)</li></ul>
Panretinal photocoagulation (scatter) for severe NPDR or PDR	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transient central vision loss from macular edema<sup>102</sup></li><li>• Peripheral visual field constriction with delayed dark adaptation</li><li>• Vitreous hemorrhage if neovascularization is present</li><li>• Reduced or compromised accommodation<sup>134</sup></li><li>• Pupillary dilation (mydriasis)</li></ul>
Vitrectomy	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recurrent vitreous hemorrhage<sup>135, 136</sup></li><li>• Retinal tear or detachment<sup>137</sup></li><li>• Vision loss<sup>137, 138</sup></li><li>• Infectious endophthalmitis<sup>139</sup></li><li>• Cataract<sup>140</sup></li></ul>
Intravitreal injections	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cataract<sup>141, 142</sup></li><li>• Elevated intraocular pressure (i.e., corticosteroids)<sup>141, 142</sup></li><li>• Infectious endophthalmitis</li><li>• Noninfectious inflammatory reactions</li><li>• Possible systemic effect from intravitreal medication</li><li>• Increased retinal traction</li></ul>

NPDR = nonproliferative diabetic retinopathy; PDR = proliferative diabetic retinopathy

## PHẦN II: KHOA TAI MŨI HỌNG

### BÀI 1: CẤP CỨU DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

#### I. MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về dị vật đường thở
- Nhận biết được các triệu chứng của dị vật đường thở
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả dị vật đường thở
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết
- Trình bày được các nguyên tắc xử trí dị vật đường thở
- Thực hành cấp cứu thành công 01 trường hợp suy hô hấp do dị vật đường thở.

#### II. Đại cương:

Định nghĩa:

Dị vật đường thở là những vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy.

Là cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng nếu không được chẩn đoán sớm, xử trí đúng, nhanh chóng dễ dẫn tới các biến chứng nặng nề và có thể tử vong nhanh chóng.

#### III. SƠ LƯỢC VỀ GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ THANH - KHÍ - PHẾ QUẢN

##### 1. Thanh quản

##### 1.1. Giải phẫu

- Thanh quản có dạng hình ống nằm ở trước cổ ngang mức đốt sống C3 - C6. Giới hạn trên của thanh quản là bờ trên của sụn giáp, ở dưới là bờ dưới của sụn nhẫn. Ở phía trên thanh quản thông với họng dưới, ở dưới thông với khí quản.

- Về kích thước, thanh quản ở nam giới dài và to hơn ở nữ giới:

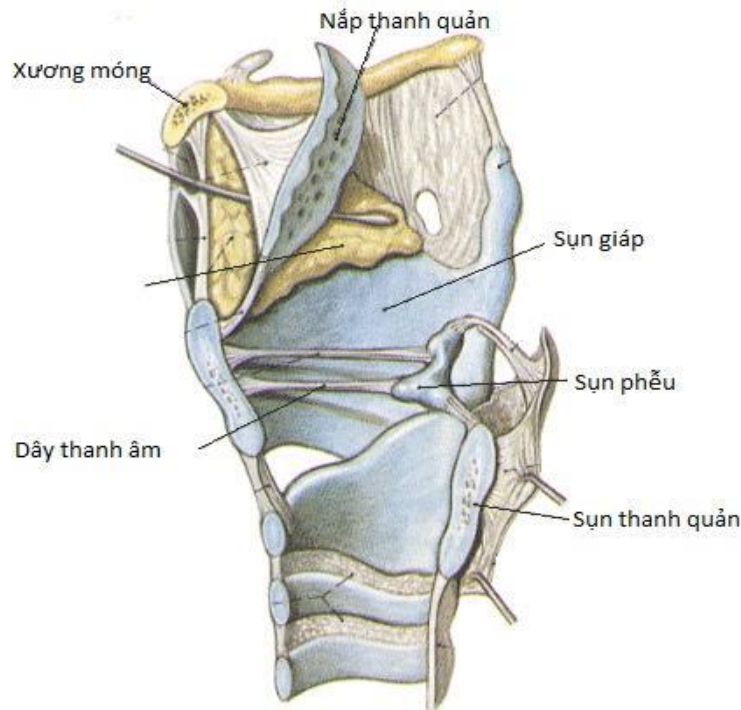
+ Nam: dài 44 mm, rộng 43 mm, đường kính trước - sau 36 mm.

+ Nữ: dài 36 mm, rộng 41 mm, đường kính trước - sau 26 mm.

Trước tuổi dậy thì, giữa trẻ trai và trẻ gái ít có sự khác biệt.

- Về cấu trúc, thanh quản có một khung sụn gồm các sụn đơn và sụn đôi. Đó là các sụn nắp thanh quản (thanh thiệt), sụn giáp, sụn phễu, sụn nhẫn, sụn sừng

Santori và sụn vùng Wriberg. Các sụn này khớp với nhau và được giữ chặt bởi các màng và dây chằng. Các cơ ở thanh quản bao gồm các cơ bên trong thanh quản và bên ngoài thanh quản. Trong lòng thanh quản được lót bởi niêm mạc.



**Hình 1.1. Thiết đồ cắt ngang qua thanh quản**

### **1.2. Sinh lý**

Thanh quản có 3 chức năng sinh lý quan trọng

- Chức năng hô hấp:

+ Đây là chức năng quan trọng nhất có ý nghĩa sống còn đối với cơ thể. Chức năng mở thanh môn do cơ nhẫn - phễu sau phụ trách. Ở tư thế thở, hai dây thanh mở rộng sang hai bên làm cho khe thanh môn có hình tam giác cân. Sự điều khiển mở rộng hai dây thanh có tính phản xạ, sự điều khiển này tùy thuộc vào sự trao đổi khí và cân bằng kiềm - toan.

+ Thanh quản được coi như một ống rỗng giúp lưu thông không khí từ mũi họng tới khí quản. Khi hít vào thanh môn mở tối đa giúp cho không khí đi qua dễ dàng. Khi các tình trạng bệnh lý làm cho thanh môn không mở rộng hoặc làm bí tắc thanh môn sẽ dẫn đến tình trạng khó thở.

- Chức năng phát âm:

+ Chức năng này có ý nghĩa quan trọng về mặt xã hội và được thực hiện khi hai dây thanh khép lại gần nhau.



+ Dưới tác động của luồng không khí từ phổi đi lên trong thì thở ra làm rung động hai dây thanh, khi đi qua chỗ hẹp là khe thanh môn sẽ làm rung lớp biểu mô nông của hai dây thanh và tạo ra âm thanh.

+ Cao độ (tần số) của âm thanh phụ thuộc vào độ dày, độ dài, và độ căng của dây thanh. Sự thay đổi của âm thanh là do sự cộng hưởng âm của hốc mũi, ổ miệng và sự trợ giúp của môi, lưỡi và các cơ màn hầu.

+ Khẩu độ thanh quản của trẻ em chỉ bằng 1/3 người lớn nên khi niêm mạc bị phù nề thì bị ảnh hưởng đến chức năng thở rõ. Chuyển hóa năng lượng ở trẻ em mạnh nên lượng oxy đòi hỏi phải gấp đôi người lớn và đây là lứa tuổi có DVĐT cao nhất (70%). Do đó dễ gây khó thở và tử vong.

- Chức năng bảo vệ đường hô hấp dưới

+ Khi nuốt, thanh quản được đẩy lại bởi phần phễu nắp thanh môn của cơ phễu chéo, do đó thức ăn không xâm nhập được vào đường thở. Khi cơ chế này bị rối loạn thì thức ăn rất dễ vào đường thở.

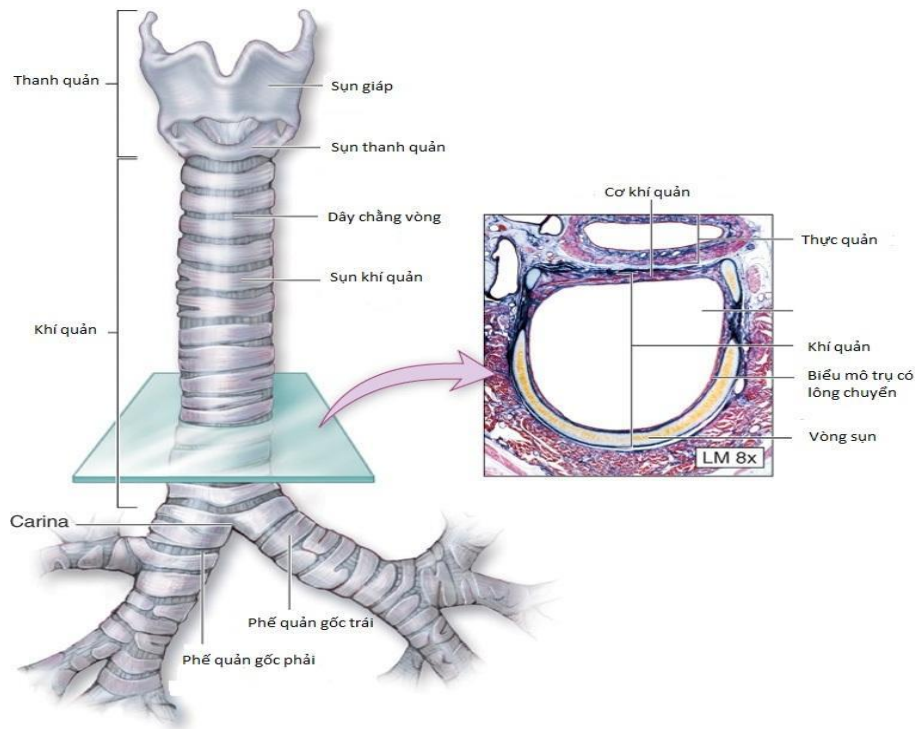
+ Phản xạ ho mỗi khi có các dị vật lọt vào thanh quản để đẩy dị vật ra ngoài đường hô hấp là một phản ứng bảo vệ. Đây là sự kích thích phản xạ sâu với sự mở rộng thanh quản, thanh môn đóng cùng với việc nâng cao áp lực bên trong lồng ngực và sau đó mở tức thì thanh môn với một luồng không khí đẩy mạnh và sự ho sẽ tống dị vật ra ngoài.

+ Thanh quản là vùng thụ cảm các phản xạ thần kinh thực vật. Do đó, sự kích thích cơ học có mặt trong thanh quản có thể gây rối loạn nhịp tim, tim đập chậm, ngừng tim. Vì thế trong nội soi cần gây tê tốt niêm mạc thanh quản nhất là khi cần nội soi lâu hoặc bị bí tắc thanh khí quản do dị vật.

## **2. Khí - phế quản**

### **2.1. Giải phẫu khí quản**

- Khí quản là một ống dẫn không khí nằm ở cổ và ngực, tiếp theo thanh quản, bắt đầu từ bờ dưới sụn nhẫn, ở ngang mức đốt sống s6 C6, đi xuống dưới và ra sau theo đường cong của cột sống tận cùng ở trong lồng ngực bằng cách chia đôi thành hai phế quản chính, ở ngang mức bờ dưới đốt sống ngực D4 hoặc bờ trên đốt sống ngực 5. Ở nền cổ, khí quản nằm sau đĩa ức 3 cm, ở trong ngực nên mở khí quản đoạn cao và trung bình thường thuận lợi hơn mở đoạn thấp.



**Hình 1.2. Hình ảnh khí quản và thiết đồ cắt ngang khí quản**

- Về cấu trúc, khí quản là một ống hình trụ, đặt ở phía sau, được tạo nên bởi nhiều vòng sụn hình chữ C hoặc hình móng ngựa (16 - 20 vòng) nối với nhau bằng các dây chằng vòng, được đóng kín ở phía sau bởi một lớp cơ trơn tạo thành màng.

- Về kích thước, chiều dài khí quản ở nam là giới là 12 cm, ở nữ là 11cm. Đoạn khí quản cổ khoảng 6 - 7 cm, đoạn khí quản ngực khoảng 5 - 6 cm.

- Khẩu kính khí quản thay đổi tùy theo tuổi, giới và tùy theo từng người. Sơ sinh: 5 mm, trẻ 5 tuổi: 8 mm, trẻ 10 tuổi: 10mm, nam trưởng thành: 16mm.

## **2.2. Giải phẫu phế quản**

- Khí quản khi tới ngang đốt sống ngực D4 thì phân đôi thành hai phế quản gốc phải và trái đi vào hai phổi.

- Hướng chia của các phế quản gốc:

+ Bên phải: gần như thẳng chiều với khí quản .

+ Bên trái: đi ngang sang trái, góc chia giữa hai phế quản khoảng 45 - 75<sup>0</sup>.

- Kích thước của các phế quản gốc:

+ Phế quản gốc phải: dài khoảng 10 - 14 mm, đường kính khoảng 12 - 16 mm, số vòng sụn là 6 - 8.

+ Phế quản gốc trái: dài khoảng 50 - 70 mm, đường kính khoảng 10 - 14 mm, số vòng sụn là 12 - 14.

- Do phé quản gốc phải có đặc điểm thẳng chiều với khí quản hơn và có đường kính lớn hơn phé quản gốc trái nên dị vật rơi vào phé quản gốc phải nhiều hơn phé quản gốc trái. Cũng do đặc điểm này mà trong nội soi phé quản, để đưa ống soi vào phé quản gốc trái cần phải chuyển ngang ống soi hướng sang trái.

- Mỗi phé quản gốc sau khi đi vào phổi sẽ chia nhỏ dần gọi là cây phé quản. Từ mỗi phé quản gốc chia ra:

+ Bên phải có ba phé quản phân thùy

\* Phé quản thùy trên phải: tách thẳng góc với phé quản gốc phải cách chỗ chia đôi khí quản khoảng 1,5 cm và cho ba phé quản phân thùy 1, 2, 3.

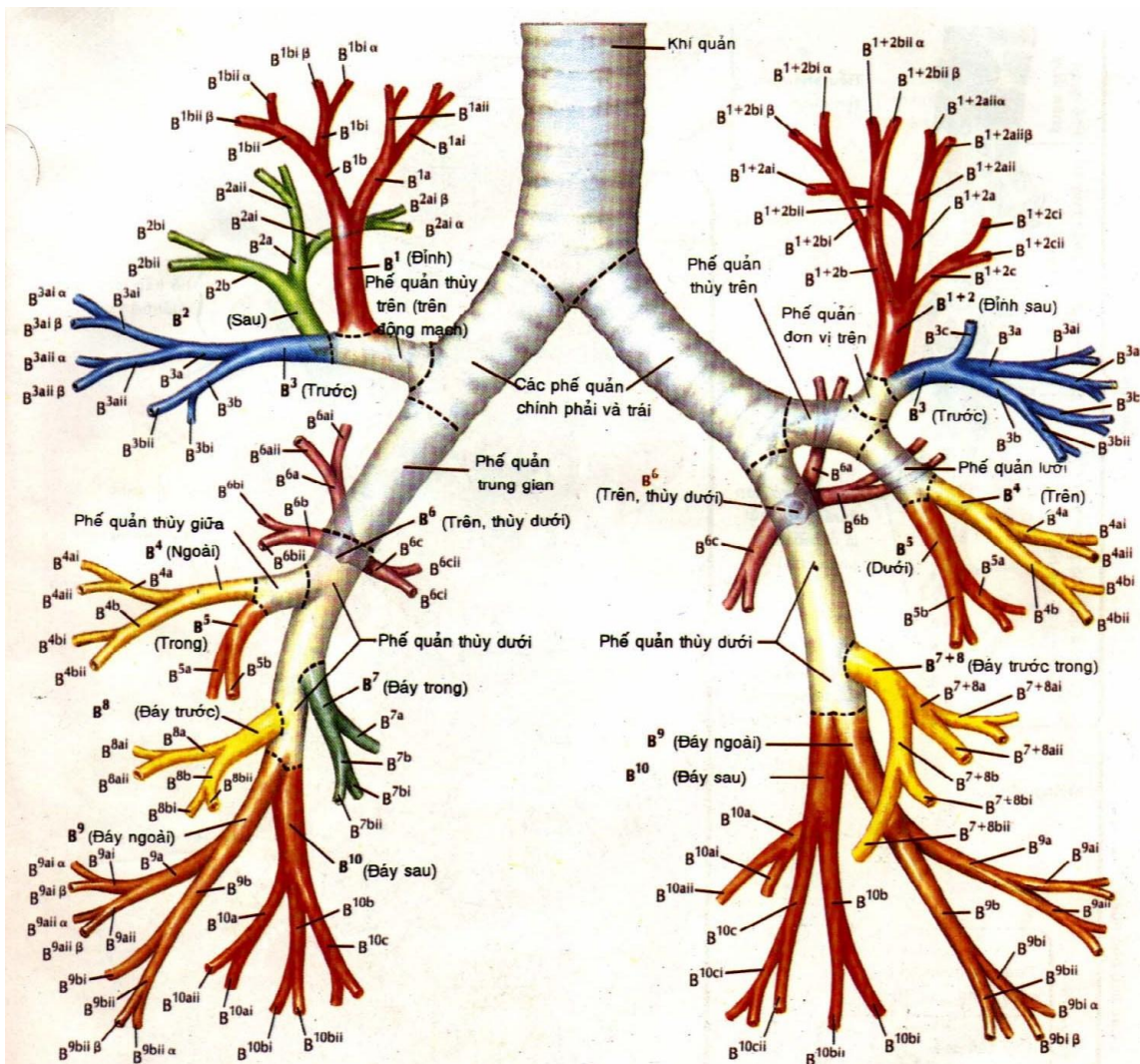
\* Phé quản thùy giữa phải: tách dưới thùy trên khoảng 1,5 cm và cho hai phé quản phân thùy 4 và 5.

\* Phé quản thùy dưới phải: ở dưới phé quản thùy giữa và chia ra năm phé quản phân thùy 6, 7, 8, 9, 10.

+ Bên trái có hai phé quản phân thùy

\* Phé quản thùy trên trái: cách chỗ phân chia khí quản 4 - 5 cm, cho phé quản phân thùy 1, 2, 3, 4, 5.

\* Phé quản thùy dưới trái: cho các phé quản phân thùy 6, 7, 8, 9, 10. Tuy nhiên trong thực tế soi có thể không có phân thùy 7.



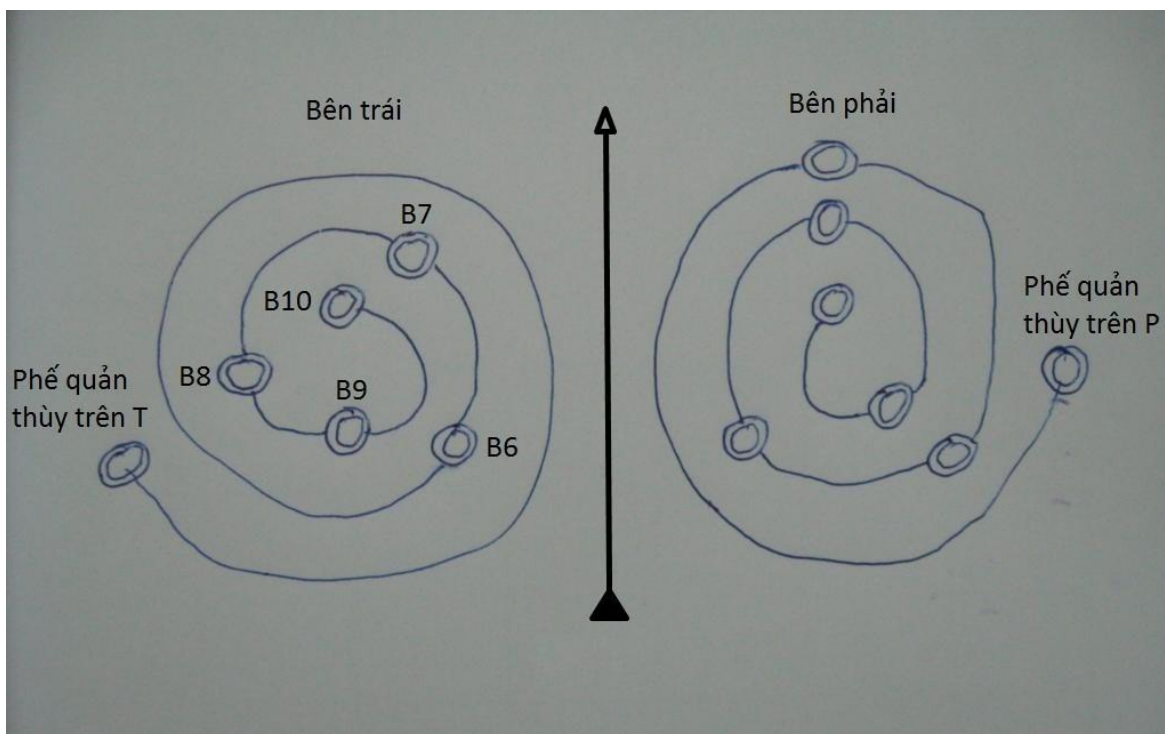
**Hình 1.3. Hình ảnh cây phế quản**

- Sơ đồ giúp tìm các lỗ phế quản phân thùy trong nội soi phế quản:

+ Trường hợp bệnh nhân nằm ngửa: khi đưa ống soi vào đến chỗ phân chia khí quản, ta hướng ống soi sang bên phải để đi vào phế quản gốc bên phải. Đi từ nông vào sâu, coi mặt cắt ngang phế quản gốc như một mặt đồng hồ ta sẽ thấy lỗ phế quản thùy trên phải ở vị trí 9 giờ, vào trong sẽ thấy ba lỗ phế quản phân thùy 1, 2, 3. Sau đó đưa tiếp ống soi vào sâu hơn sẽ tìm được lỗ phế quản thùy giữa phải ở vị trí 6 giờ, vào trong sẽ thấy hai lỗ phế quản phân thùy 4 và 5. Đưa tiếp đầu ống soi vào sâu lần lượt ta sẽ tìm được lỗ phế quản phân thùy của phế quản thùy dưới phải gồm:

- \* Lỗ phế quản phân thùy 6: ở vị trí 11 giờ
- \* Lỗ phế quản phân thùy 7: ở vị trí 1 - 2 giờ
- \* Lỗ phế quản phân thùy 8: ở vị trí 6 - 7 giờ
- \* Lỗ phế quản phân thùy 9: ở vị trí 10 - 11 giờ

\* Lỗ phế quản phân thù 10: ở vị trí 6 - 7 giờ



**Hình 1.4. Vị trí các lỗ phế quản thù khi soi tư thế nằm ngửa**

+ Muốn tìm lỗ phế quản thù trên bên trái ta cần đưa ống soi vào sâu, ta sẽ gặp lỗ phế quản thù trên trái nằm ở vị trí 3 giờ, vào trong sẽ thấy lỗ của ba phân thù 1, 2, 3, 4, 5. Đưa ống soi vào sâu hơn sẽ thấy 5 lỗ phế quản phân thù của phế quản thù dưới trái:

\* Phân thù 6: lỗ khá to ở vị trí 11 giờ.

\* Phân thù 7, 8, 9, 10: cũng tương tự các vị trí bên phải, tuy nhiên có thể không tìm ra lỗ phân thù 7.

### **2.3. Sinh lý khí - phế quản**

- Khí - phế quản có hai chức năng chính là hô hấp và bảo vệ phổi, các chức năng này được điều hòa bởi hệ thần kinh thực vật.

- Chức năng hô hấp:

+ Khí - phế quản là các ống dẫn khí từ bên ngoài cơ thể sau khi đi qua đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản) để vào hai phổi.

+ Toàn bộ đường dẫn khí này chịu sự ảnh hưởng của Epinephrine và Norepinephrine lưu hành trong máu và chúng được tiết ra mỗi khi hệ thần kinh giao cảm kích thích tuyến thượng thận. Cả 2 chất này, nhất là Epinephrine tác động lên thụ thể  $\beta_2$  gây ra hiện tượng giãn phế quản. Còn chất Acetylcholine khi bị kích thích bởi thần kinh phó giao cảm làm co thắt tiểu phế quản ở mức độ nhẹ gây tình trạng như hen phế quản.

- Chức năng bảo vệ quá trình hô hấp

+ Làm ẩm không khí hít vào trước khi đến phổi: làm cho không khí đến phổi đã được bão hòa hơi nước.

+ Điều hòa nhiệt độ của không khí hít vào: cho dù nhiệt độ môi trường bên ngoài cơ thể có thể rất nóng hoặc rất lạnh, nhưng khi vào đến phế nang đều có nhiệt độ gần với nhiệt độ cơ thể (37°C). Cơ chế bảo vệ này được thực hiện chủ yếu ở mũi, họng, miệng nên (do có hệ thống mạch máu phong phú nên khi mở khí quản, cơ chế bảo vệ trên không còn nữa).

+ Chất tiết của khí - phế quản có chứa immunoglobulin và các chất khác có tác dụng chống nhiễm khuẩn và giữ cho niêm mạc được bền vững.

- Góp phần vào chức năng phát âm của thanh quản do luồng khí đi lên từ phổi qua phế quản, khí quản đến thanh môn làm cho hai dây thanh rung động và phát ra âm thanh.

### **3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh**

#### **3.1. Nguyên nhân**

##### **3.1.1. Do bản thân người bệnh**

- Thói quen ngậm đồ khi chơi, khi làm việc.

- Khóc, cười đùa trong khi ăn.

- Rối loạn phản xạ họng - thanh quản ở người già và trẻ em, đặc biệt ở trẻ dưới 4 tuổi do cơ khép thanh quản trên ba bình diện khi nuốt chưa hoàn chỉnh.

- Liệt cơ họng - thanh quản, đeo canuyn lâu.

- Do uống nước sôi gây dị vật sống vào đường thở (hay gặp con tắc te).

##### **3.1.2. Do thầy thuốc**

- Nhỏ răng gây rơi răng, mũi khoan răng rơi vào đường thở.

- Cho uống thuốc không đúng qui cách làm thuốc rơi vào đường thở.

#### **1.3.2. Cơ chế bệnh sinh**

- Đáy lưỡi thành sau họng và các cột trụ Amidan khẩu cái đều tham gia vào cử động nuốt. Phản xạ nuốt được dẫn truyền trong thần kinh lưỡi - họng làm ngừng hô hấp và co kéo các nếp phễu - nắp thanh quản, các dây thanh và làm nghiêng nắp thanh quản bởi cơ giáp - nắp thanh quản. Đồng thời có sự co các cơ trên xương móng làm nâng thanh quản lên trên và ra trước khoảng 2 - 7 cm. Lúc này nắp thanh quản đã che kín lối vào thanh quản và thức ăn đi tiếp xuống thực quản.

- Khi phản xạ này bị rối loạn hoặc mất đi tạm thời làm cho dị vật lạc đường và rơi vào đường thở trở thành DVĐT.

#### 4. Phân loại dị vật

- Bản chất của dị vật phụ thuộc vào thói quen sinh hoạt của từng dân tộc, địa phương, tức là theo địa dư và tập quán xã hội. Gồm hai nhóm dị vật với tỷ lệ khác nhau.

- Dị vật vô cơ: là chất khoáng trơ, kim loại đồ chơi nhựa, kim băng... Loại dị vật này ít gây viêm nhiễm trừ dị vật sắc gây tổn thương niêm mạc, đặc biệt gây đau.

- Dị vật hữu cơ: thịt, cua, cá lẫn xương, vỏ trứng... Loại dị vật này hay gây nhiễm trùng sớm và nặng do làm tổn thương, xây xát niêm mạc đường thở. Ngoài ra còn có dị vật sống (con tắc te) chui vào sống trong đường thở, thường ở khí quản. Hoặc dị vật thực vật nhiều nhất là hạt lạc, rồi đến hạt dưa, hạt na, hạt hồng xiêm. Các loại hạt có dầu hay gây viêm nhiễm hơn các loại hạt khác.

Những dị vật có nguồn gốc động vật và thực vật dễ gây viêm nhiễm, biến chứng nặng hơn dị vật vô cơ.

#### 5. Giải phẫu bệnh

Tùy theo kích thước và bản chất dị vật mà dị vật có thể ở các vị trí khác nhau và gây các tổn thương khác nhau.

Những dị vật tròn, nhẵn, trơ, hoặc các vật bằng kim khí nhẵn ít gây ra viêm nhiễm và niêm mạc đường hô hấp có thể chịu được thời gian dài mà không gây ra các phản ứng rõ rệt.

Ngược lại những vật sắc nhọn, hoặc những vật thảo mộc có dầu (hạt lạc), những vật có vị chua có axit (cùi táo, ô mai...), các vật có đường (bã mía, kẹo...) thường gây ra các tổn thương niêm mạc sớm và nặng tùy theo vị trí dị vật mắc lại.

\* Ở thanh quản: niêm mạc bị phù nề hoặc loét, xung huyết nặng.

\* Ở khí quản: Bệnh tích không rõ rệt, niêm mạc đỏ và tăng xuất tiết vì dị vật luôn di động theo luồng không khí.

\* Ở phế quản: dị vật thường hay dừng lại ở phế quản gốc, đôi khi dị vật xuống thấp hơn tới phế quản trung gian hoặc xuống thùy dưới và gây ra những bệnh tích quan trọng.

Nếu là dị vật bản, nhiễm trùng, niêm mạc xung quanh sẽ bị phù nề và ôm chặt lấy dị vật làm tắc phế quản. Dịch tiết bị ứ đọng, phế nang bị xẹp, ổ viêm kín hình thành và lan dần xuống các phế quản nhỏ, xâm nhập vào mô, gây ra áp xe phổi. Áp xe phổi có thể vỡ vào màng phổi (viêm màng phổi mủ) hay vào phế quản gây ộc mủ ra miệng.

Nếu là dị vật ít nhiễm trùng (thường là các dị vật vô cơ) không làm tắc ống phế quản nó có thể ở lâu trong phế quản và chỉ gây ra những thương tổn mạn tính như viêm phế quản mạn tính.

## 6. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

### 6.1. Triệu chứng lâm sàng:

#### 6.1.1. Hội chứng xâm nhập:

Hội chứng này có thể khai thác được ở 93% số bệnh nhân, còn 7% không khai thác được hội chứng xâm nhập là những trường hợp dị vật sống con tắc te, bệnh nhân bị hôn mê, không có người chứng kiến mà trẻ còn nhỏ cha tự kể được hoặc do người chứng kiến cố tình dấu diếm.

Cơ chế của hội chứng xâm nhập: Là nhờ chức năng bảo vệ đường hô hấp dưới của thanh quản, bao gồm hai phản xạ xảy ra đồng thời, đó là phản xạ co thắt chặt thanh quản ngăn không cho dị vật xuống dưới và phản xạ ho liên tiếp để tống dị vật ra ngoài. Trên lâm sàng biểu hiện bằng cơn ho sặc sụa, tím tái, vã mồ hôi, trợn mắt mũi đôi khi đại tiểu tiện không tự chủ, cơn kéo dài khoảng 3 - 5 phút, sau đó có 3 khả năng có thể xảy ra:

- Dị vật được tống ra ngoài nhờ phản xạ bảo vệ của thanh quản
- Dị vật quá to chèn ép kín tiền đình thanh quản làm cho bệnh nhân ngạt thở, tử vong không đến được bệnh viện.
- Dị vật mắc lại trên đường thở, ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản. Tùy theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng có các biểu hiện khác nhau.

#### 6.1.2. Triệu chứng toàn thân

Khó thở: Trong giai đoạn đầu khi chưa có nhiễm khuẩn, các triệu chứng nổi trội là tình trạng khó thở. Nếu dị vật mắc lại ở thanh quản, bệnh nhân có khó thở thanh quản các mức độ khác nhau tùy theo kích thước của dị vật và thời gian dị vật mắc lại trên đường thở lâu hay chóng. Nếu kích thước dị vật to có thể gây ra khó thở thanh quản độ 2, 3, hoặc có thể bị ngạt thở, nếu dị vật nhỏ hơn có thể không gây ra khó thở hoặc khó thở thanh quản ở mức độ nhẹ.

Cũng có thể gặp khó thở hỗn hợp cả hai thì do dị vật nằm ở khí quản đoạn thấp hoặc ở phế quản, bệnh nhân thường có các cơn ho và khó thở xảy ra khi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.

Sốt: Thường gặp sau một vài ngày sau khi có nhiễm khuẩn do các dị vật ô nhiễm như các loại xương, thịt, hạt lạc, bã mía... đặc biệt là các loại quả hạt có axit như cùi táo, mơ, mận.. có thể gặp sốt vừa 38 - 39°C, hoặc sốt cao 40 - 41°C thường gặp ở trẻ nhỏ.

#### 6.1.3. Triệu chứng cơ năng và thực thực thể:

Tùy theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng thấy có các dấu hiệu khác nhau

Dị vật ở thanh quản



Các vật mắc lại ở thanh quản thường là các vật dẹt, sắc nhọn, sù sì...như là vỏ trứng, đầu tôm, xương cá...

Cơ năng: thường gặp khàn tiếng, mất tiếng, mức độ nặng hoặc nhẹ tùy theo kích thước dị vật và thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản.

Khó thở thanh quản: ở các mức độ khác nhau tùy theo kích thước dị vật và tùy theo thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản. Nếu dị vật to có thể gây bí tắc gần hoàn toàn thanh quản làm cho bệnh nhân khó thở thanh quản nặng có khi nsạt thở cấp. Cũng có thể không có khó thở hoặc khó thở ở mức độ nhẹ. Khó thở thanh quản có đặc điểm là khó thở chậm, khó thở vào và có tiếng rít thanh quản, ngoài ra còn thấy co lõm hõm ức, co các cơ hô hấp và liên sườn.

Ho: Thường gặp ho khan không có đờm, ho từng cơn dài do kích thích thanh quản càng làm cho thanh quản phù nề làm cho bệnh nhân khó thở ngày càng tăng.

Thực thể: Chủ yếu là nghe phổi: nghe phổi có thể thấy hoàn toàn bình thường nhưng cũng có thể nghe thấy tiếng ran rít ở cả hai bên phổi, lan từ trên xuống, cũng có khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai bên phổi.

#### \* Dị vật ở khí quản

Thường gặp các vật tròn nhẵn, trơn tru... kích thước khá to so với khẩu kính của khí phế quản bệnh nhân.

Cơ năng: hay xảy ra các cơn ho rũ rượi, sặc sụa tím tái do dị vật di động trong lòng khí quản, đôi khi di động lên thanh quản gây ra các cơn ho. Đây là trường hợp nguy hiểm nhất vì riều dị vật di động bắn lên thanh quản và kẹt ở thanh môn làm cho bệnh nhân ngạt thở, nếu không được xử trí đúng, kịp thời thì bệnh nhân sẽ tử vong nhanh chóng trong vòng 5 tới 7 phút. Đôi khi bệnh nhân có biểu hiện khó thở cả hai thì nếu dị vật nằm ở đoạn thấp của khí quản.

Thực thể: Nghe phổi có thể thấy ran rít, ran ngáy cả hai bên phổi, dị vật to có thể thấy rì rào phế nang giảm cả hai bên phổi, nếu nghe thấy tiếng lật phật cò bay là đặc hiệu dị vật ở khí quản.

#### \* Dị vật ở phế quản

Cơ năng: Khó thở hỗn hợp cả hai thì, thường chỉ gặp khi là dị vật to bí lấp phế quản gốc 1 bên, hay gặp ở phế quản phải nhiều hơn phế quản trái. Những ngày sau thông có hiện tượng viêm nhiễm gây ra các biến chứng ở phế quản, phổi nên hay có sốt, có thể gặp sốt vừa hoặc sốt cao, tùy theo mức độ viêm nhiễm ở phổi. Tỷ lệ khó thở gặp nhiều hơn khi có viêm nhiễm ở phế quản- phổi, khó thở cả hai thì ở các mức độ khác nhau tùy theo kích thước dị vật và mức độ viêm nhiễm ở phổi.

#### Triệu chứng thực thể:

Nghe phổi có thể thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên, có thể kèm theo rales rít, rales ngáy, cũng có thể có rales ẩm, rales nổ ...

Gõ ngực: tiếng đục khi có áp xe hoặc xẹp phổi 1 bên, gõ trong, vang khi có tràn khí màng phổi.

## 6.2. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm máu ít có giá trị trong chẩn đoán dị vật, chỉ có thể cho biết tình trạng viêm nhiễm khi có tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

Chụp X-quang cổ nghiêng hoặc phổi thẳng có thể cho phép chẩn đoán dị vật đường thở. Tuy nhiên, chỉ thấy hình ảnh dị vật trên phim X-quang nếu dị vật là kim loại, còn các loại khác ít khi có biểu hiện trên phim, chủ yếu là hình ảnh các biến chứng do dị vật gây ra như viêm phế quản, phế quản phế viêm, áp xe một bên hoặc một phân thùy phổi, xẹp một bên hoặc một phân thùy phổi, khí phế thũng, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi. Nhưng các hình ảnh này chỉ có ở khoảng 46% số bệnh nhân có dị vật, còn có tới 54% số bệnh nhân có dị vật trong đường thở nhưng phim X-quang hoàn toàn bình thường, vì vậy không nên chỉ dựa vào hình ảnh X-quang để chẩn đoán dị vật đường thở mà phải kết hợp với các dấu hiệu khác để chẩn đoán dị vật đường thở.

## 7. Chẩn đoán:

### 7.1. Chẩn đoán xác định

Trước tiên, hội chứng xâm nhập là dấu hiệu gợi ý.

Hỏi bệnh và khám thực thể: Đánh giá tình trạng và kiểu khó thở cũng có thể hướng tới chẩn đoán và định khu được dị vật: nếu có khàn tiếng và khó thở thanh quản thì dị vật ở thanh quản. Nếu khó thở cả hai thì và ho từng cơn dữ dội, thường dị vật nằm ở khí quản...

Nghe phổi cho biết được mức độ viêm nhiễm ở phổi và vị trí của dị vật:

Dị vật ở thanh quản sẽ thấy tiếng rít, ngáy lan từ trên xuống ở cả hai bên phổi, đôi khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai phổi do tình trạng kém thông khí.

Dị vật ở khí quản: Nghe thấy tiếng rít ở cả hai phổi, nghe có tiếng lật phật cờ bay là điển hình dị vật ở khí quản.

Dị vật ở phế quản: Nghe thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên. cũng có thể nghe thấy rales ẩm, rales nổ nếu đã có tình trạng viêm nhiễm.

Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi thanh, khí, phế quản, nếu thấy dị vật ở đường thở là chẩn đoán xác định.

### 7.2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm phổi: khi viêm phổi bệnh nhân thường ho từng cơn, nghe phổi có rales ẩm, trên phim phổi có hình ảnh viêm nhiễm. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi thanh khí phế quản.

Áp xe phổi: Những viêm nhiễm khu trú ở một bên phổi thường hay gợi ý nghĩ đến dị vật đường thở. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi.

Xẹp phổi: Các nguyên nhân gây xẹp phổi như khối u, viêm nhiễm. Cần phải chẩn đoán phân biệt bằng nội soi.

## 8. Xử trí:

### 8.1. Trường hợp tối cấp:

Trong cộng đồng: Đối với trường hợp tối cấp, bệnh nhân bị ngạt thở: Cho bệnh nhân nằm dốc đầu, vỗ mạnh vào ngực bệnh nhân, kích thích cho bệnh nhân khóc, nếu dị vật tròn nhẵn sẽ rơi xuống họng hoặc vom mũi họng, đưa ngón tay trở vào họng để kéo dị vật ra.

Có thể làm nghiệm pháp Heimlich: Khi bệnh nhân bị ngạt thở dùng hai bàn tay ép mạnh vào hai bên hạ sườn bệnh nhân 3 - 5 cái, nhằm tạo ra áp lực dương tính trong lồng ngực, hy vọng với áp lực này có thể đẩy được dị vật ra khỏi đường thở. Nhưng lưu ý chỉ làm nghiệm pháp này khi bệnh nhân đang bị ngạt thở, nếu không cấp cứu sẽ tử vong trong thời gian ngắn, thực hiện ngoài cơ sở y tế.

Ở tuyến y tế không chuyên khoa: Nếu ngạt thở trong cơ sở y tế thì mở khí quản cấp cứu là tốt nhất, cũng có thể đặt nội khí quản hoặc chọc kim 13 qua màng giáp nhân, hoặc cũng có thể soi thanh quản bằng ống Mac Intosh gấp dị vật hoặc đẩy dị vật xuống dưới để khai thông đường thở càng sớm càng tốt.

8.2. Điều trị cấp cứu: Khi bệnh nhân có khó thở: Khó thở thanh quản độ II trở lên phải mở khí quản cấp cứu

Dị vật ở khí quản: Mở khí quản cấp cứu trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Dị vật ở phế quản gây suy hô hấp cấp: Cho thở oxy qua masque, có thể bóp bóng hỗ trợ nếu có rối loạn nhịp thở.

8.3. Soi gấp dị vật: Trong mọi trường hợp dị vật đường thở cần phải soi gấp sớm, ít gây nguy hiểm và tai biến khi chưa có các biến chứng như áp xe phổi, xẹp phổi và viêm phổi...

### 9. Soi thanh khí phế quản gấp dị vật:

Dị vật thanh quản: Trong điều kiện hiện nay ở Việt Nam, nếu không có gây mê thông khí dưới áp lực (jet ventilation) nên soi gấp dị vật gây tê, không nên gây mê. Trường hợp dị vật ở lâu trong thanh quản gây ra tổ chức sùi thì phải cắt hết tổ chức sùi để phục hồi khả năng phát âm và đề phòng khó thở khi tổ chức sùi phát triển làm hẹp thanh môn.

Đối với dị vật ở khí quản: Có thể soi thanh khí quản gây mê giãn cơ gấp dị vật, nhưng lưu ý dị vật ở khí quản là những vật tròn, nhẵn, trơn nên rất dễ bị tuột

hoặc kẹt khi kéo qua thanh môn gây ngạt thở cấp, nên cần chuẩn bị sẵn dụng cụ mở khí quản để kịp thời mở khí quản nếu tai biến xảy ra.

Cũng có thể gây tê soi thanh quản để gấp dị vật khí quản, lợi dụng tính chất di động của dị vật khí quản, luôn tìm gấp dị vật xuống khí quản, kích thích để bệnh nhân ho, dị vật bắn lên chạm vào kìm, kẹp vào dị vật kéo ra ngoài. Phương pháp này thực hiện đơn giản, ít gây nguy hiểm và tốn kém cho bệnh nhân, nhưng yêu cầu người thực hiện phải thành thạo, nắm vững giải phẫu và sinh lý của thanh khí quản để thao tác.

Dị vật ở phế quản: Nên soi thanh khí phế quản dưới gây mê dẫn cơ, vì dị vật ở phế quản thường gây viêm nhiễm có mủ ở phế quản, nếu soi gây tê khi soi sắp dị vật bệnh nhân vẫn còn phản xạ ho, khi vừa lấy dị vật ra, bệnh nhân ho sẽ đẩy mủ và các chất xuất tiết từ bên phế quản có dị vật sang bên lành để gây ra suy hô hấp cấp. Nếu soi gây mê, sau khi lấy dị vật bệnh nhân không có phản xạ ho, mủ từ bên bệnh không bị đẩy sang bên lành, có thể tiến hành soi tiếp để hút mủ ở phế quản, tránh được tai biến gây suy thở cấp.

Trong nhiều trường hợp, sau khi soi gấp dị vật cần tiến hành soi hút mủ hoặc soi rửa phế quản, bơm thuốc kháng sinh, giảm viêm vào phế quản.

## 10. Phòng bệnh:

### 10.1 Cần tuyên truyền trong cộng đồng

Không nên cười đùa trong khi ăn, không cưỡng bức trẻ em ăn khi đang khóc.

Không ngậm đồ vật khi chơi, khi làm việc.

Để các vật, các quả hạt nhỏ có thể đưa vào miệng xa tầm tay của trẻ nhỏ.

Không nên uống nước suối để phòng dị vật sống đường thở.

### 10.2. Đối với y tế tuyến cơ sở:

Nên chú ý khai thác hội chứng xâm nhập khi bệnh nhân có bệnh lý về hô hấp để phát hiện dị vật đường thở.

Xử trí cấp cứu được các trường hợp có ngạt thở cấp.

Nên hội chẩn với chuyên khoa Tai Mũi Họng các trường hợp viêm phổi kéo dài, tái phát nhiều lần, viêm phổi một bên... để phát hiện sớm dị vật đường thở.

Nắm vững các biện pháp xử trí ban đầu đối với dị vật đường thở và biết cách chuyển an toàn bệnh nhân dị vật đường thở.

### 10.3. Đối với chuyên khoa Tai Mũi Họng:

Chẩn đoán đúng, tiên lượng được các bệnh nhân dị vật đường thở.

Xử trí cấp cứu đúng, kịp thời tránh gây tử vong.

Soi gấp thành công dị vật đường thở không gây tai biến, biến chứng.

Theo dõi sát, tử tử bệnh nhân sau soi gặp dị vật tránh tai biến và biến chứng sau soi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1) Lê Xuân Cành, Nguyễn Cảnh Hùng, Lương Thị Minh Hương (1999), Dị vật hạt hồng xiêm đường thở (Báo cáo 42 ca gặp tại viện tai mũi họng. Nội san tai mũi họng, số 2, Tr. 31 - 36)

2) Nguyễn Văn Đức, Nhan Trùng Sơn, Phan Công Ánh, Đặng Hoàng Sơn (1995), 666 ca dị vật thanh khí phế quản trẻ em tại khoa TMH Bệnh viện Nhi đồng 1 Thành phố Hồ Chí Minh trong 9 năm 1985- 1994, Tóm tắt hội nghị TMH Việt - Pháp.

3) Francois M., Thach Toan, Maisani D., Prevost c., Roulleau p.(1985), Endoscopie pour réchecher des corps étrangers des voies aériens inférieures chez un enfant. A propos des 668 cas. Ann. Otolaryngol. Chir.Cervicoíac, (102), pp. 433 - 41

4) Piquet J., Desaulty A., Decroix G. (1980), Epidemiolgy et prevention des corps étrangers bronchiques. J.Fr. ORL (29), pp. 565 - 7

5) Ployet M.J, Robier A., Goga D., Mercier c. (1987)Corps étrangers Laryngo - trachéo - bronchiques - EMC Paris-France) ORL 20730 A107, pp.10

Svenson G. (1985), Foreign bodies in the tracheo - bronchial tree. Special réferences to experiance in 97 children, InJ. Pediatr. Otorhinolaryngology, (8), PP.243 - 51

## **BÀI 2: VIÊM TAI GIỮA**

### **\* MỤC TIÊU**

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm tai giữa.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm tai giữa.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm tai giữa.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý Viêm tai giữa.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm tai giữa.

### **PHẦN 1: VIÊM TAI GIỮA CẤP**

#### **I. ĐỊNH NGHĨA**

- Viêm tai giữa là hiện tượng nhiễm trùng niêm mạc ở tai giữa
- Viêm tai giữa cấp : khởi phát <3 tuần có tiết dịch tai giữa với các dấu hiệu và triệu chứng viêm cấp (đau tai, bứt rứt, sốt cao từ 39 độ trở lên)
- Viêm tai giữa tiết dịch là tình trạng có tiết dịch tai giữa nhưng không có các dấu hiệu và triệu chứng viêm cấp

#### **II. DỊCH TỄ HỌC**

- Thường xảy ra ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi (nhiều nhất là trẻ từ 6- 12 tháng)
- 50% trẻ < 1 tuổi bị ít nhất 1 lần viêm tai giữa.
- 1/3 trẻ 3 tuổi có > 3 lần bị viêm tai giữa
- 90% trẻ 6 tuổi có ít nhất 1 lần viêm tai giữa
- Bệnh thường xảy ra vào mùa đông

#### **III. TÁC NHÂN GÂY BỆNH**

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae (non-typeable)
- Moraxella catarrhalis
- Group A Streptococcus
- Staphylococcus aureus
- Pseudomonas aeruginosa

- Virus hợp bào hô hấp

#### **IV. PHÂN LOẠI VIÊM TAI GIỮA**

- Viêm tai giữa cấp (Acute Otitis Media): có sốt, đau tai, nghe kém
- Viêm tai giữa tiết dịch (Otitis Media with Effusion): có dịch trong tai giữa khi soi tai bằng đèn soi tai có bơm hơi
- Viêm tai giữa tái diễn (Recurrent Otitis Media): viêm tai giữa tái đi tái lại
- Viêm tai giữa mạn (Chronic Otitis Media): viêm nhiễm kéo dài có thể gây thủng màng nhĩ.

#### **V. YẾU TỐ NGUY CƠ**

- Tuổi (trẻ)
- Dị ứng
- Bất thường xương sọ (chẻ vòm khẩu cái)
- Tiếp xúc với khói thuốc lá hoặc các yếu tố kích thích đường hô hấp (thời tiết, mùa đông)
- Tiền sử gia đình mắc viêm tai giữa cấp tái phát
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Suy giảm miễn dịch
- Trẻ không được bú sữa mẹ
- Sử dụng núm vú giả
- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên
- Nhà trẻ

#### **VI. SINH BỆNH HỌC**

- Rối loạn chức năng vòi nhĩ
- Nhiễm trùng đường hô hấp
- Các yếu tố nguy cơ khác như : viêm mũi dị ứng, viêm xoang polyp mũi, VA phì đại

#### **VII. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

- Toàn thân: Dấu hiệu và triệu chứng viêm cấp như bú rứt, sốt cao, đau tai...
- Trẻ sơ sinh : thay đổi hành vi, kích thích, khó chịu ở tai, bỏ bú, nôn ói, tiêu chảy ..
- Trẻ lớn: thay đổi nhân cách, sốt cao, đau tai, nghe kém
- Soi tai bằng đèn soi tai có bơm hơi
- Màng nhĩ phồng, xung huyết đỏ.

- Mực nước hơi hòm nhĩ.
- Màng nhĩ di động kém hoặc không di động hoặc thủng màng nhĩ
- Mờ đục, mất tam giác sáng
- Co lõm màng nhĩ

## **VIII. CẬN LÂM SÀNG**

- Nội soi tai
- Đo thính lực: nghe kém
- Đo nhĩ lượng: kiểm tra có dịch trong tai giữa không
- Xquang Schuller 2 tai
- CT tai, CT não, MRI khi nghi ngờ có biến chứng

## **IX. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Viêm tai giữa cấp**

- Phồng màng nhĩ
- Mờ màng nhĩ
- Tiết dịch tai giữa

### **2. Viêm tai giữa tiết dịch**

- Co lõm màng nhĩ
- Màng nhĩ sáng
- Tiết dịch tai giữa

## **X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Viêm ống tai ngoài
- Viêm màng nhĩ bóng nước
- Nút ráy tai
- Áp xe răng
- Dị vật tai
- Đau tai phản xạ ( tuyến mang tai, răng, hạch )
- Viêm amidan

## **XII. ĐIỀU TRỊ**

### **\* VIÊM TAI GIỮA CẤP**

#### **1. Quan sát - chờ đợi**



- Chống chỉ định tuyệt đối
- <6 tháng
- Suy giảm miễn dịch
- Bệnh nặng (sốt  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ , đau tai nặng)
- Chống chỉ định tương đối
- Chảy tai
- Viêm tai giữa cấp 2 bên, < 2 tuổi
- Bất thường sọ mặt

## 2. Nội khoa

- Giảm đau: Uống hoặc nhỏ tai
- Kháng sinh:

Điều trị đầu tiên	Thay đổi điều trị (dị ứng penicillin)	Điều trị ban đầu	Điều trị thay thế
Amoxicillin 80-90 mg/kg/ngày, 2 lần/ngày	Cefdinir 14 mg/kg/ngày, chia làm 2 lần/ngày	Amoxicillin 90 mg/kg/ngày, 6.4 mg/kg/ngày clavulanate chia 2 lần/ngày	Ceftriaxone, clindamycin 30-40 mg/kg/ngày, 3 lần ngày
	Ceftriaxone 30 mg/kg/ngày, 2 lần ngày		Thất bại kháng sinh lần 2
Amoxicillin-clavulanate (amoxicillin 90 mg/kg/ngày và 6.4 mg/kg/ngày clavulanate chia 2 lần/ngày)	Cefpodoxime 10 mg/kg/ngày, 2 lần ngày	Ceftriaxone (50 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch hàng ngày, 3 ngày)	Clincomycin 30 mg/kg/ngày, 3 lần ngày + cephalosporin thế hệ III
	Ceftriaxone (50 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch hàng ngày, 1-3 ngày)		Rạch nhĩ
			Tham vấn chuyên gia

- Chống sung huyết/kháng histamine

- Steroid

### **3. Trích rạch màng nhĩ :**

- Hút dịch trong tai giữa làm giảm áp suất trong tai giữa .
- Chỉ sử dụng khi điều trị nội khoa thất bại.
- Chỉ định trích rạch màng nhĩ
- Trẻ có dấu hiệu nhiễm độc
- Điều trị kháng sinh thất bại
- Biến chứng mưng mủ
- Trẻ suy giảm miễn dịch

### **\* VIÊM TAI GIỮA CẤP TÁI DIỄN**

Kháng sinh phòng ngừa

Phẫu thuật

- Trích, rạch màng nhĩ
- Mở màng nhĩ – đặt ống thông nhĩ
- Nạo VA (amidan ±)

### **\* VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH**

#### **1. Quan sát – chờ đợi**

- Chống chỉ định
- Hội chứng down
- Bất thường sọ mặt
- Hở hàm ếch

#### **2. Nội khoa**

- Chống sung huyết/kháng histamine
- Kháng sinh
- Steroid

#### **3. Phẫu thuật**

- Rạch nhĩ
- Đặt ống thông nhĩ
- Nạo VA

### **XIII. BIẾN CHỨNG**

- Nghe kém : dẫn truyền, tiếp nhận, hỗn hợp
- Viêm xương chũm cấp
- Thủng màng nhĩ
- Viêm tai giữa mưng mủ mạn
- Xơ nhĩ
- Cholesteatoma
- Cholesterol granuloma:
- ‘‘Blue drum syndrome’’
- Liệt mặt
- Viêm xương đá
- Biến chứng nội sọ như viêm màng não, áp xe ngoài màng cứng, tụ mủ dưới màng cứng, áp xe trong não, sưng nước não thất do tai, viêm tắc xoang tĩnh mạch bên

## **XV. PHÒNG NGỪA**

Giữ vệ sinh môi trường sống

- Phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp
- Điều trị triệt để các bệnh lý tai mũi họng khác như viêm VA, viêm mũi, viêm xoang, viêm răng miệng..
- Luyện tập thể dục thể thao, dùng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của cơ thể.
- Tránh thuốc lá thụ động
- Cho bé:
  - + Bú mẹ 6 tháng
  - + Tránh bú bình tư thế nằm
  - + Tránh dùng núm vú giả
  - + Vaccin
    - + Streptococcus pneumoniae
    - + Haemophilus influenzae
    - + Moraxella catarrhalis
    - + Influenza Vaccine
    - + Respiratory Syncytial Virus Vaccine

## **PHẦN 2: VIÊM TAI GIỮA MỦ MẠN**

## **I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm tai giữa mũ mạn là một tình trạng chảy mũ tai mạn tính, kéo dài > 2-6 tuần qua lỗ thủng ở màng nhĩ.

Có thể kèm hoặc không cholesteatoma.

## **II. DỊCH TỄ**

Lỗ thủng màng nhĩ càng lớn càng dễ bị viêm tai giữa mũ mạn.

Ở Mỹ, tần suất 39 trường hợp/100.000 trẻ em <15 tuổi mỗi năm.

Ở Anh 0,9% trẻ em , 0,5% người lớn.

## **III. YẾU TỐ NGUY CƠ**

Một số dân tộc nguy cơ cao như người Mỹ da đỏ 8%, Eskimo 12% do vòi nhĩ rộng hơn và mở nhiều hơn

Trẻ bất thường về sọ mặt, chẻ vòm...

Nhiều đợt viêm tai giữa cấp trước đây

Sống trong môi trường đông đúc

Đi nhà trẻ

Thủng nhĩ

- Là TC bắt buộc

- Do chấn thương, do đặt ống thông nhĩ hay do 1 đợt viêm tai giữa cấp không lành.

- Vi khuẩn từ ống tai ngoài đi vào qua lỗ thủng hay đi ngược từ vòi nhĩ khi bệnh nhân bị viêm mũi, viêm mũi xoang, nhất là khi hỉ mũi.

## **IV. VI SINH HỌC**

\* Vi khuẩn thường gặp:

- *Pseudomonas aeruginosa* (48-98%)

- *Staphylococcus aureus* (15-30 %)

- *Proteus species* (10-15%)

- *Klebsiella pneumoniae* (10-21 %)

- 5-10% do đa tác nhân: VK gram (-) & *S.aureus*.

- Vi khuẩn kỵ khí ( *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* ) 20-50%, có khuynh hướng kèm cholesteatoma.

## **V. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Bệnh sử và triệu chứng cơ năng:**

- Thường có tiền căn chảy mủ tai kéo dài, từng đợt, tiền căn viêm tai giữa cấp tái phát, thủng nhĩ do chấn thương

- Thường không đau tai
- Nghe kém ở tai chảy mủ
- Có thể sốt, chóng mặt, đau tai do biến chứng.

## **2. Triệu chứng thực thể**

- Có thể phù nề ống tai ngoài, thường không đau.
- Dịch tai: mủ, hay giống phô mai, mủ nhầy.
- Lỗ thủng màng nhĩ: cần đánh giá vị trí, kích thước.
- Lỗ thủng nguy hiểm: ở góc sau trên, màng chùng, thủng rộng sát rìa..
- Niêm mạc hòm nhĩ: có thể phù nề, hoặc polyp, nhọt nhạt, viêm đỏ, mô hạt viêm,...

## **3. Cận lâm sàng**

- Công thức máu: bạch cầu tăng, đa số bạch cầu đa nhân trung tính khi có biến chứng
- Vi trùng học:
  - + Điều trị thường không cần dựa vào kết quả cấy vi khuẩn
  - + Khi quyết định dùng kháng sinh toàn thân nên cấy mủ làm kháng sinh đồ, nhất là khi có biến chứng
- Đo thính lực:
  - + Thường điếc dẫn truyền.
  - + HL > 35 dB có thể tổn thương chuỗi xương con.
  - + Nếu điếc hỗn hợp hay tiếp nhận cần nghĩ bệnh lan vào tai trong, có nguy cơ biến chứng: dò ống bán khuyên, viêm mê nhĩ.
- + X - quang Schuller:
  - + Xương chũm thường ngà đặc
  - + Thông bào kém phát triển
  - + Có thể thấy hình ảnh huỷ xương nếu khối cholesteatoma lớn.
- CT SCAN:
  - + Chỉ định: Viêm tai giữa mủ mạn không đáp ứng điều trị hay nghi ngờ có biến chứng
  - + CT xương thái dương lát cắt mỏng: phát hiện huỷ xương, tổn thương chuỗi xương con, ống bán khuyên, dây VII, viêm xương chũm, nghi ngờ cholesteatome, dị vật ...

+ MRI

+ Chụp khi nghi ngờ có biến chứng thuyên tắc xoang tĩnh mạch bên hay biến chứng nội sọ.

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

Mục đích chính của điều trị là mang lại cho BN “tai an toàn” (safe ear).

### **\* NỘI KHOA**

#### **1. Điều trị tại chỗ: đa số đáp ứng tốt.**

- 3 điểm quan trọng:

+ Lựa chọn thuốc nhỏ tai thích hợp

+ Chăm sóc làm vệ sinh tai tích cực

+ Kiểm soát mô hạt viêm

+ Thuốc kháng sinh nhỏ tai phải diệt cả vi khuẩn gram âm (*Pseudomonas*) và gram dương (*S. aureus*)

+ Aminoglycosides (gentamicin, tobramycine) và Fluoroquinolones

+ Aminoglycosides có thể độc ốc tai hay tiền đình

+ Kết hợp tobramycin + dexamethasone khi có nhiều mô hạt viêm ở hòm nhĩ.

+ Chăm sóc tai

+ Đóng vai trò quan trọng: hút bỏ dịch mủ, thượng bì bong tróc ở ống tai giúp thuốc nhỏ tai thâm nhập tốt vào hòm nhĩ.

+ Rửa tai cũng là chọn lựa có hiệu quả, dễ chịu đối với bệnh nhân: dung dịch 50% oxy già (hoặc acid acetic) và 50% nước vô trùng.

+ Giải quyết mô hạt viêm

+ Thuốc nhỏ tai có steroid

+ Đốt điện lưỡng cực hoặc nitrat bạc

+ Hoặc lấy bỏ dưới kính hiển vi

#### **2. Kháng sinh toàn thân**

- Khi KS nhỏ tai không hiệu quả do không thâm nhập được vào ổ nhiễm trùng

- Cần dùng liên tục 3-4 tuần và nên tiếp tục 3-4 ngày sau khi ngưng chảy mủ tai.

- Kháng sinh có hiệu quả tốt với *Pseudomonas* là piperacillin và ceftazidime (đường chích).

- Fluoroquinolones: Ciprofloxacin rất hiệu quả trong viêm tai giữa mũ mạn (Pseudomonas), đường uống cũng được hấp thu tốt như đường chích. Thích hợp cho điều trị ngoại trú

## **VII. PHẪU THUẬT**

- Nếu điều trị nội thất bại.

- Mô xương chũm kỹ thuật kín (canal wall-up mastoidectomy) lấy sạch bệnh tích ở hòm nhĩ, xương chũm.

- Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa, vá nhĩ, chỉnh hình xương con làm thì 2

- Trường hợp bệnh nặng, có biến chứng: mô xương chũm kỹ thuật hở (canal wall-down mastoidectomy).

## **VIII. PHÒNG NGỪA TRÁNH TÁI PHÁT**

- Giữ tai sạch, khô, tránh vô nước, bơi lội.

- Phẫu thuật đóng kín màng nhĩ khi tai khô, ổn định => giúp ngăn ngừa vi khuẩn xâm nhập và cải thiện thính lực

## **IX. BIẾN CHỨNG**

### **1. Biến chứng trong xương thái dương:**

- Viêm xương đá:

+ Hội chứng Gradenigo: đau sau hốc mắt, liệt các dây thần kinh sọ.

+ Chụp CT scan não và xương thái dương

+ Kháng sinh mạnh tiêm mạch và phẫu thuật.

+ Liệt mặt (ngoại biên): Bệnh nhân phải được phẫu thuật sớm, lấy bỏ mô bệnh, giải áp dây

- Viêm mê nhĩ:

+ Do nhiễm trùng lan vào tai trong qua cửa sổ tròn, cửa sổ bầu dục hay qua lỗ dò ống bán khuyên.

+ Bệnh nhân viêm mê nhĩ mũ (thể nặng): điếc sâu, chóng mặt, kèm nôn ói nhiều, động mắt.

- Điều trị: kháng sinh mạnh tiêm mạch, phẫu thuật lấy sạch mô bệnh, huỷ mê nhĩ trong trường hợp nặng.

- Cholesteatoma:

+ Gây huỷ xương, huỷ chuỗi xương con, dẫn đến các biến chứng khác.

+ Cần phẫu thuật sớm.

### **2. Biến chứng nội sọ:**

- Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên (xoang tĩnh mạch sigma):
  - + Khi nhiễm trùng lan qua xương vào xoang tĩnh mạch bên. Cục máu đông có thể gây thuyên tắc ở nơi xa như phổi,...
  - + Sốt cao, lạnh run, hội chứng nhiễm trùng
  - + Cây máu (+) trong 50%, làm MRI
- Viêm màng não:
  - + Do vi khuẩn xâm nhập trực tiếp hay lan theo đường máu.
  - + Chọc DNT làm xét nghiệm sinh hoá, vi trùng
  - + Kháng sinh phải qua màng não tốt, liều cao.
  - + Khi tình trạng bệnh ổn định sẽ phẫu thuật làm sạch bệnh tích.
  - + Absces nội sọ: absces ngoài màng cứng, dưới màng cứng, absces não, tiểu não.
  - + Hội chứng nhiễm trùng và hội chứng tăng áp lực nội sọ.
  - + Hội chứng thần kinh định vị xuất hiện muộn và không hằng định.
  - + Chụp CT não có cản quang, MRI thường phối hợp phẫu thuật với ngoại thần kinh.

## **X. TIÊN LƯỢNG**

- Tiên lượng khá nếu xét về mặt kiểm soát nhiễm trùng.
- Khi có biến chứng, nhất là BC nội sọ, tiên lượng thường nặng.



# BÀI 3: VIÊM MŨI DỊ ỨNG

## I. MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm mũi dị ứng.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm mũi dị ứng.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm mũi dị ứng.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc và điều trị của bệnh lý Viêm mũi dị ứng.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm mũi dị ứng.

## II. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa: theo ARIA 2010

VMDU là tình trạng viêm niêm mạc mũi với vai trò của kháng thể IgE, thường xảy ra do tiếp xúc với dị nguyên đường hô hấp, với các biểu hiện bệnh lý đặc trưng bởi các triệu chứng: hắt hơi, chảy mũi, ngạt mũi và/hoặc ngứa mũi. Các triệu chứng này kéo dài thường ít nhất hai hay nhiều ngày liên tiếp hoặc nhiều hơn một giờ trong hầu hết mọi ngày .

2. VMDU là bệnh dị ứng mạn tính rất thường gặp của đường hô hấp, là nguyên nhân làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tăng chi phí cho nền y tế và gián tiếp làm giảm sản phẩm của xã hội

### III. DỊCH TỄ HỌC CỦA VMDU

Những năm gần đây, VMDU đang ngày càng gia tăng cả ở các nước phát triển và đang phát triển ,chiếm 10-15% dân số). Ở Việt nam, nghiên cứu của Võ Thanh Quang (2011) cho thấy tỉ lệ VMDU chiếm 12,3% dân số

## IV. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA VIÊM MŨI DỊ ỨNG

*Nguyên nhân* do các loại dị nguyên

- \* Dị nguyên ngoài nhà: phấn hoa, nấm mốc, hóa chất
- \* Dị nguyên trong nhà., bọ nhà, lông súc vật, côn trùng, thực phẩm

### 1. Các yếu tố tham gia vào cơ chế bệnh sinh

VMDU thuộc quá mẫn typ 1 theo phân loại của Gell và Coombs (1967): với sự tham gia của kháng thể IgE, các loại tế bào viêm (đặc biệt là tế bào mast và bạch cầu ái kiềm) và các hóa chất trung gian hóa học và với vai trò của cơ địa.

**2. IgE:** Là kháng thể (KT) đóng vai trò then chốt trong cơ chế bệnh sinh của VMDU. IgE gắn cố định trên bề mặt tế bào ái kiềm và tế bào mast. Khi kháng nguyên (KN) đặc hiệu kết hợp với IgE sẽ tạo nên phức hợp KN-KT. Phức hợp này sẽ hoạt hóa các tế bào ái kiềm, tế bào mast dẫn đến các biểu hiện tiếp theo của phản ứng dị ứng.

Kháng thể IgE được phát hiện vào năm 1967, đóng vai trò trung tâm trong quá trình hình thành phản xạ dị ứng tức thời của niêm mạc mũi. Các tế bào sản xuất IgE thường bắt gặp ở cơ quan lympho. Mặc dù IgE có nồng độ trong huyết thanh rất thấp (10–300 ng/ml) nhưng người ta có thể nhận biết được qua hoạt động sinh học của chúng. IgE thường tăng rất cao trong một số bệnh, đặc biệt là bệnh dị ứng hoặc ký sinh trùng. Các kháng thể IgE gây ra các phản ứng quá mẫn thức thì với những tính chất của sốt rôm, hen, mày đay, và sốc phản vệ.

### **3. Các tế bào viêm hay các tế bào hệ miễn dịch:**

- Đại thực bào (ĐTB): đóng vai trò quyết định của phản ứng dị ứng vì ĐTB sản xuất KT và trình diện KT lên bề mặt của các tế bào trong hệ thống miễn dịch: tế bào lympho, tế bào mast...

- Tế bào mast (hoặc mastocyte, dưỡng bào): đóng vai trò phản ứng trung tâm trong VMDU đặc biệt ở pha sớm vì nó có vai trò chủ chốt giải phóng các hóa chất trung gian : histamin, leukotrienes, prostaglandin D2, cytokin....

- Bạch cầu ưa acid (bạch cầu ái toan): có vai trò thúc đẩy quá trình hoạt hóa tế bào mast, giải phóng các hóa chất trung gian, kích thích tế bào biểu mô đường thở tăng bài tiết dịch...

- Bạch cầu ưa base (bạch cầu ái kiềm) giải phóng ra các hóa chất trung gian như histamin, leukotrien...

- Lympho B có chức năng chính trong sản xuất ra IgE. Lympho T sản xuất các interleukin IL, có vai trò quan trọng trong tăng trưởng và biệt hóa tế bào lympho B

### **4. Các hóa chất trung gian**

- Các hóa chất trung gian có sẵn : histamin, bradykinin, serotonin, tryptase...

- Các hóa chất trung gian tổng hợp: leukotrienes, prostaglandin, cytokin, PAF...

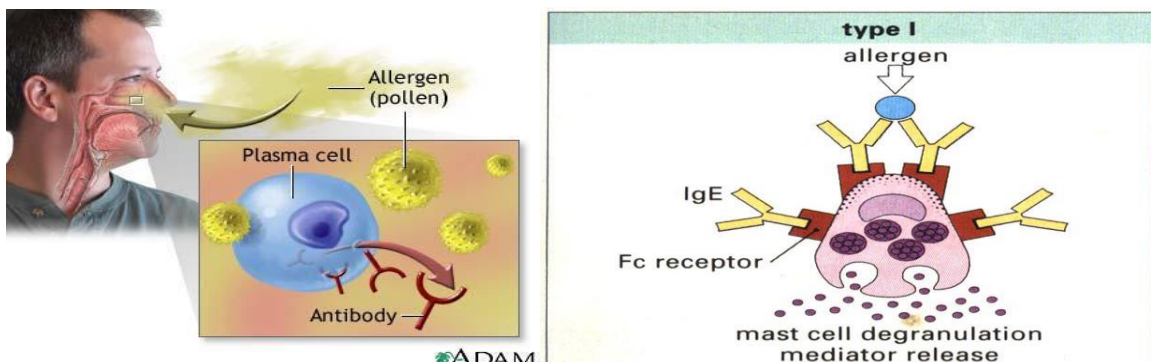
- Tác dụng của các hóa chất trung gian trên niêm mạc mũi

+ Gây giãn mạch và tăng tính thấm thành mạch, mà hậu quả là gây tiết dịch giàu protein và gây phù nề niêm mạc mũi .

+ Tăng tiết nhầy và giảm vận chuyển tiết nhầy ở niêm mạc đường thở dẫn đến tắc nghẽn đường thở.

## 5. Cơ chế bệnh sinh của viêm mũi dị ứng

Có 3 quá trình chủ yếu: viêm nhiễm, co thắt và tăng tính phản ứng ở niêm mạc mũi trong đó viêm là quá trình chủ yếu trong cơ chế bệnh sinh của VMDU.



Quá trình này có thể tóm tắt như sau KN xâm nhập vào đường thở sẽ được ĐTB xử lý, sau đó ĐTB sẽ trình diện KN lên bề mặt, đồng thời tế bào lympho T sẽ tiết ra yếu tố phát triển tế bào lympho B, làm cho tế bào B biệt hóa có chức năng sản xuất IgE. IgE sẽ gắn lên bề mặt tế bào mast, khi IgE gắn kết với KN đặc hiệu, phức hợp KN-KT sẽ hoạt hóa tế bào mast dẫn đến giải phóng các hóa chất trung gian gây tình trạng viêm, phù nề và xuất tiết niêm mạc mũi

### \* Cơ chế phản ứng quá mẫn loại I

Khi dị nguyên xâm nhập lần đầu sẽ được APC bắt giữ, tiêu hóa và trình diện kháng nguyên cho tế bào lympho T. Có nhiều loại tế bào T như: Tr1, Th1, Th2. Tuy nhiên ở người có cơ địa dị ứng thì Th2 chiếm ưu thế và sản xuất ra nhiều IL-4, IL-5 và IL-13. Chức năng của IL-4 và IL-13 là kích thích tế bào lympho B tổng hợp IgE; IL-5 thu hút, hoạt hóa và kéo dài sự sống của bạch cầu ái toan. Vì vậy trong cơ thể sẽ xuất hiện rất nhiều IgE đặc hiệu với dị nguyên và nhiều bạch cầu ái toan. Những IgE này phần lớn gắn vào những dưỡng bào nằm dưới lớp niêm mạc và bạch cầu ái kiềm trong máu, còn một số ít lưu thông trong hệ tuần hoàn.

Từ lần thứ 2 tiếp xúc với dị nguyên, cơ thể sẽ có phản ứng quá mẫn xảy ra mạnh mẽ, chia làm hai pha: pha sớm và pha muộn

- Pha sớm (xảy ra trong vòng 5-30 phút đầu): khi dị nguyên cũ xuất hiện, lập tức các IgE đặc hiệu gắn trên dưỡng bào và bạch cầu ái kiềm kết hợp với dị nguyên dẫn đến chúng được hoạt hóa, vỡ hạt giải phóng tức thì histamine gây ra các hiện tượng: giãn mạch, thoát huyết tương, co thắt cơ trơn phế quản, tăng tiết chất nhầy và kích thích các đầu dây thần kinh gây ra các triệu chứng ở mũi như ngứa mũi, hắt hơi. Tuy nhiên tác dụng của histamin chỉ kéo dài trong khoảng 12 phút, sau đó được thay thế bằng các chất trung gian tổng hợp từ các phospholipid màng như: leucotrien, prostaglandin, acidhydrolaxes. Các chất trung gian này có tác dụng mạnh hơn và kéo

dài hơn so với histamin. Vì vậy nó có thể tham gia trong cả pha sớm và pha muộn của phản ứng dị ứng.

- Pha muộn (xảy ra 6-24 giờ sau và có thể kéo dài vài ngày): các yếu tố hóa ứng động bạch cầu ái toan, yếu tố hóa ứng động bạch cầu trung tính (PG, Tx, LT, ECF-A, NCF, PAF, IL-4, IL-5,...) được sinh ra có tác dụng thu hút bạch cầu ái toan, bạch cầu trung tính, tiểu cầu và các tế bào viêm đến làm tổn thương niêm mạc mũi, từ đó gây ra phản ứng viêm tiếp diễn tại niêm mạc mũi.

## **V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

Theo ARIA 2010, chẩn đoán VMDU chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm chỉ có vai trò hỗ trợ chẩn đoán.

**1. Lâm sàng** : theo kinh điển bao gồm tam chứng hắt hơi, ngứa mũi và chảy mũi xuất hiện thành từng cơn và nhiều cơn trong một đợt, ngoài cơn có thể hoàn toàn bình thường.

### **2. Triệu chứng cơ năng gồm:**

+ Ngứa mũi: Thường là triệu chứng báo hiệu, mức độ tùy từng bệnh nhân, có thể lan lên mắt hoặc xuống họng.

+ Hắt hơi: Thành từng tràng, liên tục.

+ Ngạt tắc mũi: thường không điển hình, có thể ngạt từng lúc, từng bên hay tắc mũi hoàn toàn cả 2 bên.

+Chảy nước mũi: là triệu chứng cơ năng quan trọng xuất hiện sau cơn ngứa mũi, hắt hơi. Thường chảy nước mũi loãng, trong như nước lã, khi có bội nhiễm thường là dịch nhày đục.

+ Ngoài ra còn có thể có các triệu chứng khác như ngứa mắt, đỏ mắt, chảy nước mắt, ngứa tai, họng, ù tai.

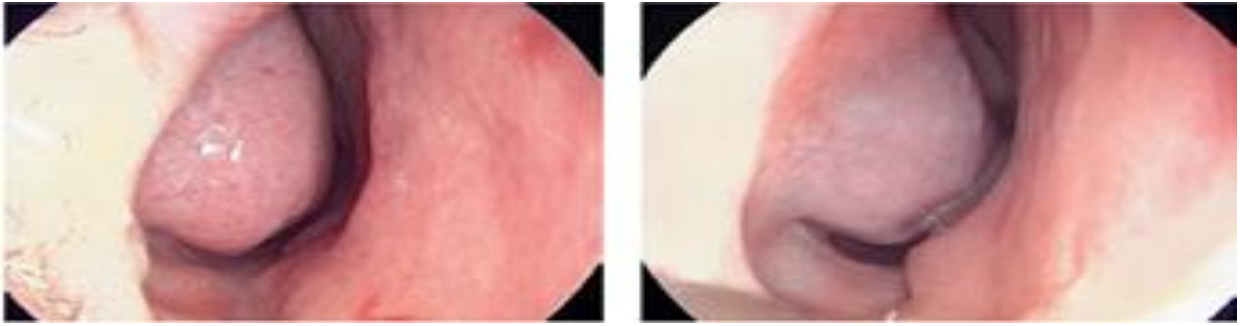
Các triệu chứng trên ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống làm người bệnh luôn có cảm giác đau đầu, mệt mỏi, buồn ngủ ban ngày và thức giấc vào ban đêm. Do đó bệnh nhân có thể có hạn chế về hoạt động thể lực, rối loạn cảm xúc, rối loạn tinh thần.

### **3. Triệu chứng thực thể:**

+ Niêm mạc mũi nhợt nhạt

+Cuốn mũi phù nề nhất là cuốn dưới. Đây là nguyên nhân gây tắc mũi.

+ Hốc mũi nhiều dịch xuất tiết nhày trong.



Hình 1.2 Hình ảnh khám nội soi bệnh nhân VMDU

#### 4. Phân loại:

Trước đây viêm mũi dị ứng thường được phân loại thành theo mùa và quanh năm hoặc phân chia thành có chu kỳ và không có chu kỳ. Ngày nay, các chuyên gia dị ứng đã phân loại viêm mũi dị ứng theo ARIA. Phân loại mới sử dụng các thông số về mức độ trầm trọng của triệu chứng và chất lượng cuộc sống và khoảng thời gian bệnh tồn tại.

Thời gian bệnh tồn tại hay thời gian kéo dài của triệu chứng VMDU

- VMDU gián đoạn: < 4 ngày/ tuần hoặc < 4 tuần/ năm.
- VMDU dai dẳng:  $\geq 4$  ngày/ tuần và  $\geq 4$  tuần/ năm.

Mức độ trầm trọng của triệu chứng và chất lượng cuộc sống được chia thành 3 mức độ là:

nhẹ, trung bình và nặng.

- Nhẹ: bệnh nhân cảm thấy có triệu chứng và muốn điều trị nhưng có thể không điều trị nếu thấy không cần thiết.

- Trung bình: bệnh nhân muốn điều trị thực sự vì chất lượng cuộc sống của họ bị ảnh hưởng.

- Nặng: triệu chứng ảnh hưởng nhiều đến khả năng làm việc và học tập. Bệnh nhân không thể chịu được nếu không dùng thuốc điều trị.

##### \* VMDU gián đoạn

Triệu chứng tồn tại < 4 ngày/ tuần hoặc < 4 tuần/năm

##### \* VMDU dai dẳng

Triệu chứng tồn tại  $\geq 4$  ngày/ tuần và  $\geq 4$  tuần/ năm

##### + Nhẹ

- Giấc ngủ bình thường.
- Hoạt động hàng ngày, thể thao, giải trí bình thường.
- Làm việc, học tập bình thường.
- Không có triệu chứng gây khó chịu

### + **Trung bình – nặng**

- Rối loạn giấc ngủ.
- Hoạt động hàng ngày, thể thao, giải trí giảm.
- Làm việc, học tập bị ảnh hưởng.
- Có triệu chứng gây khó chịu.

## **5. Cận lâm sàng**

### **Xét nghiệm không đặc hiệu**

*Bạch cầu ái toan trong dịch mũi*

*Bạch cầu ái toan trong máu*

*IgE toàn phần trong huyết thanh*

### **Xét nghiệm đặc hiệu**

-Test lấy da: có thể cho kết quả dương tính với một hoặc nhiều dị nguyên đường hô hấp. Đây là phương pháp phát hiện sự mẫn cảm của cơ thể bằng cách đưa dị nguyên qua da. Dị nguyên cho kết quả dương tính có thể coi là nguyên nhân gây bệnh.

- Định lượng IgE đặc hiệu

+Định lượng IgE đặc hiệu có giá trị đặc biệt hữu ích cho chẩn đoán. Nó bổ xung và khẳng định chẩn đoán dị nguyên đặc hiệu, đồng thời phát hiện được phản ứng dương tính giả cho test lấy da .

+Định lượng IgE toàn phần trong huyết thanh: ở người bình thường hàm lượng IgE toàn phần trong máu giao động rất lớn từ 0- 135UI/ml, IgE > 1500UI/ml được coi là cao. Tuy nhiên có tới 50% bệnh nhân VMDU có mức IgE toàn phần bình thường, do vậy xét nghiệm này ít có giá trị đặc hiệu trong chẩn đoán

***Chẩn đoán dựa vào tiền sử dị ứng bản thân và gia đình 2 bên nội ngoại, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, các xét nghiệm miễn dịch đặc hiệu.***

## **VI. ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI DỊ ỨNG**

VMDU và HPQ là bệnh dị ứng, điều trị nằm trong nguyên tắc chung là dựa vào cơ chế của bệnh. Cơ chế bệnh có thể tóm tắt theo sơ đồ sau

Dị nguyên (hoạt chất) (I)	Kháng thể Dị ứng (II)	Các hoạt chất trung gian (III)	Triệu chứng lâm sàng (IV)
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Các phương pháp điều trị chia làm hai nhóm: đặc hiệu (tác động vào khâu I, II) và không đặc hiệu (tác động vào khâu III, IV).

## **1. Điều trị đặc hiệu**

### *1.1. Các biện pháp né tránh dị nguyên*

Được khuyên dùng như biện pháp ban đầu đối với điều trị VMDU , bằng cách thay đổi nơi ở, nơi làm việc hoặc đổi nghề, thay đổi thuốc, thay đổi chế độ ăn... nhằm loại bỏ các dị nguyên tiếp xúc có thể gây phản ứng dị ứng cho bệnh nhân. Phương pháp này không dễ thực hiện vì nó làm đảo lộn cuộc sống người bệnh.

### *1.2. Miễn dịch trị liệu:*

Là phương pháp duy nhất điều trị tận gốc căn nguyên của bệnh dị ứng nói chung cũng như VMDU. Nguyên lí là cho chủ thể dị ứng hấp thụ với liều tăng dần dị nguyên nhằm đạt được giải miễn cảm, tức là giảm các triệu chứng khi phơi nhiễm trở lại với chính dị nguyên đó. Đây là phương pháp an toàn, ít tác dụng phụ. Hiện nay miễn dịch trị liệu được sử dụng chủ yếu với hai đường đưa dị nguyên vào cơ thể là đường dưới da (SCIT) và dưới lưỡi (SLIT) với hiệu quả điều trị ngang nhau nhưng đường dưới lưỡi có ưu điểm là ít tác dụng phụ hơn và sử dụng thuận tiện hơn. Do đó hiện nay miễn dịch trị liệu đường dưới lưỡi có xu hướng sử dụng rộng rãi hơn.

## **2. Điều trị không đặc hiệu**

Mục đích của điều trị không đặc hiệu nhằm vô hiệu hóa các hoạt chất trung gian (khâu III) hay điều trị các triệu chứng lâm sàng (khâu IV) bằng các loại thuốc khác nhau.

### *2.1 Các thuốc điều trị*

#### *a) Corticoid*

\* Corticoid là thuốc điều trị và phòng ngừa VMDU bởi tác dụng ngăn chặn quá trình viêm của đường thở. Có hai đường dùng toàn thân và tại chỗ nhưng đường dùng tại chỗ - corticoid xịt mũi (intranasal corticosteroid-INS) được sử dụng phổ biến hơn để hạn chế các tác dụng bất lợi của corticoid

#### *b). Thuốc kháng leukotrienes:*

#### *c) Thuốc kháng histamin*

Các kháng histamin H1 thế hệ 2 có tác dụng tốt ở cả pha sớm và muộn của VMDU, được đánh giá có hiệu quả hơn các thuốc làm bền vững tế bào mast nhưng lại ít hiệu quả hơn các thuốc corticoid xịt mũi INS

### *2.2 Các biện pháp khác*

- + Thuốc làm bền vững màng tế bào mast, hạn chế giải phóng các hóa chất trung gian
- + Các liệu pháp kết hợp Đông y và Tây y
- + Các liệu pháp vật lí trị liệu, khí hậu liệu pháp, thể dục liệu pháp...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Tai mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
2. Bài giảng Tai mũi Họng, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
3. Allergic Conjunctivitis and the Impact of Allergic Rhinitis. *Current Allergy and Asthma Reports*, 10(2), 122–134. doi:10.1007/s11882-010-0087-1
4. Changing prevalence of allergic rhinitis and asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 82(3), 233–252. doi:10.1016/s1081-1206(10)62603-8
5. Mechanisms of Allergen Immunotherapy in Allergic Rhinitis. *Current Allergy and Asthma Reports*, 21(1). doi:10.1007/s11882-020-00977-7
6. Obtaining concomitant control of allergic rhinitis and asthma with a nasally inhaled corticosteroid. *Allergy*, 62(3), 310–316
7. Prevalence and diversity of **allergic rhinitis** in regions of the world beyond Europe and North America. *Clinical & Experimental Allergy*, 42(2)
8. Nguồn: <https://en.wikipedia.org>
9. Lương Sĩ Cần (1998). “Viêm mũi dị ứng”. *Bài giảng Tai Mũi Họng; NXB Y học Hà nội*: 2-9 .
10. ARIA-WHO (2010). “Allergic rhinitis and its impact on asthma 2010 revision” ( Full Online version- published in the Journal of allergy and Clinical Immunology) *Guidelines* : 8, 21-153
11. Phạm Văn Chính, Nguyễn Quốc Tuấn (1998), *Đặc trưng học lâm sàng*, NXB Y học. Huế
12. Togias AG(2000) “Systemic immunologic and inflammatory aspects of allergic rhinitis”. *J. Allergy Clin Immunol.* 106: 247-50.
13. Goh BS, Ismail MI, Husain S (2014). “Quality of life assessment in patients with moderate to severe allergic rhinitis treated with montelukast and/or intranasal steroids: a randomised, double-blind, placebo-controlled study”. *J Laryngol Otol.* 128(3):242-8.
14. Goh BS, Ismail MI, Husain S (2014). “Quality of life assessment in patients with moderate to severe allergic rhinitis treated with montelukast and/or intranasal steroids: a randomised, double-blind, placebo-controlled study”. *J Laryngol Otol.* 128(3):242-8.
15. Walter CG et al (2009). “Sub-lingual immunotherapy” *WAO Journal* 236-239.



# BÀI 3: VIÊM MŨI XOANG

## I. MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm mũi xoang.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm mũi xoang.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm mũi xoang.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc và điều trị của bệnh lý Viêm mũi xoang.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm mũi xoang.

## II. GIẢI PHẪU HỌC MŨI XOANG

- Giải phẫu học mũi: tháp mũi, hốc mũi
- Giải phẫu học các xoang cạnh mũi:
  - Xoang hàm
  - Xoang sàng
  - Xoang trán
  - Xoang bướm
- Tháp mũi có hình tháp ba cạnh, gồm: xương, sụn, phần mềm

## III. GIẢI PHẪU HỌC THÁP MŨI

- Xương mũi
- Mỏm lên xương hàm trên (mỏm trán)
- Sụn mũi bên (sụn tam giác)
- Sụn cánh mũi
- Sụn vùng
  - \* *Van mũi ngoài*
    - Nằm ở chỗ nối tiếp tiền đình - hốc mũi
    - Là phần nhô lên của bờ trước sụn tam giác
  - \* *Van mũi trong*
    - Chỗ hẹp nhất của mũi
    - Ảnh hưởng thông khí qua mũi
- Lỗ mũi trước – tiền đình mũi
- Nền mũi (sàn mũi)
- Thành ngoài hốc mũi (vách mũi xoang)
- Thành trong hốc mũi (vách ngăn mũi)
- Lỗ mũi sau

- Vòm

#### **IV. GIẢI PHẪU HỌC HỐC MŨI**

- Thành trong: vách ngăn mũi
- Thành dưới: sàn hốc mũi (mỏm khâu cái xương hàm trên + mảnh ngang xương khâu cái)
- Thành trên: trần hốc mũi (mảnh sàng)
- Thành ngoài:

- + X. mũi
- + X. Hàm trên
- + X. Lệ
- + khối sàng bên
- + X. khâu cái mảnh đứng
- + Cánh trong chân bướm
- + X. cuốn dưới

#### **\* GIẢI PHẪU HỌC HỐC MŨI**

- Các cuốn mũi & khe mũi tương ứng:
  - + Cuốn dưới, dưới nó là khe dưới: Có van Hasner – 30mm là lỗ đổ ống lệ tỵ.
  - + Cuốn giữa, dưới nó là khe mũi giữa: Có phức hợp lỗ thông khe, lỗ đổ nhóm xoang trước
  - + Cuốn trên, dưới nó là khe trên: lỗ đổ nhóm xoang sau
  - +Cuốn trên cùng – khe trên cùng

#### **\* CÁC XOANG CẠNH MŨI**

- Có 4 đôi xoang:
  - + Xoang hàm
  - + Xoang trán
  - + Xoang sàng gồm 2 nhóm:
    - Xoang sàng trước
    - Xoang sàng sau
  - +Xoang bướm

Nhóm xoang trước: Xoang hàm, xoang trán, xoang sàng trước.

Nhóm xoang sau: Xoang sàng sau, xoang bướm.

#### **V. CHỨC NĂNG SINH LÝ MŨI - XOANG**

##### **Chức năng sinh lý mũi**

- Dẫn khí: 2 hốc mũi, các khe cuốn mũi
- Dẫn lưu dịch tiết qua hệ thống màng nhày lông chuyên từ xoang ra khe mũi

ra cửa mũi sau.

- Khứu giác
- Làm ấm, làm ẩm khí
- Lọc sạch khí
- Phát âm
- Miễn dịch, có kháng thể trong dịch tiết mũi xoang.
- Làm nhẹ khối sọ mặt, hấp thu chấn động.

## **PHẦN I: VIÊM MŨI XOANG MẠN**

### **1. Định nghĩa viêm mũi xoang mạn (EPOS 2020):**

- Viêm mũi xoang mạn có hay không có polyp: triệu chứng kéo dài  $\geq 12$  tuần
- Sự viêm của niêm mạc mũi và các xoang,  $\geq 2$  triệu chứng:
  - Nghẹt mũi
  - Chảy mũi (trước / sau)
  - Đau/ Nặng mặt
  - Giảm/ Mất mùi

Và 1 trong 2: Dấu hiệu trên nội soi:

- Polyps mũi, và / hoặc
- Dịch nhầy chảy ra chủ yếu từ khe mũi giữa và / hoặc
- Phù nề / tắc nghẽn niêm mạc chủ yếu ở khe mũi giữa

Thay đổi trên CT scan:

- Hình ảnh thay đổi niêm mạc ở xoang / phức hợp lỗ thông khe

### **2. Định nghĩa viêm mũi xoang mạn trẻ em (EPOS 2020)**

- Viêm mũi xoang mạn có hay không có polyp: triệu chứng kéo dài  $\geq 12$  tuần
- Sự viêm của niêm mạc mũi và các xoang,  $\geq 2$  triệu chứng:
  - + Nghẹt mũi
  - + Chảy mũi (trước / sau)
  - + Đau/ Nặng mặt
  - + Ho

Và 1 trong 2: Dấu hiệu trên nội soi:

- Polyps mũi, và / hoặc
- Dịch nhầy chảy ra chủ yếu từ khe mũi giữa và / hoặc
- Phù nề / tắc nghẽn niêm mạc chủ yếu ở khe mũi giữa

Thay đổi trên CT scan:

- Hình ảnh thay đổi niêm mạc ở xoang / phức hợp lỗ thông khe

### 3. Dịch tễ học

- 10 – 15% người trưởng thành
- Viêm mũi xoang mạn: ảnh hưởng nhiều đến

chất lượng cuộc sống

- Tỷ lệ:
- Viêm mũi xoang mạn không polyp mũi: 10.9%
- Viêm mũi xoang mạn có polyp mũi: 2 – 4 %

Zhang et al J. Allergy Clin Immunol 2017

### 4. Sinh bệnh học

- Sinh lý các xoang:
  - + Thông khí, tế bào đài + tế bào trụ giả tầng có lông chuyển
  - + Dẫn lưu dịch từ lòng xoang ra lỗ thông xoang ra vòm
- Tắc nghẽn lỗ thông:
  - + Phù nề niêm mạc
- + Giảm thông khí trong xoang
- + tình trạng kỵ khí, áp lực âm, hút dịch viêm từ khe mũi vào xoang.
- + Viêm nhiễm khuẩn, tăng tiết nhầy mũ thoát dịch khó khăn do lỗ thông xoang hẹp.

### 5. Tại chỗ:

- Viêm nhiễm thứ phát sau viêm mũi xoang cấp: vi trùng, vi nấm hoặc ký sinh trùng.
- Nhiễm trùng ở răng: vi trùng kỵ khí.
- Dị ứng mũi xoang bội nhiễm.
- Vẹo vách ngăn, cuốn mũi quá phát ảnh hưởng đến dẫn lưu của xoang và gây nên viêm mũi xoang.

#### 5.1 Nguyên nhân

##### \* Nhiễm trùng:

- *Staphylococcus aureus* (both methicillin-susceptible *S aureus* [MSSA] and methicillin-resistant *S aureus* [MRSA] strains)
- Coagulase-negative staphylococci
- *H influenzae*
- *catarrhalis*
- *S pneumoniae*
- *Streptococcus intermedius*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Nocardia* species
- Anaerobic bacteria (*Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Porphyromonas*,

Bacteroides , *Fusobacterium* species):50%

**\* Nấm:**

- *Aspergillus* species
- *Cryptococcus neoformans*
- *Candida* species
- *Sporothrix schenckii*
- *Alternaria* species

**2/ Toàn thân:**

- Cơ thể suy nhược.
- Rối loạn chuyển hoá nước điện giải và các vi lượng như calci, phosphor.
- Rối loạn vận mạch, nội tiết.
- Bệnh mạn tính như lao, đái đường, viêm phế quản mạn, viêm thận.
- Hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản

**3/ Khác:**

- Sau chấn thương có tổn thương niêm mạc xoang.
- U lành / ác tính.
- Nghề nghiệp: hít hơi bụi, axit bazơ lâu ngày...
- Bệnh lý di truyền của tuyến nhầy niêm mạc xoang, hệ thống lông chuyển...

**6. Chẩn đoán viêm mũi xoang mạn**

**6.1 Triệu chứng toàn thân**

- Không có biểu hiện nhiễm trùng cấp, trừ những đợt hồi viêm như sốt, lạnh run.
- Triệu chứng toàn thân nghèo nàn: mệt mỏi, nhức đầu, suy nhược.

**6.2 Triệu chứng cơ năng:**

- 4 triệu chứng chính:
- \* **Đau nhức:** Giai đoạn VX cấp rõ rệt hơn VXMT.
- Xoang hàm: nhức vùng má.
- Xoang trán: nhức vùng cung mày, quanh hốc mắt.
- Xoang sàng trước: nhức giữa 2 lông mày.
- Xoang sàng sau, xoang bướm: nhức trong sâu

**\* Chảy mũi**

- Chảy mũi trước/ chảy mũi sau.
- Khẹt khịt, khạc nhỏ.
- Tùy theo tác nhân gây bệnh và diễn biến, dịch mũi sẽ có tính chất khác nhau.

\* **Nghẹt mũi:** 1 bên hoặc 2 bên, tăng dần.

\* **Giảm hoặc mất khứu.**

**6.3 Triệu chứng thực thể**

- Ấn vùng xoang không có hoặc cảm giác đau nhẹ.
- Soi mũi trước:
  - + Khe giữa, khe dưới: dịch, mủ đặc, polyp.
  - + Cuốn mũi dưới quá phát. Cuốn giữa thoái hoá, niêm mạc màu tái nhạt, phù nề, dạng polyp.
  - + Vẹo / mào / gai vách ngăn.
- Soi mũi sau:
  - + Mủ đọng khe trên xuống cửa mũi sau, họng.
  - + Các đầu cuộn quá phát và đổi màu.
  - + Polyp cửa mũi sau.
- Phim Blondeau - Hirtz
- CT Scan mũi xoang: Cần thiết cho chẩn đoán và phẫu thuật.

## 7. Hình ảnh học

### \* Chỉ định chụp ct scan?

Không áp dụng cho tất cả các trường hợp viêm mũi xoang

-Viêm mũi xoang tái phát/ kéo dài dai dẳng dù đã được điều trị nội khoa thích hợp

- Nghi ngờ khối u, polyp, nấm xoang...
- Viêm mũi xoang có biến chứng

### \* Các bất thường trên phim

- Dày niêm mạc
- Mờ xoang
- Tắc nghẽn lỗ thông xoang
- Hủy xương +/-

## 8. Điều trị viêm mũi xoang mạn

### 8.1 Mục tiêu điều trị nội khoa

#### \* VMX mạn tính không có polype mũi (CRSw/oNP):

- 1.Loại trừ nhiễm khuẩn
- 2.Giảm viêm -> giảm tắc nghẽn
- 3.Giảm nhiễm trùng tái phát

Liệu pháp chính: kháng sinh, steroids xịt mũi

#### \* VMX mạn tính có polype mũi (CRSwNP):

- 1.Giảm polyp mũi
- 2.Khôi phục khứu giác
- 3.Phòng chống tái phát polyp mũi

Liệu pháp chính: steroids xịt mũi và toàn thân

## 8.2 Nguyên tắc điều trị nội khoa

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh
- Kháng viêm: sử dụng corticosteroids tại chỗ hoặc toàn thân
- Kháng dị ứng: antihistamines
- Cải thiện thông khí:
- Rửa mũi bằng nước muối sinh lý
- Thuốc giảm nghẹt mũi
- Thuốc tan dịch nhầy

Jivianne T. Lee Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery, Chapter 7, 47-63

## 8.3 Kháng sinh

- Kháng sinh được chỉ định điều trị CRS đợt cấp, chảy mũi dai dẳng
- Loại bỏ nhiễm trùng: thông khí mũi xoang và thanh thải chất nhầy
- Macrolides: là kháng sinh có tác dụng kháng viêm khi sử dụng lâu dài
- Khuyến cáo: không sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch cho CRS không biến chứng

\* Amoxicillin 50 - 90 mg/kg/ ngày

- Amoxicillin-clavulanate: diệt được vi khuẩn tiết B-lactamase, H influenzae
- Thay thế : quinolones hoặc clindamycin + cephalosporins thế hệ 2,3

### \* CÁC NGHIÊN CỨU VỀ LIỆU PHÁP SỬ DỤNG MACROLIDE KÉO DÀI CORTICOID TẠI CHỖ

\* CRSwNP và CRSsNP: sử dụng corticoid (xịt / phun)

- Giảm nghẹt mũi, chảy mũi, mất mùi
- Có thể tái phát sau khi ngưng điều trị
- Đối với trẻ em:
  - Chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của INS đối với trẻ em bị CRS
  - Điều trị như viêm mũi dị ứng (hiệu quả và an toàn của INSs)
- + Mometasone furoate 2 yr
- + Fluticasone propionate 4 yr

### CORTICOID TOÀN THÂN

- CRSw/oNP: sử dụng ngắn hạn corticoid toàn thân để điều trị (khuyến cáo, mức độ chứng cứ C)
- CRSwNP: sử dụng ngắn hạn corticoid toàn thân (giảm kích thước polyp và giảm triệu chứng dị ứng) (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ A)
- Phẫu thuật cắt polyp

- Sử dụng Prednisolone 30mg/ngày sau đó giảm liều trong vòng 14-20 ngày

\* **CHỌC RỬA XOANG HÀM:** Chọc xoang hàm qua khe mũi dưới, bơm rửa.

### \* **CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT**

- Polyp mũi gây nghẹt / chảy mũi, kéo dài dai dẳng không / đáp ứng ít với điều trị nội khoa

- Nhiễm trùng tái đi tái lại / kéo dài dai dẳng mặc dù đã điều trị nội khoa (tối thiểu là có dùng corticoid xịt mũi và rửa mũi)

- Khi kết quả sinh thiết là u hạt, u tân sinh, rối loạn vận động lông chuyên, nhiễm nấm xoang...

- Khi bất thường giải phẫu gây tắc nghẽn lỗ thông xoang, đặc biệt là phức hợp lỗ thông khe

- Khi viêm mũi xoang có biến chứng (áp xe não, viêm màng não, viêm tắc xoang hang...)

### \* **MỤC TIÊU PHẪU THUẬT**

- Loại bỏ niêm mạc bệnh lý trong xoang, lỗ thông xoang

- Khôi phục sự thông khí và dẫn lưu bằng cách mở rộng các lỗ thông xoang

- Bảo tồn niêm mạc mũi xoang

- Giảm triệu chứng, tăng chất lượng cuộc sống, giảm tỷ lệ mắc bệnh

### GUIDELINES CRS Ở TRẺ EM

Rửa mũi, xịt mũi corticoid, kháng sinh uống là lựa chọn hàng đầu

- Amoxicillin, Amox/clav, Cephalosporin

- Clindamycin nếu nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí

- 3rd gentamycin + clindamycin

- Liệu trình 20 ngày tốt hơn 10 ngày

Phẫu thuật - Nạo VA +/- FESS

### \* **BIẾN CHỨNG VIÊM MŨI XOANG MẠN**

#### 1. Biến chứng ở trẻ em

• Biến chứng ở mắt

- Ảnh hưởng của viêm xoang sàng, xoang trán

- Triệu chứng: sưng đỏ mí mắt trên (viêm mô tế bào), áp xe dưới ổ mắt, trong ổ mắt

• Xử trí biến chứng ở mắt

- Nhập viện ngay: phẫu thuật, kháng sinh tĩnh mạch

- Dễ dẫn đến biến chứng tắc nghẽn xoang hang, nhiễm trùng nội sọ và mất thị lực

#### 2. Biến chứng ở người lớn

• Viêm não màng não, áp xe dưới màng cứng, áp xe màng cứng...

• Viêm màng não tái phát



- Nấm: xâm lấn cấu trúc xương xung quanh, ổ mắt, má, não.
- U nhày

### \* PHÒNG NGỪA

- Đeo khẩu trang thường xuyên.
- Giữ môi trường xung quanh luôn sạch sẽ.
- Tránh tiếp xúc dị nguyên như phấn hoa, nấm mốc, thức ăn lạ, thay đổi nhiệt độ.
- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng.
- Giữ ấm cơ thể khi ngủ, vào mùa lạnh...

### \* KẾT LUẬN

-Viêm mũi xoang mạn chủ yếu là quá trình viêm niêm mạc mũi – xoang kéo dài  $\geq 12$  tuần, thỉnh thoảng có những đợt cấp kết hợp nhiễm trùng.

- Vai trò của nội soi, CT scan.
- Điều trị nội khoa.

## PHẦN 2: VIÊM MŨI XOANG CẤP

- Định nghĩa: Viêm mũi xoang cấp là viêm các xoang cạnh mũi -hốc mũi, kéo dài  $< 12$  tuần.
- Mức độ từ VMX cấp do siêu vi (VRS) –VMX cấp nhiễm khuẩn (ABRS)

### Tại Mỹ

- 20 triệu ABRS/năm, chi phí ước tính 3 tỉ USD/năm
- VMX cấp: 2-10% là ABRS , 90-98% là VRS
- Xếp thứ 5 trong các bệnh được kê toa kháng sinh nhiều nhất .

### Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Chảy mũi nhầy đục (trước hay sau)
- Kèm 1 hay cả 2 triệu chứng sau:
  - + Nghẹt mũi
  - + Đau nhức mặt

→Một mình tiêu chuẩn chảy mũi nhầy đục khó có thể giúp phân biệt giữa nhiễm siêu vi và vi khuẩn.

**Phân biệt giữa VRS và ABRS:** Dựa trên tình trạng và thời gian bệnh thì:

#### - VRS có đặc điểm:

- + Thường tự giới hạn trong vòng 10 ngày
- + Có thể kéo dài dài hơn 10 ngày, nhưng độ nặng giảm dần.
- + Trong 3-4 ngày đầu VRS rất khó phân biệt với một ABRS khởi phát sớm.

#### - ABRS có đặc điểm:

- + Có triệu chứng kéo dài liên tục  $\geq 10$  ngày mà không cải thiện về triệu chứng.
- + Xuất hiện đợt triệu chứng nặng hơn: sốt trở lại, nhức đầu, hay gia tăng chảy mũi đục theo sau một đợt URI điển hình 5-7 ngày và đã có dấu hiệu cải thiện trước đó ("double sickening") .
- + Khởi phát với triệu chứng nặng: sốt cao  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  và chảy mũi mủ, hay đau nhức mặt, kéo dài ít nhất 3-4 ngày liên tục ngay từ lúc khởi phát bệnh.

### **Triệu chứng ABRS:**

- Đau nhức, nặng mặt
- Nghẹt mũi đáp ứng kém với thuốc co mạch
- Chảy mũi đục/ vàng
- Đau răng hàm trên
- Ấn các điểm xoang gây đau
- Khám thấy dịch mũi mủ

**Cơ chế bệnh sinh và hậu quả:** Do viêm nhiễm niêm mạc mũi, viêm làm phù nề xung huyết nặng vùng mũi, các cuốn mũi sưng làm nghẹt, tắc các đường dẫn lưu và các lỗ thông xoang cũng bị bít tắc, trong xoang không khí bị hấp thu, tạo áp lực âm gây đau nhức, khi có điều kiện thuận lợi sẽ có xu hướng hút vào trong xoang các dịch viêm từ mũi vào xoang từ đó gây viêm xoang, lúc đó dịch tiết của xoang viêm sẽ rất nhiều làm tăng áp lực cũng gây đau nhức, xoang xiêm không được dẫn lưu tốt làm quá trình viêm kéo dài, có thể dẫn tới viêm mũi xoang mạn tính, hẹp tắc các lỗ thông, phình các xoang, thoái hóa polype mũi...

### **CẬN LÂM SÀNG:**

#### **Nội soi mũi:**

- Giúp đánh giá tốt dịch ở khe giữa, khe trên và ngách sàng bướm.
- Không được trang bị đối với đa số bác sĩ gia đình
- Thực sự cần thiết đối với các TH thất bại với điều trị theo kinh nghiệm.

#### **Chụp X Quang:**

- Không cần thiết
- Không làm tăng độ chính xác so với tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng  $> <$  nhiễm tia xạ.
- Không phân biệt được VMX do vi khuẩn hay virus.
- Tỷ lệ bất thường CT scan bất thường khá cao đối với NTHHT (87% ở người lớn theo Gwaltney và 68% ở trẻ em theo Kristo).

#### **Chỉ định chụp X-Quang:**

- Không đáp ứng điều trị

- Nghi ngờ có biến chứng (đau đầu dữ dội, sưng nề mắt, liệt dây thần kinh số, lồi mắt )

→ chụp CT cản quang.

- Tổng phân tích tế bào máu,

- Xét nghiệm đàm nhày mũi tìm VK , nuôi cấy đàm, nhuộm Gram đàm. Lấy dịch trực tiếp từ xoang qua chọc hút xoang hay nội soi mũi xoang.

- Phết mũi họng: không đáng tin cậy.

- Nội soi lấy dịch ở khe giữa: ở người lớn: độ nhạy 81%, đặc hiệu 91%, độ chính xác 87%; ở trẻ em độ tin cậy chưa được xác lập.

## **VI KHUẨN GÂY ABRS:**

- VK phân lập được ở bệnh nhân ABRS người lớn

• *S. pneumoniae*: 20 - 43%

• *H. influenzae*: 22% - 35%

• *M. Catarrhalis*: 2% - 10%

• *Staph aureus*: 10%

- Vi khuẩn học của ABRS đã thay đổi nhờ vaccin phế cầu.

▪ *S. pneumoniae*: 35%

▪ *H. influenzae*: 43%

## **NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:**

Điều trị triệu chứng, chỉ dùng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn.

Nguyên tắc: Các điều trị giúp chống viêm , giảm phù nề, chống bít tắc mũi, khai thông các lỗ thông xoang và các đường dẫn lưu dịch mũi xoang, loãng đàm, rửa mũi.

- Rửa mũi bằng nước muối sinh lý: làm giảm triệu chứng, cải thiện thanh thải chất nhầy.

- Corticoid xịt mũi tại chỗ: làm giảm triệu chứng, giảm tắc nghẽn phức hợp lỗ thông khe, giúp dẫn lưu xoang.

Thuốc co mạch

- Tại chỗ: dùng 3-5 ngày

- Toàn thân: pseudoephedrine hay phenylephrine (decolgen...)

Thuốc chống dị ứng: Thế hệ 2.

Thuốc giảm đau, hạ sốt, loãng đàm.

## **Điều trị Kháng sinh: Khi có bội nhiễm vi khuẩn**

Thuốc Kháng sinh first-line được khuyến cáo

Amoxicillin / Amoxicillin –clavulanat.

Nếu Dị ứng PNC: Quinolones hay Cephalosporin 3 + Clindamycin

Thời gian điều trị kháng sinh: Khoảng 5-10 ngày ở người lớn và 7-14 ngày ở trẻ em.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- EPOS 2012 và EPOS 2020 - The European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal

Polyps 2012 & 2020

- Chronic Rhinosinusitis 30th August 2019 Nattasasi Suchamalawong ,MD  
Pediatric

Allergy and Immunology unit King Chulalongkorn memorial hospital

- CRSwNP : significantly greater concentrations of eosinophil cationic protein (ECP)

Gurrola and Borish. J Allergy Clin Immunol 2017;140:1499-508.

- Gurrola and Borish. J Allergy Clin Immunol 2017;140:1499-508

- Jivianne T. Lee Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery, Chapter 7, 47-63

- A.T. Peters et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2014;113:347-385 CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYP

- Zhang et a. J Allergy Clin Immunol 2017;140:1230-9.

# BÀI 5: VIÊM HỌNG

## I. MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm họng.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm họng.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm họng.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc và điều trị của bệnh lý Viêm họng.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm họng.

## II. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng cấp tính là viêm cấp tính niêm mạc vùng họng (họng miệng, họng mũi, và họng thanh quản).

### 1. Bệnh nguyên

Nguyên nhân do siêu vi chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm 60-80%, thường do RSV (Retro Syntitial Virus), Adenovirus, virus Parainfluenzae, , virus Coxsackie, virus Herpès, virus Zona, EBV...

Do vi khuẩn chiếm 20-40%, gồm liên cầu (tan huyết nhóm A, các nhóm B, C, G ít gặp), H. influenzae, tụ cầu vàng, Moraxella catarrhalis, vi khuẩn kỵ khí. Các vi khuẩn Neiseria, phế cầu, Mycoplasme rất hiếm gặp. Trong đó, vi trùng hay gặp là *Streptocoque hemolytique nhóm A*.

Yếu tố thuận lợi: lạnh, ẩm, tổng trạng xấu, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, tạm thời hay mắc phải.

### 2. Bệnh sinh

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

Bệnh lây lan qua đường không khí hoặc tiếp xúc trực tiếp với các chất tiết như dịch ho, nước bọt, nước mũi...

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

#### 1.1 Lâm sàng:

Giai đoạn đầu:

Đột ngột sau một đợt cảm cúm: sốt cao 39°C, run rẩy, đau nhức cơ toàn thân

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

Họng đỏ lan tỏa hay khu trú ở amyđan, hạch cổ sung.

Giai đoạn sau:

Hôi miệng, lưỡi đỏ, chảy mũi

Ho có đờm hoặc ho khan, đôi khi kèm viêm thanh quản, viêm kết mạc...

Toàn bộ niêm mạc họng đỏ, xuất tiết.

Tổ chức bạch huyết ở thành sau họng đỏ mọng và có những mao mạch nổi rõ.

Hai amidan khẩu cái cũng sưng to đỏ, có khi có những chấm mũ trắng hoặc lớp bọt

trắng (như bọt cháo trắng) phủ trên bề mặt amidan.

Trụ trước và trụ sau đỏ.

Có hạch góc hàm sưng nhẹ và hơi đau.

**Cận lâm sàng:**

Công thức máu: Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bội nhiễm thì Neutrophil tăng cao.

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

## **IV. PHÂN LOẠI BỆNH**

### **1. Viêm họng:**

#### **1.1 Viêm họng không đặc hiệu:**

Viêm họng khu trú

Viêm họng đỏ thông thường

Viêm họng trắng thông thường.

Loét amyđan.

Viêm tấy quanh amyđan.

Viêm họng toả lan

Viêm họng tấy toả lan

Hoại thư họng

#### **1.2 Viêm họng đặc hiệu**

Viêm họng bạch hầu: thường gặp ở trẻ em, bệnh có vẻ trầm lắng. Do vi khuẩn bạch hầu tạo giả mạc trắng xám, dính ở vùng hầu họng có xu hướng lan rộng, cần điều trị đặc hiệu ngay để tránh biến chứng các cơ quan. Lưu ý: Giả mạc của bạch hầu có tính chất màu xám, bóc chảy máu, và bỏ vào nước không tan. Cây giả mạc thấy vi trùng Klebs-Loeffler.

Viêm họng do Streptococcus Hemolytic nhóm A (Liên cầu trùng tan huyết nhóm A), thường xảy ra nhất, với các biến chứng nặng ở các cơ quan như tim hoặc khớp. Vì vậy, định bệnh viêm họng do liên cầu tan huyết nhóm A để sử dụng kháng sinh kịp thời, hợp lý rất quan trọng. Về mặt lâm sàng, viêm họng do liên cầu thường có triệu chứng sốt, họng đỏ, đờm ít mù trên a-mi-đan. Thông thường, viêm họng do liên cầu thường không có triệu chứng của mũi (nghẹt mũi, chảy mũi nước) hoặc triệu chứng ho. Tuy vậy, có khoảng 20% số bệnh nhân mắc liên cầu không có triệu chứng. Vì vậy, để đánh giá nguy cơ viêm họng cấp do liên cầu, người ta thường dùng thang điểm Centor 1981 (**Bảng 1**) để có quyết định điều trị kháng sinh hợp lý. Ngoài các yếu tố về mặt lâm sàng, có thể dùng xét nghiệm ASO để tìm kháng thể streptococcus trong máu.

**Bảng 1: Thang điểm Centor 1981**

Đặc điểm	Điểm
Sốt trên 38	1
Không ho	1
Căng đau hạch cổ	1
Viêm a-mi-đan xuất tiết	1

Với thang điểm từ 3-4, giá trị (+) trong chẩn đoán viêm họng do liên cầu là 40-60%, lúc này có thể sử dụng kháng sinh kháng liên cầu trong điều trị. Ngược lại, nếu dưới 3 triệu chứng, khả năng chẩn đoán liên cầu rất thấp.

Viêm họng Vincent: là bệnh lý viêm miệng hơn là viêm họng thật sự. Do xoắn khuẩn Vincent gây bệnh ở người trẻ suy giảm miễn dịch, đau họng dữ dội, sốt và có hạch, đặc trưng bởi loét hoại tử có giả mạc trắng xám dính ở niêm mạc miệng, nướu và họng, thường khu trú ở một bên amydan.

Lao họng

Giang mai họng

Nấm họng

### 1.3 Viêm họng do bệnh máu:

Viêm họng trong bạch cầu cấp: suy giảm miễn dịch do giảm Neutrophil, vi khuẩn thường trú trở thành vi khuẩn gây bệnh và gây hoại tử Amydan. Viêm họng có giả mạc và loét có xu hướng xuất huyết.

Viêm họng do tăng Bạch cầu đơn nhân: viêm họng bình thường sau đó là giai đoạn có bựa trắng rồi loét hoại tử, đáy có mũ hôi, có xu hướng xuất huyết kèm hạch cổ. Bệnh lành tính, lành bệnh sau 15-20 ngày.

Viêm họng trong suy tuỷ, mất bạch cầu hạt.

## **2. Viêm họng do AIDS:**

kéo dài trên 8 tuần, xuất hiện nhiều giả mạc trắng nhạt và dính chỉ giới hạn ở amydan khẩu cái, lưỡi dơ.

## **3. Viêm họng loét:**

Là viêm họng kèm mất chất nông hoặc có vảy, hoặc loét biểu bì bao phủ

Viêm họng loét thượng bì:

+ Herpes: nổi bóng nước thành chùm, sau đó vỡ tạo vết loét có đáy vàng hoặc trắng ngà trên nền hồng ban

+ Aphtous: loét trợt sau một bóng nước đơn độc rải rác

+ Zona: bóng nước 1 bên cơ thể đi theo đường chi phối của dây thần kinh tương ứng

+ Pemphigus: Là bệnh lý tự miễn, xuất hiện các bóng nước to chứa thanh dịch hoặc máu.

Viêm họng loét hoại tử:

+ Viêm họng cấp thể Mours (viêm Amydan hốc loét cấp): chỉ gặp ở người trẻ, loét hoại tử cực trên amydan, bệnh tự giới hạn trong 10 ngày.

+ Viêm họng hoại thư thứ phát: thường gặp ở cơ địa ĐTĐ, suy giảm miễn dịch, xuất hiện sau sốt thương hàn hoặc sốt phát ban

+ Bệnh Schultze: bệnh lý do thuốc (Aserno-Benzols, Sulfamides,...) gây tăng sinh tế bào hạt dòng tủy, nổi bật với hội chứng nhiễm trùng nặng, loét họng và amydan hoại thư, có mùi hôi, luôn luôn kèm sưng hạch.

## **4. Chẩn đoán phân biệt**

Dị vật đường ăn: đau nhói họng đột ngột trong khi ăn, soi họng thấy dị vật.

Viêm niêm mạc miệng: niêm mạc miệng đỏ, có thể thấy vết trợt, loét ở bên má, lưỡi.

## **V. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc:**

Trong đa số các trường hợp viêm họng cấp, nguyên nhân gây bệnh thường là do tác nhân siêu vi. Vì vậy, việc điều trị chủ yếu là giải quyết triệu chứng khó chịu



(đau họng, ho, sốt) cho bệnh nhân, nâng đỡ tổng trạng bằng cách bù nước và điện giải, và phòng ngừa nhiễm vi khuẩn bội nhiễm.

Tuy nhiên, ở một số trường hợp có thể cần nhắc sử dụng kháng sinh cho bệnh nhân bao gồm:

- Các triệu chứng đau họng, ho, sốt không thuyên giảm sau 3-5 ngày điều trị triệu chứng hoặc chăm sóc tại nhà; hoặc trong trường hợp các triệu chứng trở nên nặng hơn sau 3-5 ngày.

- Bệnh nhân bắt đầu xuất hiện các biến chứng của viêm họng cấp như áp xe quanh amidan, viêm đường hô hấp dưới, viêm mô tế bào vùng mặt, hay các triệu chứng toàn thân trở nặng.

- Các bệnh nhân với thang điểm Centor 3-4, hoặc các bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân mà có thể gây nặng nếu viêm họng cấp bội nhiễm vi khuẩn.

## **2. Điều trị cụ thể**

### **a. 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.

### **b. Điều trị triệu chứng:**

+ Hạ sốt, giảm đau: Trong trường hợp bệnh nhân đau họng nhiều, có thể sử dụng paracetamol hoặc ibuprofen để hạ sốt và giảm đau, cần lưu ý liều gây độc gan của paracetamol trên bệnh nhân.

+ Giảm ho: Hiện nay, các thuốc long đờm, loãng đờm và tăng tiết đàm thường được sử dụng như Acetylcysteine, Bromhexin, hay Ambroxol thường được xài rộng rãi trên các bệnh nhân ho đàm. Tuy nhiên, theo phát đề NICE điều trị viêm họng cấp, trong số các thuốc loãng đờm, Acetylcysteine được chứng minh là có hiệu quả nhất và đem lại lợi ích lớn hơn so với sử dụng giả dược cho việc giảm khó chịu khi ho đối với bệnh nhân viêm họng cấp.

+ Corticoide: Trong điều trị viêm họng cấp, có thể sử dụng kháng viêm đường uống. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng bệnh lý viêm họng cấp thường tự khỏi sau 3 ngày đến 1 tuần, vì vậy tùy thuộc vào độ khó chịu của triệu chứng và tùy thuộc vào

từng bệnh nhân có thể cân nhắc sử dụng kháng viêm đường uống trong điều trị viêm họng cấp.

+ Thuốc ức chế ho: Hiện nay, trên lâm sàng thường hay sử dụng các thuốc dẫn phế quản như Salbutamol hay Dextromethorphan để giảm cơn ho. Đối với Salbutamol, hiệu quả giảm cơn ho đã được chứng minh là tương đối kém, nhưng tác dụng phụ đem lại là co giật tay chân lại xuất hiện nhiều, nên thường các bác sĩ lâm sàng ưa chọn Dextromethorphan trong điều trị cắt cơn ho. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng, đối với các bệnh nhân có triệu chứng ho đàm, vướng họng do đàm đặc, hoặc có cơn hen cấp, việc sử dụng Dextromethorphan có thể làm nặng tình trạng bệnh.

### **c. Chế độ dinh dưỡng, sinh tố**

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

## **VI. THEO DÕI - TIÊN LƯỢNG**

Nếu do virus, bệnh thường kéo dài 3-5 ngày thì tự khỏi, các triệu chứng giảm dần.

Nếu do vi khuẩn bội nhiễm, đặc biệt là liên cầu, bệnh thường kéo dài ngày hơn, đòi hỏi điều trị kháng sinh phù hợp để tránh các biến chứng.

### **- Biến chứng tại chỗ:**

Viêm tấy hoặc áp xe quanh amidan

Viêm tấy hoặc áp xe các khoảng bên họng

Áp xe thành sau họng ở trẻ nhỏ 1-2 tuổi

Viêm tấy hoại thư vùng cổ rất hiếm gặp nhưng tiên lượng rất nặng.

### **- Biến chứng lân cận:**

Viêm thanh khí phế quản, viêm phổi

Viêm tai giữa cấp

Viêm mũi viêm xoang cấp.

### **- Biến chứng xa:**

Liên cầu tan huyết có thể gây viêm thận, viêm khớp, viêm tim

Choáng nhiễm độc liên cầu hoặc cá biệt có thể nhiễm trùng huyết. Cần phân biệt với các bệnh lý viêm họng đặc hiệu để điều trị kịp thời.

## **VII. PHÒNG BỆNH**

Tránh tiếp xúc trực tiếp với người đang bị viêm đường hô hấp trên, cúm...

Nâng cao mức sống, tăng sức đề kháng của cơ thể, bảo vệ môi trường trong sạch, phòng hộ lao động tốt, tránh thuốc lá và rượu.

Vệ sinh răng miệng tốt, súc họng thường xuyên với nước muối sinh lý.

Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em

## **VIII. VIÊM HỌNG ĐỎ**

Thực chất là viêm họng cấp tính ở họng hoặc ở amidan hay gặp vào mùa lạnh hoặc khi thời tiết thay đổi. Viêm toàn bộ niêm mạc họng có màu sắc đỏ nên được gọi là viêm họng đỏ.

### **1. Nguyên nhân.**

Virút: virút cúm, sởi.

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

### **2. Triệu chứng (do virút).**

**2.1. Toàn thân:** Bắt đầu đột ngột, ớn lạnh, sốt cao 390C – 400C, đau mình, kém ăn và kém ngủ.

#### **2.2. Cơ năng:**

Lúc đầu có cảm giác khô nóng trong họng dần dần thành cảm giác đau rất tăng lên khi nuốt, khi ho và khi nói, đau lên tai và đau nhói khi nuốt.

Ngạt tắc mũi và chảy nước mũi nhầy.

Triệu chứng thanh quản: tiếng khàn nhẹ và ho khan.

#### **2.3. Tại chỗ:**

Toàn bộ niêm mạc họng đỏ rực, màn hầu, trụ trước, trụ sau và thành sau họng phù nề, xung huyết đỏ.

Hai amidan viêm to, trên bề mặt amidan có chất nhầy trong. Có khi có bọt trắng như nước cháo phủ trên bề mặt amidan hoặc miệng các hốc.

Hạch cổ, hạch dưới hàm sưng, đau.

#### **2.4. Xét nghiệm:** Bạch cầu trong máu không tăng.

### **3. Thể lâm sàng.**

**3.1. Viêm họng đỏ do cúm:** Thành từng vụ dịch với các triệu chứng khá nặng: nhức đầu, đau cổ, xuất huyết ở thành họng.

**3.2. Viêm họng đỏ do vi rút A.P.C. (Conjunctival) ở trẻ em:** Sụt xìt mũi, viêm họng đỏ, viêm màng tiếp hợp và sưng hạch cổ.

**3.3. Viêm họng đỏ do vi khuẩn:** Viêm V.A và viêm amidan biểu hiện sốt cao, co giật, ngạt mũi, nôn mửa, hạch cổ sưng đau.

#### **4. Chẩn đoán:** Dựa vào các triệu chứng:

Sốt cao đột ngột.

Đau họng.

Các bệnh tích khám họng.

XN: BC không tăng.

#### **5. Điều trị.**

Nghỉ ngơi, giữ ấm.

Điều trị tại chỗ và điều trị triệu chứng.

Hạ sốt: Aspirin, A.P.C, Analgin, Paracetamol...

Chống đau họng: Hàng ngày súc họng bằng các dung dịch kiềm ấm như nước muối, dung dịch clorat kali 1% hoặc BBM, trẻ em bôi họng bằng glyxerin bôrat 5%. Nhỏ mũi argyron 1%.

Dùng kháng sinh toàn thân và tại chỗ khi có biến chứng như viêm thận, khớp, thanh quản, viêm tai giữa, viêm phế quản ...

#### **6. Điều trị dự phòng.**

Không dùng chung khăn mặt, bát đĩa cốc chén với bệnh nhân.

Rỏ dầu gômêno hoặc tỏi pha loãng khi xung quanh có nhiều người viêm họng.

Cắt amidan khi bị viêm tái phát nhiều lần.

#### **7. Tiên triển.**

Bệnh diễn biến trong 3-4 ngày, nếu sức đề kháng tốt, bệnh sẽ lui dần, các triệu chứng trên sẽ mất đi rất nhanh.

Nếu có bội nhiễm do liên cầu, tụ cầu, phế cầu các biến chứng sẽ xảy ra như viêm tai, viêm mũi, phế quản phế viêm.

### **IX. VIÊM HỌNG CÓ BỤA TRẮNG THÔNG THƯỜNG HAY LÀ VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU**

Là một bệnh viêm họng nặng và thường có các biến chứng thấp tim, viêm khớp, viêm thận ... cần được phát hiện và điều trị kịp thời. Viêm toàn bộ niêm mạc họng có giả mạc trắng nên được gọi là viêm họng trắng.

#### **1. Nguyên nhân.**

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

#### **2. Triệu chứng.**

**2.1. Toàn thân:** Diễn biến thường râm rộ, bệnh nhân sốt cao 38<sup>0</sup>-39<sup>0</sup>C có rét run hoặc ón lạnh, thể trạng mệt mỏi rõ rệt, nhức đầu nhiều.

**2.2. Cơ năng:** Đau họng, đau khi nuốt, đau nhói lên tai.

**2.3. Thực thể:**

Hai amidan to đỏ thẫm, các khe giãn. Một lớp bọt trắng bao phủ miệng khe. Lớp bọt này đầu tiên màu trắng kem sau trở lên vàng xám và chỉ khu trú ở amidan và có thể dùng bông chùi đi mà không gây ra chảy máu.

Trụ trước, trụ sau, lưỡi gà và màn hầu xung huyết đỏ nhưng không nề.

Ở thành sau họng có vài đảo lympho bị viêm có bọt trắng.

Các hạch ở vùng sau góc hàm bị sưng đau.

**2.4. Xét nghiệm:**

Quyết họng để soi cấy tìm vi khuẩn thấy liên cầu khuẩn tan huyết b nhóm A.

Số lượng BC tăng từ 10.000 tới 12.000.

Tốc độ máu lắng tăng cao, có thể có albumin trong nước tiểu.

**3. Chẩn đoán:**

**3.1. Chẩn đoán xác định:**

Dựa vào các triệu chứng: sốt cao, đau họng và các bệnh tích viêm ở họng.

Xét nghiệm: BC tăng cao (N tăng), máu lắng tăng cao, soi cấy tìm thấy liên cầu khuẩn.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt:**

**Bệnh bạch hầu:**

Bệnh bạch hầu thường xảy ra thành dịch.

Trong bệnh bạch hầu thường có giả mạc, giả mạc gắn chặt vào niêm mạc, khi bóc ra thì chảy máu, giả mạc mọc rất nhanh, lan ra các trụ và màn hầu, giả mạc không tan trong nước.

Bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc rõ.

Hạch dưới cằm, ở cổ nổi nhiều và nhanh.

Trước một viêm họng trắng bao giờ cũng quyết họng và cấy khuẩn.

**Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân:**

Viêm loét họng có giả mạc trắng.

Có hạch cổ to.

Thể trạng suy nhược.

Trong máu tế bào đơn nhân tăng cao.

#### **4. Điều trị:**

##### **4.1. Toàn thân:**

Kháng sinh diễn biến tốt (cephalothin, amikacin, gentamicin ...)

Giảm đau.

Hạ sốt.

Nghỉ ngơi, nâng đỡ cơ thể.

##### **4.2. Tại chỗ:** khí dung, bôi họng ...

**4.3. Điều trị tại tuyến cơ sở:** Dùng kháng sinh có tác dụng thuyên giảm bệnh trong vòng 24 giờ.

**4.4. Điều trị tại tuyến trên:** Cắt amidan nếu có viêm tấy nhiều lần kèm theo có albumin trong nước tiểu.

**5. Biện chứng:** Diễn biến bệnh thường kéo dài 10 ngày mới khỏi hẳn, nếu kéo dài hơn sẽ gây biến chứng.

Viêm thận, bệnh Osler, thấp tim ở tuần thứ hai, thứ ba.

Viêm tấy xung quanh amidan.

Viêm tai.

Viêm xoang.

Viêm thanh quản.

Viêm phế quản.

Nhiễm trùng huyết.

Viêm hạch mũ...

## **PHẦN 2: VIÊM HỌNG MẠN TÍNH**

Viêm họng mạn tính là viêm lan tỏa ở họng, rất hay gặp và thường phối hợp với các bệnh viêm mũi, viêm xoang mạn tính hay đôi khi với viêm thanh, khí phế quản mạn tính. Viêm họng mạn tính thể hiện dưới 3 hình thức: xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể toả lan hoặc khu trú.

### **1. Nguyên nhân.**

Bệnh thường gặp do ảnh hưởng của ngạt tắc mũi, phải thở bằng miệng kéo dài, nhất là về mùa lạnh. Do dị hình vách ngăn, pôlíp mũi, viêm xoang nhất là viêm xoang sau: nhầy, mũ luôn chảy xuống họng.

Do các kích thích như: khói thuốc lá, rượu, bụi, sợi bông, hoá chất...

Do yếu tố cơ địa: thể địa dị ứng, suy gan, đái đường...

## **2. Triệu chứng.**

### **2.1. Triệu chứng chức năng.**

Cảm thấy khô họng, nóng, rát trong họng hoặc có cảm giác ngứa họng, vướng họng nhất là mới ngủ dậy, phải cố khạc đờm, đằng hắng để làm long đờm, đờm dẻo và đặc thường tăng lên khi nuốt.

Bệnh nhân thường phải khạc nhổ luôn, có ít nhầy quánh, thường hay bị ho, nhất là vào ban đêm, khi lạnh.

Nuốt hơi nghẹn.

Tiếng nói bị khàn trong giây lát rồi trở lại bình thường (uống rượu, hút thuốc lá nhiều, nói nhiều, triệu chứng trên càng rõ rệt).

### **2.2. Triệu chứng thực thể: Tùy theo tổn thương, có thể thấy các thể:**

Viêm họng xuất tiết.

Niêm mạc họng đỏ, ướt, xuất tiết nhầy, trong dính vào thành sau họng.

Khạc hay hút rửa dịch nhầy, thấy thành sau họng không nhẵn, có vài tia máu và nang lympho nổi lên thành những hạt nê, đỏ.

Viêm họng quá phát.

Niêm mạc họng dày và đỏ.

Cạnh trụ sau của amidan, niêm mạc nề dày lên làm thành trụ giả.

Bệnh nhân rất nhạy cảm ở họng và rất dễ buồn nôn.

Thành sau họng có các nang lympho phát triển mạnh, quá sản dày thành những đám nê, màu hồng hay đỏ lồi cao hơn thường gọi đó là viêm họng hạt.

Màn hầu và lưỡi gà cũng trở nên dày.

Eo họng bị hẹp.

Niêm mạc loa vòi Eustachi cũng quá sản, gây ù tai.

Mép sau của thanh quản cũng bị dày gây ho khan, khàn tiếng và xuất tiết nhiều.

Viêm họng teo: Quá phát lâu ngày chuyển sang teo. Tuyến nhầy và nang tân xơ hoá.

Niêm mạc trở lên nhẵn mỏng, trắng bệch có mạch máu nhỏ.

Eo họng rộng ra.

Dịch nhầy khô lại và biến thành vảy dính vào niêm mạc, phải đằng hắng hoặc ho luôn.

## **4. Tiến triển và biến chứng.**

Viêm họng mạn tính khi loại trừ được các yếu tố nguyên nhân cũng có thể khỏi được. Thường các viêm họng mạn tính sẽ lần lượt qua các giai đoạn xuất tiết, quá phát và teo nên dễ kéo dài không điều trị. Đặc biệt các trường hợp trĩ mũi (ozen). Suy yếu niêm mạc đường thở do các bụi hoá chất cũng trở thành viêm họng teo.

Viêm họng mạn tính cũng thường đưa đến viêm thanh quản mạn tính, viêm khí, phế quản mạn tính... hoặc các đợt viêm cấp tính như: viêm amidan cấp tính, áp xe amidan...

Gây lên suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh do phải khạc nhổ nhiều, nhất là ban đêm.

## **5. Điều trị.**

### **5.1. Điều trị nguyên nhân.**

Giải quyết các ổ viêm ở mũi, ở xoang (viêm xoang sau), viêm amidan.

Giải quyết tốt sự lưu thông của mũi.

Loại bỏ các yếu tố kích thích như: bụi, hoá chất, thuốc lá, rượu...

### **5.2. Điều trị tại chỗ.**

Giai đoạn xuất tiết:

Súc miệng bằng dung dịch kiềm như: B.B.M.

Bôi và chườm họng bằng glycerin borat 3%, S.M.C (Salicylat Na, menthol).

Khí dung họng với hydrocortison + kháng sinh.

Nếu có nhiều nhày dính ở thành sau họng thì rửa bằng dung dịch borat Na 1% cho hết vảy, bôi họng và khí dung.

Với viêm họng quá phát thì đốt bằng điện hoặc bằng nitơ lạnh.

Giai đoạn quá phát: Đốt nóng hoặc đốt bằng nitơ lạnh hay lase.

Giai đoạn teo: Bôi glyxêrin iôt 0,5% hoặc mỡ thuỷ ngân 1%.

### **5.3. Phòng bệnh.**

Đeo khẩu trang bảo hộ khi tiếp xúc với bụi và hoá chất.

Súc họng hàng ngày bằng dung dịch kiềm ấm hoặc nước muối.

Nâng cao thể trạng: cho uống các vitamin A, D2, uống nước suối, nước khoáng.



# BÀI 6: VIÊM AMIDAN

## I. MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm amidan.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm amidan.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm amidan.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc và điều trị của bệnh lý Viêm amidan.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm amidan.

## I. ĐỊNH NGHĨA:

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

### 1. Nguyên nhân.

**1.1. Nhiễm khuẩn:** Có thể cả tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí.

### 1.2. Yếu tố thuận lợi:

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

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

Sức đề kháng kém, thể bạch tạng.

Có các ổ viêm nhiễm ở họng như: sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang.

## 2. Triệu chứng.

### 2.1. Triệu chứng cơ năng:

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

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

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

### 2.2. Triệu chứng thực thể:

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

**Thể quá phát:** Thường gặp ở trẻ em, amidan to như hai hạt hạnh nhân ở 2 bên thành họng, vượt qua trụ trước, lún vào làm hẹp eo họng. Có thể phân độ a-mi-đan quá phát theo 4 độ như sau; Độ I: A-mi-đan nằm gọn trong hố a-mi-đan được giới hạn phía trước bởi trụ trước và phía sau bởi trụ sau a-mi-đan; Độ II: A-mi-đan nằm ra khỏi hố a-mi-đan làm chiếm 25% khoảng cách từ hố a-mi-đan đến lưỡi gà; Độ III: A-mi-đan sưng to chiếm 75% khoảng cách từ hố a-mi-đan đến lưỡi gà; Độ IV: A-mi-đan chiếm toàn bộ khoảng cách từ hố a-mi-đan đến lưỡi gà.

**Thể xơ teo:** Thường gặp ở người lớn, amidan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ hoặc chằng chịt xơ trắng biểu hiện bị viêm nhiễm nhiều lần. Màu đỏ sẫm, trụ trước đỏ, trụ sau dày. Amidan chắc, ấn vào amidan có thể thấy phòi mũ hôi ở các hốc.

Hạch góc hàm sưng to.

### 3. Chẩn đoán.

Viêm amidan mạn tính có thể là một ổ viêm nhiễm gây nên những bệnh toàn thân khác nhưng khẳng định điều đó là một vấn đề tế nhị và khó khăn.

Người ta đề xuất nhiều chứng nghiệm amidan, những chứng nghiệm quen thuộc là:

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

Test Lemée: Nếu amidan viêm đã gây các biến chứng, sau khi xoa sát amidan có khi thấy khớp đau hơn, xuất hiện phù nhẹ hoặc trong nước tiểu có hồng cầu.

Đo tỷ lệ Antistreptolysin trong máu. Bình thường 200 đơn vị. Khi viêm do liên cầu sẽ tăng cao từ 500 – 1000 đơn vị.

### 4. Biến chứng.

Viêm tấy, áp xe quanh amidan.

Viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng.

Viêm cầu thận.

Viêm nội tâm mạc.

Viêm khớp.

Nhiễm khuẩn huyết.

### 5. Điều trị.

**5.1. Điều trị ngoại khoa:** Phẫu thuật amidan hiện nay rất phổ biến. Tuy nhiên cần có chỉ định chặt chẽ. Chỉ cắt khi nào amidan thực sự trở thành một lò viêm (focal infection) gây hại cho cơ thể.

Chỉ định:

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

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

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

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

Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở, khó nuốt.

Chống chỉ định:

***Chống chỉ định tuyệt đối:***

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

Các bệnh về tim mạch như: cao huyết áp, suy tim, suy thận giai đoạn mất bù.

***Chống chỉ định tương đối:***

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

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

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

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

Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: Đái đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai...

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

Thời tiết quá nóng hoặc quá lạnh.

Các cháu bé dưới 5 tuổi hoặc người lớn trên 30 tuổi.

Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng.

**5.2. Nâng cơ thể:** iốt, asen, sinh tố, canxi

# BÀI 7: VIÊM THANH QUẢN

## I. MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về bệnh lý Viêm thanh quản.
- Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Viêm thanh quản.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Viêm thanh quản.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc và điều trị của bệnh lý Viêm thanh quản.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Viêm thanh quản.

## PHẦN 1: VIÊM THANH QUẢN CẤP

### Đại cương:

\* Viêm thanh quản cấp thường gặp ở trẻ em và người lớn nhất là vào mùa lạnh

\* Bệnh tích chủ yếu ở niêm mạc thanh quản, tuy nhiên viêm có thể lan xuống các cấu trúc khác của thanh quản từ xung huyết, phù nề, loét niêm mạc tới viêm cơ, hoại tử sụn

\* Viêm thanh quản cấp được chia làm 2 loại

- Viêm thanh quản cấp ở người lớn
- Viêm thanh quản cấp ở trẻ em

### A. VTQ cấp ở người lớn

- VTQ xuất tiết thông thường
- VTQ cúm
- Viêm thanh thiệt phù nề

### I. VTQ xuất tiết thông thường

Nguyên nhân thường do vi rút, hay gặp vào mùa rét. Điều kiện thuận lợi để bệnh phát sinh thường là do nhiễm lạnh.

#### 1. Triệu chứng

##### 1.1. Cơ năng

Khởi phát thường là viêm nhiễm vùng mũi họng: nuốt đau rát, khô miệng, chảy mũi nhầy

Tiếng nói trở nên khàn và có khi mất hẳn

Ho khan hoặc có xuất tiết trắng nhày.

### *1.2. Toàn thân:*

Thường nghèo nàn, bệnh nhân có cảm giác ớn lạnh, đau mình mẩy mỗi mệ.

### *1.3. Thực thể: Khám thanh quản thấy:*

- Niêm mạc thanh quản xung huyết: ở 2 dây thành, băng thanh thất, tiền đình thanh quản.

- Lớp hạ niêm mạc bị thâm nhiễm gây phù nề thanh thiệt, phù nề sụn phễu và băng thanh thất.

- Bán liệt các cơ căng (cơ giáp phễu) và cơ khép (cơ liên phễu) => khi phát âm thanh mất hình thoi.

Các triệu chứng trên kéo dài vài ngày rồi giảm dần nhưng tiếng nói thường phục hồi chậm (sau 5 – 7 ngày)

## **2. Điều trị**

- Kiên nói

- Điều trị triệu chứng:

+ Giảm ho

+ Làm thuốc thanh quản hoặc khí dung

## **II. VTQ cúm**

Nguyên nhân do vi rút cúm hoặc vi rút cúm kết hợp với các vi khuẩn gây viêm đường hô hấp trên. Triệu chứng lâm sàng phong phú và thay đổi tùy theo loại vi khuẩn phối hợp, theo sức đề kháng của bệnh nhân và theo từng giai đoạn của bệnh.

### **1. Thể xuất tiết:**

- VTQ cúm giống với viêm thanh quản xuất tiết thông thường, thường gặp trong đợt dịch cúm.

- Sốt và mệ mỗi kéo dài. Triệu chứng bán liệt thanh quản chậm hồi phục.

### **2. Thể phù nề:**

Thường do thể viêm xuất tiết tiến triển thành: Sụn phễu và thanh thiệt phù nề niêm mạc căng mọng đỏ, mất bóng. Bệnh nhân thường nuốt rất đau và đôi khi có khó thở. Thể này cần chẩn đoán phân biệt với lao thanh quản.

### **3. Thể hoại tử:**

ít gặp: thường gặp ở người có sức đề kháng giảm sút, suy giảm miễn dịch.

Viêm nhiễm không khu trú ở vùng niêm mạc và hạ niêm mạc mà lan xuống các lớp sâu: màng sụn bị viêm và hoại tử, viêm nhiễm có thể lan rộng tới các tổ chức liên kết lỏng lẻo ở vùng cổ

### 3.1 Cơ năng:

- Bệnh nhân nói khó khàn tiếng hoặc mất hẳn tiếng
- Nuốt khó và nuốt đau
- Có thể có khó thở thanh quản

### 3.2 Toàn thân

- Hội chứng nhiễm trùng nặng

### 3.3. Thực thể

- Thanh quản phù nề viêm loét và có giả mạc che phủ
- Tiên lượng xấu

## 4. Điều trị

- Thể nhẹ điều trị như VTQ xuất tiết
- Trường hợp có viêm tấy và phù nề dùng kháng sinh: kết hợp với Corticoides, giảm viêm
- Khí dung và làm thuốc thanh quản

## III. Viêm thanh thiệt phù nề

### 1. Triệu chứng

#### 1.1. Cơ năng

- Nuốt đau và nuốt vướng
- Có thể có khó thở thanh quản

#### 1.2. Thực thể

- Soi hạ họng thanh quản thấy thanh thiệt sưng nề căng mọng như mồm cá mè, che kín gần toàn bộ tiền đình thanh quản. Niêm mạc thanh thiệt xung huyết đỏ.

### 2. Điều trị Corticoides tiêm và khí dung

#### B. VTQ cấp ? p ? tr ? em

- VTQ cấp xuất tiết thông thường
- VTQ rít
- VTQ phù nề hạ thanh môn
- Viêm thanh khí phế quản Chevalier – Jackson
- VTQ bạch hầu

### **1. VTQ cấp xuất tiết thông thường ở trẻ em**

Triệu chứng giống với VTQ cấp xuất tiết thông thường ở người lớn và diễn biến tốt, sau vài ngày bệnh nhi hết chảy mũi hết ho đỡ khản tiếng.

Điều trị:

- Kháng sinh tùy từng trường hợp
- Nhỏ mũi

### **2. VTQ rít còn gọi là bệnh bạch hầu giả hiệu**

Bệnh chỉ thấy ở trẻ em và cơn khó thở chỉ xảy ra vào ban đêm. Nguyên nhân do cơ địa có thất phối hợp với viêm nhiễm đường hô hấp trên như viêm VA, viêm mũi

2.1. lâm sàng:

- Thường gặp ở trẻ 2 – 6 tuổi đang bị chảy mũi, ngạt mũi, ho nhẹ nhưng vẫn ăn chơi bình thường. Buổi tối hôm đó bé đi ngủ thì nửa đêm xuất hiện cơn khó thở thanh quản kịch phát và điển hình: Khó thở chậm thì thở vào, có tiếng rít và co lõm cơ hô hấp. Cơn khó thở kịch phát làm bệnh nhi dẫy dụa ngạt thở tím tái, ho ông ồng, tiếng khóc khàn. Tuy nhiên cơn khó thở chỉ kéo dài dăm ba phút rồi giảm dần, vài giờ sau cơn khó thở rút lui và bệnh nhi lại ngủ yên thở đều đặn, mặt mũi hồng hào và hôm sau trẻ lại chơi đùa bình thường.

- Cơn khó thở này có thể tái diễn vài lần vào những đêm sau. Người thầy thuốc ít có dịp chứng kiến vì cơn ngắn và xảy ra về đêm, nhiều khi trẻ đến viện thì cơn khó thở đã dứt.

- Khám chỉ thấy thanh quản đỏ nhẹ, vùng hạ thanh môn phù nề. Soi vòm mũi họng thấy có VA.

2.2. Điều trị:

2.2.1. Trong cơn khó thở

- Cho trẻ ngồi dậy
- Corticoides tiêm
- Nhỏ Adrenalin vào mũi + uống Gardenal.

2.2.2. Ngoài cơn

Điều trị viêm VA, viêm mũi, phòng co thắt thanh quản bằng uống Gluconat Canxi

- Phòng bệnh bằng nạo VA

### **3. VTQ phù nề hạ thanh môn**

Đặc điểm của thể này là phù nề thường khu trú ở thanh môn và có thể lan rộng xuống khí phế quản.

### 3.1. Lâm sàng

#### 3.1.1. Cơ năng

- Triệu chứng chính là khó thở thanh quản điển hình: Khó thở chậm thì hít vào có tiếng rít và co lõm cơ hô hấp, ho ông ông.

- Khó thở tăng nhanh chỉ vài giờ sau có thể đã chuyển sang khó thở thanh quản cấp hai, đôi khi có cơn co thắt thanh quản làm bệnh nhi ngạt thở tím tái mất trợn ngược.

- Tiếng nói ít thay đổi, khóc không khan.

#### 3.1.2. Triệu chứng toàn thân

Biểu hiện một hội chứng nhiễm trùng nặng: Sốt cao, mạch nhanh môi khô mặt phờ phạc và có thể có co giật.

#### 3.1.3. Thực thể

Soi thanh quản trực tiếp thấy hai dây thanh xung huyết, vùng hạ thanh môn có hai khối phù nề hình thoi nổi phồng che lấp hạ thanh môn làm cho vùng hạ thanh môn bị chít hẹp nhiều khi chỉ còn 1-2mm.

Bệnh diễn biến phức tạp khó lường. ở những trường hợp tốt sau vài ngày khó thở bệnh giảm dần. ở những trường hợp xấu khó thở chuyển nhanh sang cấp 3 và bệnh nhi có thể tử vong trong vòng 24h.

### 3.2. Điều trị

Corticoides đường tĩnh mạch

- Chống viêm nhiễm bằng kháng sinh
- Chống co thắt bằng Gardenal
- Nếu không đỡ khó thở => mở khí quản

### 4. Viêm thanh phế khí quản ngạt thở Chevalier – Jackson

- Thường là diễn biến tiếp sau của viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn: quá trình phù nề xuất phát từ hạ thanh môn lan nhanh chóng xuống khí quản về phế quản, đồng thời niêm mạc đường hô hấp dưới xuất tiết nhiều dịch nhầy quánh làm tắc khí quản và phế quản.

#### 4.1. Lâm sàng

##### 4.1.1. Cơ năng

Thường xuất hiện đột ngột bằng khó thở nặng và là khó thở hỗn hợp cả hai thì, nhịp thở nhanh nông làm bệnh nhi khò khè ậm ạch, co lõm cơ hô hấp.

##### 4.1.2. Toàn thân



- Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc: Có thể sốt cao trên 40°C hoặc hạ nhiệt độ dưới 36°5

- Mạch nhanh yếu, da xanh tái, chân tay lạnh. Có thể nôn và mất nước

- Bệnh diễn biến nhanh có thể tử vong sau 24-48h nếu không được điều trị kịp thời do ngạt thở hoặc do nhiễm độc thần kinh và truy mạch. Một số trường hợp diễn biến chậm và đưa đến phế quản phế viêm.

#### *4.2. Điều trị.*

- Chống khó thở:

+ Corticoides đường tĩnh mạch

+ Thở oxi

+ Trong trường hợp khó thở nặng: mở khí quản và hút dịch đường hô hấp dưới, nhỏ Alphachymotrypsin qua ống mở khí quản để làm loãng nhầy.

- Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh

- Chống nhiễm độc thần kinh và truy tim mạch: Corticoides đường tiêm và trợ tim bằng Uabain.

#### **5. Viêm thanh quản bạch hầu**

Nguyên nhân do vi khuẩn bạch hầu (Trực khuẩn Loeffler) Bệnh thường thứ phát sau bạch hầu họng.

##### *5.1. Lâm sàng*

Bệnh nhân đang bị bạch hầu họng với các triệu chứng sốt, đau họng, có hạch cổ, loét họng cổ giả mạc thì xuất hiện viêm thanh quản.

- Giai đoạn đầu khàn tiếng, ho khan và khó thở thanh quản độ 1

- Giai đoạn 2

+ Khó thở tăng và là khó thở thanh quản điển hình. Khó thở thường kèm theo những cơn co thắt thanh quản làm bệnh nhi ngạt thở.

+ Mất tiếng và ho ông ông

- Giai đoạn 3

+ Khó thở thanh quản cấp 3 kèm theo nhiễm độc và tê liệt trung tâm hô hấp: bệnh nhi mệt lả, thở nhanh nông và yếu, không còn tiếng rít và có cơn ngừng thở. Toàn thân biểu hiện nhiễm độc nặng da xanh tái mạch nhanh nhỏ khó bắt, chân tay lạnh

Nếu không được điều trị bạch hầu thanh quản sẽ đưa đến tử vong vì ngạt thở, truy mạch do độc tố của vi khuẩn, vì phế quản phế viêm.

##### *5.2. Điều trị*

- Điều trị bạch hầu: dùng kháng sinh (Penixilin hoặc Cefarlosporin) tiêm giải độc tố bạch hầu

- Chống khó thở: thở oxy nếu khó thở thanh quản cấp 1 và mở khí quản nếu khó thở thanh quản cấp 2.

- Chống co thắt: Gardenal, Cloruaconxy

- Chống truy mạch Corticoides đường tiêm và Uabain

- Nâng cao thể trạng

- Phòng bệnh bằng tiêm Vacxin phòng bạch hầu cho trẻ

## **PHẦN 2: VIÊM THANH QUẢN MẠN TÍNH**

### **1. Đại cương**

- Viêm thanh quản mạn tính là tình trạng niêm mạc thanh quản bị biến đổi sau nhiều đợt viêm cấp tính. Quá trình viêm có thể dẫn tới quá sản, loạn sản hoặc teo niêm mạc thanh quản.

- Viêm thanh quản mạn tính thường gặp ở người lớn. Viêm thanh quản được gọi là viêm mạn khi diễn biến kéo dài trên 3 tuần (thời gian có tính chất tương đối).

- Viêm thanh quản mạn tính thỉnh thoảng lại xuất hiện đợt cấp khi có các yếu tố thuận lợi như thay đổi thời tiết, mùa lạnh, trong và sau các đợt viêm mũi xoang, viêm họng cấp...

- Viêm thanh quản mạn tính được chia làm: viêm thanh quản mạn tính thông thường, viêm thanh quản quá phát, viêm thanh quản nghề nghiệp và viêm thanh quản đặc hiệu...

**2. Nguyên nhân:** là một bệnh thường gặp do nhiều yếu tố thuận lợi

- Do phát âm: sử dụng giọng không đúng, quá lạm dụng khi dùng giọng (nghề giáo viên, ca sĩ, bán hàng...).

- Do bệnh lý của đường hô hấp: viêm mũi xoang, viêm họng, viêm amidan...

- Hít phải khí độc như khói thuốc lá, hoá chất.

- Khí hậu ẩm ướt, chênh lệch nhiệt độ quá nhiều trong ngày, một số nghề phải làm việc ngoài trời, nghề nấu ăn, làm thủy tinh...

- Do các bệnh toàn thân: goutte, bệnh gan, bệnh tiểu đường, béo phì...

### **3. Tổn thương mô bệnh học**

- Giai đoạn đầu: niêm mạc xung huyết, các tế bào trụ mất lông chuyển và biến dạng thành tế bào dẹt.

- Giai đoạn sau: biểu mô bị thoái hoá, trở nên dẹt ở nơi bị che kín và dày ở những nơi bị che kín và dày ở những nơi bình thường có biểu mô lát.

#### **4. Triệu chứng lâm sàng**

**4.1. Toàn thân:** nhìn chung không có gì đặc biệt.

#### **4.2. Triệu chứng cơ năng:**

- Giọng nói: thay đổi giọng nói, tiếng nói không vang, làm bệnh nhân phải cố gắng nhiều mới nói to được sau tiếng nói bị rè, khàn và yếu. Nhìn chung khàn tiếng là dấu hiệu quan trọng nhất, khàn tiếng kéo dài lúc tăng lúc giảm kèm theo ho, đôi khi có kèm cảm giác nói đau. Bệnh nhân luôn phải dặng háng cho giọng nói được trong.

- Bệnh nhân có ho khan vào buổi sáng do chất nhầy xuất tiết bám ở thanh quản.

- Cảm giác ngứa, cay và khô rát ở thanh quản.

#### **4.3. Triệu chứng thực thể**

Soi thanh quản thấy:

- Viêm thanh quản tiết nhầy: chất nhầy đọng lại ở một điểm cố định, điểm giữa một phần ba trước và phần ba giữa của dây thanh, đó chính là vị trí hình thành hạt xơ nếu quá trình viêm nhiễm tiếp tục kéo dài. Khi bệnh nhân ho thì chất nhầy trên mất đi, nhìn thấy tổn thương xung huyết ở vị trí trên.

Dây thanh cũng bị thương tổn.

+ Mức độ nhẹ: niêm mạc dây thanh bị xung huyết đỏ, mạch máu dưới niêm mạc bị giãn làm toàn bộ dây thanh bị đỏ, có khi nhìn thấy những tia đỏ.

+ Mức độ nặng: dây thanh bị quá sần và tròn như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, đỏ, mất bóng. Bề mặt thanh thất cũng quá phát to và che kín dây thanh khi phát âm. Trong trường hợp viêm thanh quản lâu ngày có thể thấy được đường vân hoặc kẻ dọc trên mặt thanh đai.

- Nếu viêm thanh quản do tiểu đường, thấy niêm mạc màn hầu và họng cũng dày và xuất tiết.

### **5. Chẩn đoán**

#### **5.1. Chẩn đoán xác định:**

Dựa vào:

- Yếu tố dịch tễ lâm sàng:

+ Nữ

+ Yếu tố thuận lợi: nghề nghiệp, môi trường làm việc, môi trường sống, khí hậu...

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khàn tiếng kéo dài trên 3 tuần.

+ Soi thanh quản thấy niêm mạc thanh quản biến đổi theo từng giai đoạn, có thể dày lên hoặc tạo xơ.

### **5.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Khối u thanh quản:

+ Khối u lành tính: u nang, polip, papiloma...

● Khàn tiếng tăng dần

● GPB

+ Khối u ác tính (ung thư thanh quản).

● Nam giới, tuổi trên 40

● Khàn tiếng giọng cứng, tăng dần, mức độ khàn tiếng ngày càng nặng.

● Hạch cổ

● Soi thanh quản thấy khối u sùi, loét...

● Sinh thiết khối u cho chẩn đoán xác định.

- Liệt thần kinh hồi quy:

+ Khàn tiếng xuất hiện đột ngột hoặc từ từ mức độ khàn tiếng nặng thậm chí mất tiếng, có thể cải thiện dần sau một thời gian.

+ Sặc các chất lỏng vào phổi.

+ Nguyên nhân sau cúm, khối u đỉnh phổi, u tuyến giáp...

### **5.3. Thở lâm sàng:**

- Viêm thanh quản nghề nghiệp

+ Do sử dụng thanh quản như một công cụ lao động như ca sĩ, bán hàng, giáo viên, hát không hợp với lĩnh vực âm của mình hoặc những người làm việc ở những nơi nhiều bụi, nhiều khói, nhiều gió...thường bị viêm thanh quản mạn tính.

+ Trong giai đoạn đầu cường độ của tiếng nói giảm, bệnh nhân không nói to được. Nếu bệnh nhân gắng sức thì giọng nói sẽ bị lạc, đau ở vùng thanh quản khi nói.

+ Soi thanh quản thấy niêm mạc đỏ, rung động niêm mạc bị hạn chế, nếu nghỉ giọng trong một thời gian ngắn, thanh quản hết viêm đỏ, giọng bệnh nhân trở về bình thường. Nếu không nghỉ giọng, không học đúng cách hát lĩnh vực âm của mình, bệnh sẽ diễn biến thành viêm thanh quản mạn tính tái phát hoặc phát triển thành hạt xơ dây thanh.

- Hạt xơ dây thanh: là loại u nhỏ (đường kính bằng hoặc nhỏ hơn 1mm) mọc ở 1/3 trước và nằm ở bờ tự do của dây thanh. Một hoặc hai bên dây thanh. Khi phát âm hạt xơ cọ vào dây thanh bên đối diện hoặc tiếp xúc với nhau làm dây thanh hở khi phát âm gây khàn tiếng.

## **6. Điều trị**

**6.1. Điều trị nguyên nhân:** viêm xoang, viêm mũi họng.

**6.2. Điều trị tại chỗ:** khí dung, làm thuốc thanh quản bằng thuốc chống viêm, giảm phù nề dạng dung dịch.

**6.3. Điều trị toàn thân:** kháng sinh, chống viêm, giảm phù nề đường uống hoặc tiêm.

## **7. Phòng bệnh**

Điều trị triệt để viêm thanh quản cấp

Điều trị viêm nhiễm vùng mũi họng, xoang

Bảo hộ khi làm việc trong môi trường độc hại: bụi, khí độc...

Sử dụng giọng hợp lý

# BÀI 8: KỸ NĂNG LÀM THUỐC TẠI MŨI HỌNG

## \* MỤC TIÊU:

- Nêu được các chỉ định về thuốc Tai mũi họng
- Trình bày các quy định về thực hiện y lệnh thuốc
- Trình bày quy trình kỹ thuật về thực hiện y lệnh thuốc Tai mũi họng
- Thực hiện 01 ca về làm thuốc Tai mũi họng

## 1. Đại cương

Bệnh học của tai mũi họng thực chất là bệnh học của niêm mạc.

Mục đích điều trị tại chỗ vùng tai mũi họng là phải vừa chữa khỏi bệnh vừa bảo vệ được sự toàn vẹn của niêm mạc. Chính vì thế điều trị tại chỗ vùng tai mũi họng đóng một phần rất quan trọng, không kém phần so với điều trị thuốc toàn thân.

Các phương pháp điều trị tại chỗ có thể do thầy thuốc làm tại phòng khám hoặc bệnh nhân tự làm tại nhà.

### 1.1 Các phương pháp điều trị thông thường

#### 1.1.1 Các phương pháp điều trị tại chỗ cho các bệnh về tai

1.1.2 *Làm thuốc tai:* Được chỉ định trong các trường hợp tai có dịch mũ, nhầy, máu chảy ra hoặc sau thủ thuật tai.

##### 1.1.2.1 Lau, rửa hoặc hút tai:

Nhằm làm sạch hết dịch mũ, nhầy máu ở tai.

Dụng cụ: Đèn Clar, ống soi tai, que tăm bông sạch, nước oxy già (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) 12 đơn vị thể tích hoặc nước muối 0,9% , nước chè tươi (nấm), máy nội soi tai mũi họng, máy hút và ống hút nhỏ dùng cho tai.

Cách làm:

Nhỏ hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

Sau đó dùng ống hút nhỏ hút sạch dịch và nước ở trong tai, hoặc dùng que tăm bông lau rửa sạch dịch và mũ.

Sát trùng ống tai ngoài và màng nhĩ bằng dung dịch betadine 10%.

1.1.2.2 Nhỏ thuốc tai: Tùy theo tình trạng dịch chảy tai có thể dùng các thuốc:

Cồn Boric 2 – 5%: khi chảy dịch nhầy.

Glyxerin 2 – 5%: khi chảy dịch mũ.

Chloramphenicol 4%, Hydrocortison khi chảy mũ.

Hoặc dùng các thuốc nhỏ tai như polydexa, otofa, otipax, illixime, fosmicin khi viêm tai giữa cấp, mạn tính, hoặc viêm ống tai ngoài.

Ngửa và hướng ống tai lên trên nhỏ 3-5 giọt thuốc vào thành sau ống tai sau đó day nhẹ nắp tai để đẩy thuốc vào sâu.

Khi lỗ thủng màng nhĩ nhỏ, thuốc nhỏ vào sâu phải dùng ống soi tai Siegle hay bóng cao su có đầu vừa với ống tai sau đó bóp nhẹ bóng để khí đẩy thuốc qua lỗ thủng vào hòm nhĩ. Bệnh nhân sẽ thấy vị đắng khi thuốc qua vòi tai.

#### 1.1.2.3 Phun thuốc tai:

Bột acid boric, bột chloramphenicol.

Kéo vành tai lên trên và ra sau, dùng bình phun hoặc bóng cao su bóp nhẹ để thuốc vào tới màng nhĩ và hòm tai.

Lưu ý: Lau rửa và hút sạch dịch mủ trong ống tai và hòm tai

Sát trùng sạch bằng betadine

Không để nước oxy già đọng trong ống tai.

Không rắc bột kháng sinh nếu có tiền sử dị ứng, không dùng bột Steptomycin.

#### 1.1.3 Bom hơi vòi nhĩ:

Được chỉ định khi bị tắc vòi Eustachi.

Chống chỉ định tắc vòi do khối u, khi có viêm VA, viêm mũi xoang cấp hoặc viêm mũi xoang mạn tính có mủ.

Hiện nay ít được sử dụng.

#### 1.1.3.1 Dùng bóng cao su: Hay được làm cho trẻ em.

Dùng bóng cao su Politze có đầu ống vừa khít lỗ mũi, cho bệnh nhân ngậm một ngụm nước, chỉ nuốt khi có lệnh của bác sỹ. Đặt đầu ống cao su vào lỗ mũi bên tai bị tắc.

Lấy tay bịt kín lỗ mũi còn lại. Khi bệnh nhân nuốt nước thì bóp mạnh bóng.

Cần làm vài lần lặp đi lặp lại.

#### 1.1.3.2 Dùng ống thông Itard:

Dùng que tăm bông thấm xylocain 3% đặt qua loa soi tai để gây tê.

Luồn sonde Itard xuống dọc sàn mũi vào thành sau họng, sau đó kéo ra khoảng 1cm, quay đầu sonde 90 độ về phía loa vòi. Bảo bệnh nhân nuốt và giữ sonde. Một tay bác sỹ giữ ống thông, một tay bóp nhẹ khi nào thấy tiếng ục ở tai là được. Nếu thấy bóng nặng phải đưa lại sonde.

Nếu dùng máy nội soi tai mũi họng sẽ đơn giản hơn và chính xác hơn cho việc đặt sonde.

Sau đó sẽ bơm kháng sinh, corticoid vào loa vòi.

Nên đặt ống thông trong thời gian khoảng 7 – 10 ngày.

#### *1.1.4 Chích màng nhĩ:*

Chỉ định: nhằm mục đích dẫn lưu dịch, mủ trong hòm nhĩ trong viêm tai giữa cấp ứ mủ, viêm tai giữa ứ dịch hoặc lỗ thủng quá nhỏ không đủ dẫn lưu mủ.

Dụng cụ: Máy nội soi tai mũi họng hoặc đèn Clar có ống soi tai thích hợp và 1 dao chích nhĩ.

Trước hết làm sạch ống tai ngoài, sát trùng ống tai, có thể chấm thuốc tê xylocain 3%.

Sau đó xác định vị trí chích: có thể ở chỗ nào phòng nhất hoặc nếu lỗ thủng nhỏ thì chích ở góc  $\frac{1}{4}$  sau dưới dọc theo đường rìa, vết chích dài 2-3mm. Sau đó dùng ống hút nhỏ để hút hết dịch hoặc mủ trong tai.

Sau đó nhỏ Hydrocortison hoặc các thuốc nhỏ tai kháng sinh tại chỗ như: illixime, Otofa, Fosmicin... và đặt tent tẩm betadine khoảng 3 tiếng sau thì rút ra.

Hẹn bệnh nhân đến theo dõi và làm thuốc tai hằng ngày.

Tai biến:

- + Choáng do sợ hãi, đau, động tác thô bạo, chích quá sâu vào mê nhĩ.
- + Chảy máu do chích sâu, rộng hoặc chạm vào thành ống tai ngoài.

Lưu ý:

- + Khi làm thủ thuật phải cố định bệnh nhân thật tốt.
- + Phải sát trùng trước và sau chích.

## **1.2 Các phương pháp điều trị tại chỗ cho các bệnh về mũi**

### *1.2.1 Nhỏ thuốc vào mũi:*

Mục đích: nhỏ các thuốc co mạch làm không ngạt mũi hoặc các thuốc có kháng sinh, chống viêm, sát khuẩn và giảm xuất tiết.

Các thuốc co mạch:

- + Ephedrin 1% cho trẻ em, 3% cho người lớn.
- + Xylometazolin 0,05% cho trẻ em và 0,1% cho người lớn.
- + Naptazolin 0,05% cho trẻ em và 0,1% cho người lớn.
- + Adrenalin 0,1% cho trẻ sơ sinh.

Các thuốc sát khuẩn, chống viêm:

- + Argyrol 1% cho trẻ em và 3% cho người lớn.
- + Chloramphenicol 4%



+ Cortiphenicol, Neodexan, Nemydexan là những thuốc vừa có kháng sinh và chống viêm.

Cách nhỏ mũi: Trước khi nhỏ nên làm thông thoáng mũi bằng cách nhỏ các thuốc co mạch, sau đó xì sạch hoặc hút sạch bằng dụng cụ hút, bằng máy hút. Bệnh nhân phải nằm ngửa, đầu thấp, mặt hơi nghiêng về bên được nhỏ thuốc.

### 1.2.2 Xì mũi:

Chỉ được xì mũi khi mũi đang ở trạng thái thông thoáng. Nếu ngạt thì phải nhỏ hoặc đặt đoạn bông có các thuốc co mạch.

Bịt một bên mũi, ngậm hơi rồi thở mạnh qua mũi bên kia. Sau đó làm nốt bên còn lại.

Đối với trẻ nhỏ chưa xì được mũi thì có thể dùng dụng cụ hút mũi có bóng hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch trong mũi ra. Không nên dùng miệng để hút trực tiếp vì có thể truyền thêm bệnh cho trẻ.

### 1.2.3 Rửa mũi:

Thường dùng nước muối đẳng trương trong đó pha thêm natriborat hoặc natrisunphat ở nhiệt độ 30 độ C, tránh dùng nước lạnh hoặc nóng quá.

Cách rửa mũi: Cho một lít nước rửa mũi vào một cái béc treo cao khỏi đầu độ 50 cm. Ở đầu ống cao su có lắp một vòi nhựa, đường kính độ 4mm. Bệnh nhân ngồi cúi đầu xuống một chậu rửa mặt, một tay bẻ gấp ống cao su để hãm dòng nước, một tay cầm vòi nước tia vào mũi. Vòi nước để song song với sàn mũi (không nên tia lên cao sẽ nhưc đầu). Nước vào hốc mũi nào sẽ chảy ra bên đó. Trong khi rửa không nói, không nuốt nước bọt. Thỉnh thoảng bóp ống cao su hãm dòng nước để nghỉ. Rửa xong hốc mũi này thì chuyển sang hốc mũi kia. Sau khi rửa xong hai bên phải xì mũi để tống chất bẩn và nước đọng ra ngoài. Chú ý khi rửa mũi nếu thấy đau tai phải ngừng lại ngay và làm thủ thuật Toybece tức là bịt mũi, ngậm mồm và nuốt nước bọt nhiều lần.

1.2.4 Xông mũi: Dùng nước nóng 50-60 độ C làm bốc hơi các tinh dầu hơm kháng khuẩn như bạc hà, khuynh diệp, húng chanh, sả...Hơi nước nóng và tinh dầu được hít thở tác động tốt trên niêm mạc mũi xoang.

Cách xông: Dùng một bát hoặc cốc đựng nước nóng khoảng 50 – 60 độ C, nhỏ 5-10 giọt tinh dầu rồi dùng một phễu đậy kín miệng bát, để mũi trước đầu trên của phễu để hít lấy hơi thuốc. Sau vài phút hơi thuốc giảm đi lại nhỏ tiếp vài giọt vào. Mỗi lần xông 10-15 phút, ngày có thể xông 2-3 lần. Để thuận tiện hơn, dùng sức nóng của ngọn đèn cồn hay bếp điện nhỏ duy trì nhiệt độ nước luôn 50-60 độ C để xông được liên tục.

Lưu ý: trước khi xông thì mũi phải thông thoáng. Sau khi xông không nên ra nơi có gió lạnh, gió mạnh ngay.

### 1.2.5 *Khí dung:*

Là phương pháp chuyển thuốc từ dạng lỏng sang dạng khí nhờ một máy bơm áp lực.

Các thuốc: kháng sinh, corticoid hoặc phối hợp kháng sinh và corticoid.

Thời gian xông khoảng 10-20 phút, thực hiện ngày 1-2 lần.

Trước khi làm khí dung phải hút sạch mũi ở mũi và khe xoang.

### 1.2.6 *Phương pháp đôi thế (Proetz):*

Mục đích: để đưa thuốc vào các xoang sau.

Cách làm: Để bệnh nhân nằm ngửa, đầu ngửa tối đa. Dùng máy hút đầu ống có lắpambu vừa khít hốc mũi. Bịt chặt hốc mũi bên kia lại, bảo bệnh nhân kêu kê.....để hút hết dịch trong hốc mũi, sau đó nhỏ chừng 10-20 giọt thuốc vào hốc mũi. Lại bịt hốc mũi bên kia, lắp đầu ống hút vào hốc mũi, bảo bệnh nhân kêu kê, kê, kê...Nhu vậy, mỗi lần một ít khí bị hút khỏi xoang và thuốc vào thế chỗ dần. Sau đó để bệnh nhân nằm theo tư thế trên vài phút rồi đứng dậy, nếu thuốc không chảy xuống họng, không ra mũi là tốt.

1.2.7 *Chọc rửa xoang hàm:* là chọc 1 kim có nòng qua mũi vào xoang hàm để hút, rửa dịch, mũi và bơm thuốc vào xoang hàm.

Kỹ thuật: Khe dưới là nơi vách mũi xoang mỏng và ở thấp nên dễ chọc vào xoang.

+ Gây tê bằng Xylocain 3%-6% vùng cuốn dưới và khe dưới 5-10 phút.

+ Dùng kim chọc xoang có nòng và có đốc chọc qua khe dưới, mũi kim hướng lên trên và ra phía gò má, có cảm giác qua vách xương là vào xoang.

+ Để kiểm tra lại cần hút nhẹ: nếu đúng vào xoang sẽ có hơi hoặc mũi ra dễ dàng.

+ Bơm nước rửa sạch hay dung dịch sinh lý. Lưu ý là mùa đông phải để nhiệt độ khoảng 30 độ C vào xoang. Bệnh nhân há mồm, cúi đầu, nước bơm vào xoang sẽ chảy ra lỗ thông mũi xoang ở khe giữa. Bơm rửa cho đến khi nước chảy ra trong, hết mũi (chừng 200cm<sup>3</sup>).

+ Bơm không khí để đẩy hết nước còn ứ đọng trong xoang.

+ Có thể bơm dung dịch kháng sinh như Penicillin hay tốt nhất là hỗn dịch Hydrocortison + cloxit vào xoang. Khi bơm kháng sinh để đầu bệnh nhân hơi ngửa và nghiêng nhẹ về bên xoang rửa.

+ Sau khi bơm rửa xong bệnh nhân không nên xì mũi hay cúi đầu để có thể lưu thuốc trong xoang.

Để tránh phải chọc rửa hàng ngày, nhất là với trẻ em sau khi chọc xoang có thể luồn một ống chất dẻo nhỏ (như ống thông tim) qua nòng kim. Rút kim ra và để lưu một đầu ống thông trong xoang để bơm rửa xoang. Sau đó để lưu ống bằng cách cố định đầu ngoài ở cạnh mũi hay trong hốc mũi cho những lần rửa sau. Ống lưu còn có tác dụng tạo nên sự thông khí xoang tốt.

### **1.3 Các phương pháp điều trị tại chỗ cho các bệnh về họng**

#### **1.3.1 Súc họng:**

Nên làm cho vệ sinh và phòng bệnh hằng ngày trong các trường hợp viêm họng cấp và mạn tính.

Mục đích: Làm sạch niêm mạc họng và

Thuốc súc họng: là các dung dịch kiềm, nên làm ấm: Natriclorua 0,9%, Clorat Kali 2%, Bicarbonat natri 5%, BBM (Bicarbonat natri, Borat natri, Methol) hoặc Betadine xanh pha loãng hoặc nước muối pha loãng nhạt như nước canh.

Cách súc họng: Ngậm một ngậm dung dịch súc họng rồi ngửa đầu, há miệng và kêu “khò khò” liên tục để dung dịch súc họng liên tục di chuyển trong vùng họng miệng. Làm 2-3 lần như vậy. Có thể súc họng ngày 3-4 lần.

1.3.2 *Rửa họng*: Hiện nay ít được thực hiện.

1.3.3 *Bôi họng*: là chấm thuốc vào thành sau họng, Amidan, khoang miệng trong trường hợp viêm họng, viêm Amidan cấp mủ, viêm phù nề, loét, apter họng miệng.

Thuốc thường sử dụng: Glycerinborat 5%, Glycerin iot 2%, Xanh methylen 1%, SMC (Salicylat Methol )

Cách làm: Đeo đèn Clar, que tăm bông được tẩm thuốc rồi chấm vào vùng cần chấm. Chấm nhẹ nhàng tránh phản xạ nôn, tránh tổn thương niêm mạc họng miệng.

#### **1.3.4 Xông họng:**

Các thuốc giống như xông mũi

Tạo đáy phễu rộng để khít vào miệng. Bệnh nhân há miệng và hít thở qua đường miệng.

#### **1.3.5 Khí dung họng:**

Dùng các thuốc như khí dung mũi

Bệnh nhân ngậm đầu ống khí dung trong miệng, thở bằng mũi. Tránh để nước bọt chảy vào bình thuốc của ống khí dung.

1.3.6 *Đốt họng*: Dùng hóa chất hoặc nhiệt (nóng hoặc lạnh) để đốt tổ chức lympho ở thành sau họng hoặc các tổ chức sùi, polyp hoặc sọc ở họng, Amidan.

Đốt bằng hóa chất: Nitrat bạc 6% -10 %, Acid cromic 2% -5% hoặc trai nitrat bạc.

Đốt bằng Cautere: dùng điện một chiều và cautere có đầu dẹt hoặc đầu bẻ cong khoảng 80-90 độ. Đốt cháy niêm mạc hoặc tổ chức, không nên đốt sâu. Trước khi đốt phải gây tê xylocain.

Đốt lạnh: Nitro lỏng lạnh -180 độ hoặc CO2 lạnh làm lạnh đầu cực áp trên bề mặt tổn thương.

#### **1.4 Các phương pháp điều trị tại chỗ cho các bệnh về thanh quản**

##### **1.4.1 Xông hơi:**

Chỉ nên chỉ định cho viêm thanh quản mạn tính.

Dùng như xông họng.

1.4.2 *Khí dung*: cũng giống như khí dung họng, có thể qua đường mũi, đường miệng hay qua mặt nạ.

##### **1.4.3 Chấm thuốc thanh quản:**

Thực hiện khi soi thanh quản gián tiếp.

Thuốc sử dụng: Glycerinborat, corticoid, kháng sinh, gel chống nấm.

Bệnh nhân được giải thích kỹ tránh hoảng sợ, tự cầm gạc kéo lưỡi ra và kêu ê...ê...Bác sĩ quấn bông vào que tăm bông được bẻ cong, sau đó chấm thuốc vào băng thanh thất và dây thanh.

##### **1.4.4 Bơm thuốc thanh quản:**

Bơm dưới máy nội soi hoặc đèn Clar.

Bơm tiêm sử dụng phải dài, cong, đầu tù được vặn chặt vào bơm tiêm.

Thuốc: Kháng sinh, chống viêm, hoặc kháng sinh + corticoid.

Đưa đầu kim tiêm tới mặt trong của sụn nắp, hướng đầu kim tới thanh môn và bảo bệnh nhân kêu ê..ê.. liên tục và bơm thuốc lên mặt trên 2 dây thanh.

# PHẦN III: KHOA RĂNG HÀM MẶT

## Bài 1: VIÊM NƯỚU VÀ BỆNH NHA CHU

### \* MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm các bệnh lý về viêm nướu, viêm nha chu.
- Nhận biết được các triệu chứng của các bệnh lý viêm nướu, viêm nha chu.
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của các bệnh lý về viêm nướu, viêm nha chu.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của các bệnh lý về viêm nướu, viêm nha chu.

Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý về viêm nướu, viêm nha chu.

### I. NƯỚU RĂNG

#### 1. CÁC ĐỊNH NGHĨA

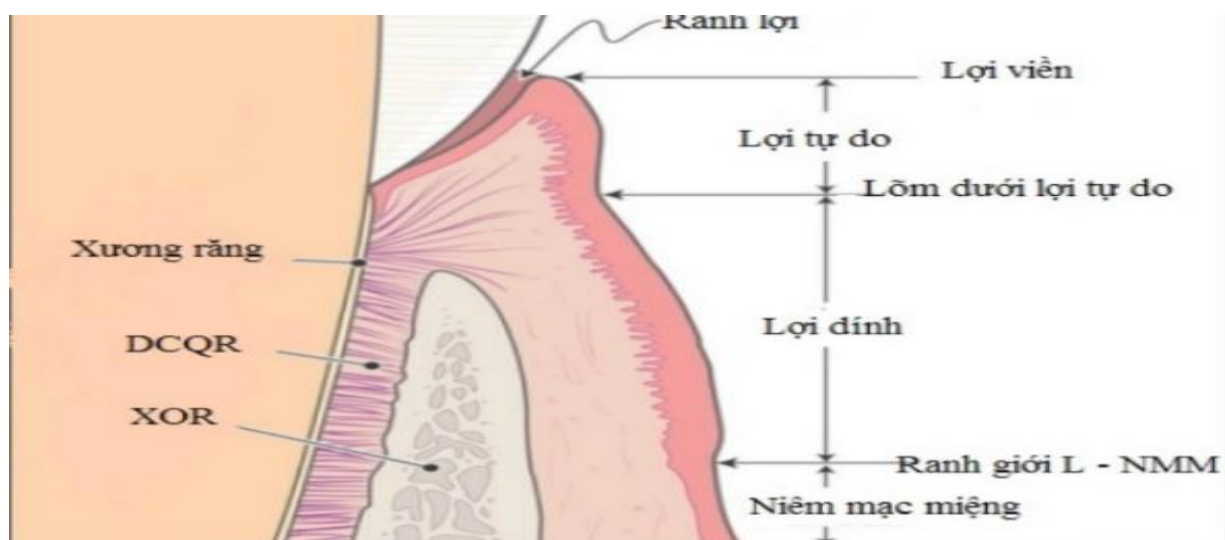
Nướu là phần tiếp nối của niêm mạc miệng che phủ xương ổ và bao quanh cổ răng.

##### 1.1. Nướu viền (nướu tự do, nướu rời)

Nướu viền được giới hạn từ bờ viền nướu (đỉnh nướu viền) đến rãnh nướu là phần nướu bao quanh cổ răng, không bám dính trực tiếp vào răng và tạo thành vách mềm của khe nướu. Trên một răng mọc đầy đủ nướu viền phủ lên men răng, bờ nướu cách cổ răng khoảng 0,5-2mm và uốn lượn theo đường nối men-xê măng.

##### 1.2. Nướu dính

Là phần nướu giới hạn từ rãnh nướu đến đường tiếp nối nướu-niêm mạc răng. Trong trường hợp không có viêm, nướu dính được xác định rõ ràng, ngoại trừ ở khẩu cái không có ranh giới giữa nướu dính và niêm mạc khẩu cái. Bề mặt nướu bám dính da cam là 1 đặc điểm của nướu lành mạnh. Giảm hay mất vẻ bám dính da cam là 1 biểu hiện chung của bệnh nướu.



**Hình 1.1: Sơ đồ các thành phần của nướu răng.**

## 2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NƯỚU LÀNH MẠNH

Nướu lành mạnh bình thường luôn luôn có biểu hiện viêm mạn tính ở mức độ thấp và ranh giới giữa nướu lành mạnh và nướu có thay đổi bệnh lý khá mơ hồ. Do đó, thuật ngữ nướu lành mạnh là 1 khái niệm rất chủ quan, và cái được cho là nướu lành mạnh đối với người này là không phù hợp với đòi hỏi của người khác.

Biểu hiện lâm sàng tương ứng với trạng thái này là tiêu chuẩn định tính nướu lành mạnh.

**Màu sắc:** Nướu lành mạnh thường có màu hồng nhạt. So với màu đỏ hơn của niêm mạc miệng (do độ dày và tình trạng sừng hóa ở bề mặt biểu mô nướu). Màu của nướu nói chung có thể thay đổi tùy thuộc sắc tố, mật độ và lưu lượng tuần hoàn ngang qua mô.

**Bề mặt:** Có vẻ lấm tấm da cam khi thổi khô, nhưng mật độ lấm tấm này thay đổi đáng kể.

**Hình dạng:** Phụ thuộc hình dạng và độ rộng vùng kẽ răng hay phụ thuộc hình dạng và vị trí răng trên cung răng.

Viên nướu mỏng áp sát vào răng.

Đỉnh gai nướu ở gần nhất về bờ cắn hay mặt nhai.

**Độ bền chắc:** Nướu lành mạnh có tính săn chắc, đàn hồi và bám chặt vào các mô cứng bên dưới. Nướu viền có thể di động nhẹ và áp sát vào mặt răng.

**Khe nướu:** Có độ sâu thay đổi từ 1-3mm, không chảy máu khi thăm khám đúng cách, không phát hiện dòng dịch nướu.



**Hình 1.2: Hình ảnh lâm sàng của nướu lành mạnh.**

## **II. VIÊM NƯỚU**

### **1. ĐỊNH NGHĨA:**

Viêm nướu là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh nha chu (>80% dân số) và có thể xảy ra ở bất kỳ người nào, bất kỳ độ tuổi nào.

Viêm nướu là tình trạng viêm chỉ khu trú ở mô nha chu bề mặt bao gồm lớp biểu mô bên ngoài và lớp mô liên kết kế cận. Các mô khác như xương ổ, dây chằng nha chu, màng nha chu hay xê-măng không bị ảnh hưởng.

Viêm nướu là sự đáp ứng bình thường có tính cách bảo vệ của mô nha chu trước 1 loại kích thích tại chỗ là vi khuẩn.

Viêm nướu là bệnh có thể hoàn nguyên, nếu nguyên nhân được loại trừ.

### **2. NHỮNG DẤU CHỨNG ĐẶC TRƯNG CỦA VIÊM NƯỚU**

#### **2.1. Vị trí viêm:**

Liên hệ tới nướu răng, nơi có kích thích tại chỗ như vi khuẩn, cao răng, nhồi nhét thức ăn... Viêm nướu có thể khu trú trên 1 răng, 1 nhóm răng hay toàn bộ 2 hàm.



**Hình 2.1: Viêm nướu do nhồi nhét thức ăn.**

#### **2.2. Chảy máu nướu:**

Hai triệu chứng đầu tiên của viêm nướu là:

- Dịch nướu tiết ra nhiều hơn.
- Xuất huyết ở khe nướu khi thăm dò bằng dụng cụ.

Chảy máu nướu là dấu chứng có tầm quan trọng đặc biệt trong việc chẩn đoán sớm đồng thời giúp cho công việc dự phòng không để bệnh viêm nướu tiến triển nặng hơn.

Chảy máu nướu có thể do nguyên nhân tại chỗ: Vôi răng, nhồi nhét thức ăn, xỉa tăm... hay do nguyên nhân toàn thân: Những bệnh về máu (thiếu vitamin C hay dị ứng, thiếu vit K do bệnh lý ở gan...), bệnh ưa chảy máu, chứng giảm sút yếu tố đông máu của tiểu cầu huyết, theo chu kỳ kinh nguyệt của phụ nữ...



**Hình 2.3: Chảy máu nướu do vôi răng.**

### **2.3. Thay đổi về màu sắc:**

Đổi màu là dấu chứng rất quan trọng của bệnh nướu. Bình thường nướu có màu hồng san hô, khi viêm sẽ đổi sang màu đỏ, đỏ sẫm, đỏ xanh xám.

Nướu trở nên đỏ hơn: Khi có sự gia tăng số lượng mạch máu, giảm mức độ sừng hóa.

Nướu trở nên nhạt: Giảm lượng mạch máu (trong trường hợp bị xơ hóa), tăng độ sừng hóa ở bề mặt biểu mô.

Viêm mạn: Có màu đỏ sẫm hay đỏ xanh.

Viêm cấp: Màu đỏ thẫm.

Nướu nhiễm sắc kim loại: Bệnh nhân sử dụng thuốc có kim loại với mục đích điều trị hay tiếp xúc với kim loại nặng tạo vết đen trên nướu.





**Hình 2.4: Nướu đổi màu sùng đỏ do viêm răng**



**Hình 2.5: Nướu đổi màu ở răng cửa hàm trên**

#### **2.4: Thay đổi về vị trí của nướu**

Bờ nướu, gai nướu sùng phù có thể lên đến phần lồi của thân răng tạo túi giả.



**Hình 2.6: Nướu vị trí răng cửa giữa và răng cửa bên phải sùng tạo túi nướu giả.**

Dấu chứng quan trọng và phổ biến hơn cả là sự tụt nướu: Là sự bộc lộ mặt chân răng do có sự di chuyển vị trí của viền nướu về phía chóp (chân răng).

Nướu bị tụt có thể do viêm hoặc không do viêm. Tụt nướu phản ánh chiều cao của xương ổ răng. Chiều cao xương ổ răng thấp làm răng kém vững chắc và có thể bị lung lay.

Tụt nướu có nhiều nguyên nhân: Có thể là 1 quá trình sinh lý liên quan đến tuổi già, chải răng ngang và mạnh làm mòn nướu, chấn thương khớp cắn, điều trị chỉnh nha, viêm nướu.



**Hình 2.7: Tụt nướu 2 răng cửa giữa hàm trên do chấn thương khớp cắn.**

### **2.5. Thay đổi tính rắn chắc của nướu**

Nướu bình thường thì chắc và đàn hồi. Viêm làm mất tính đàn hồi và săn chắc của nướu, nướu bờ. Đôi khi nướu săn cứng như da thú nếu có sự xơ hóa.



**Hình 2.8: Tụt nướu do viêm mãn tính do bám dính vôi răng nhiều năm. Nướu mất tính đàn hồi, săn chắc, bờ, sưng, đụng vào dễ chảy máu.**

### **2.6. Thay đổi đường viền của nướu:**

Những thay đổi này làm nướu triển dưỡn



**Hình 2.9: Nướu sưng đỏ, triển dương ở các răng trước hàm trên và hàm dưới do vôi răng và do sang chấn khớp cắn.**

### **III. VIÊM NHA CHU**

#### **1. VIÊM NHA CHU MẠN**

##### **1.1. Định nghĩa:**

Là 1 bệnh nhiễm khuẩn gây viêm mô nâng đỡ của răng, mất bám dính và tiêu xương tiến triển.

Đặc điểm này nhấn mạnh các đặc điểm lâm sàng và bệnh căn chính của viêm nha chu mạn: (1) sự tạo thành mảng bám vi khuẩn, (2) viêm mô nha chu, (3) mất bám dính và tiêu xương ổ răng.

##### **1.2. Dấu chứng lâm sàng và x-quang:**

###### **1.2.1. Chảy máu nướu:**

Chảy máu nướu là dấu hiệu suy yếu của lớp biểu mô, hiện tượng mô liên kết thâm nhiễm bên dưới bị phá hủy 1 phần và sự tăng tuần hoàn máu. (Page và Schroeder, 1976).



**Hình 3.1: Chảy máu nướu khi thăm khám bằng cây đo túi.**

###### **1.2.2. Răng lung lay và di chuyển:**

Khi mô nha chu bị phá hủy do nhiễm khuẩn tương đối trầm trọng thì chiều dài thân răng lâm sàng tăng, chiều dài chân răng lâm sàng giảm. Răng lung lay là động lực thúc đẩy bệnh nhân đi khám răng khẩn cấp.

Răng lung lay có thể do viêm mô liên kết và mô nha chu.

Răng lung lay và di chuyển có thể là hậu quả của hiện tượng mất bám dính đơn thuần, của chấn thương khớp cắn đơn thuần hay kết hợp cả hai yếu tố kể trên.

### **1.2.3. Hôi miệng:**

Hôi miệng có thể nguyên nhân từ răng, mô nha chu, niêm mạc miệng nhưng cũng có thể có đường tiêu hóa (bệnh gan), bệnh thận (suy thận mạn). Vi khuẩn gây bệnh nha chu khi tiếp xúc với lượng đường thấp sẽ tạo ra hợp chất lưu huỳnh bay hơi nhiều hơn gấp 10 lần so với vi khuẩn không gây bệnh.

Viêm nha chu không nhất thiết dẫn tới hôi miệng (Bosy và cs, 1994). Quan trọng là nên chẩn đoán hôi miệng để điều trị giúp bệnh nhân không còn mặc cảm với người xung quanh.

### **1.2.4. Nhồi nhét thức ăn**

Vùng kẽ răng rộng sẽ chứa nhiều mảng bám và lưu giữ nhiều thức ăn, bệnh nhân cảm thấy khó chịu khi thức ăn nhồi nhét vào vùng kẽ răng, có nhu cầu cần loại bỏ. Vấn đề nhồi nhét thức ăn có thể trở nên nghiêm trọng khi bệnh nhân có các phục hình không khít sát. Túi nha chu cũng có thể là nơi đọng các mảnh vụn thức ăn nhỏ.

### **1.2.5. Nhạy cảm ngà**

Bám dính kết hợp với tụt nướu là nguyên nhân làm lộ bề mặt răng với môi trường miệng. Mặt khác nhạy cảm ngà răng cũng trở nên trầm trọng hơn sau khi xử trí bề mặt gốc răng, do xê-măng và 1 phần ngà răng bị loại bỏ (Berman, 1985).

### **1.2.6. Tụt nướu**

Là hiện tượng bộc lộ 1 phần bề mặt chân răng do nướu viền di chuyển về phía chóp, có thể là hậu quả của viêm nha chu, xuất hiện khi tuổi cao do bị mòn niêm mạc nướu hoặc do chải răng (Khocht và Mazdyna, 1980). Dấu chứng này là động cơ khiến bệnh nhân đi khám.



**Hình 3.2: Tụt nướu do vôi răng, do sang chấn khớp cắn trên bệnh nhân có tiền sử viêm nha chu mạn**

#### **1.2.7. Chảy mủ, áp xe**

Chảy mủ có nguyên nhân là do bệnh nha chu là hậu quả của sự thất bại của các tế bào của hệ thống miễn dịch trong việc loại trừ vi khuẩn gây bệnh dưới nướu do số lượng vi khuẩn quá nhiều hay độc tố vi khuẩn quá mạnh.

Áp xe chiếm khoảng 7%-14% trường hợp điều trị khẩn, chiếm 7% các trường hợp bệnh nhân đi khám nha chu. Mặt khác, 57% bệnh nhân bị mất bám dính nếu không điều trị sẽ bị áp xe nha chu, còn những bệnh nhân được điều trị sẽ còn 13,5% (Herrera và cs, 2000).

#### **1.2.8. Cao răng**

Xuất hiện ở bề mặt chân răng không đều đặn, thường tích tụ nhiều ở vùng kẽ răng, vùng kết nối răng nướu (Marshall-Day và cs, 1955)



**Hình 3.3: Cao răng bám dính nhiều ở vùng răng cửa dưới.**

#### **1.2.9. Túi nha chu**

Là khoảng không gian gồm có đáy túi là bám dính biểu mô-mô liên kết, vách mềm (biểu mô túi bị loét), vách cứng (là chân răng có hay không có cao răng bám vào), miệng túi thông với môi trường bên ngoài.

Túi nha chu chứa dịch nướu, vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng, tế bào bạch cầu đa nhân, tế bào biểu mô trôi đi.



**Hình 3.4 : Thăm khám túi nha chu bằng cây đo túi.**

#### **1.2.10. Hình ảnh X-Q**

Một trong những đặc điểm X-Q của viêm nha chu là có khiếm khuyết trên xương và trong xương gọi là tiêu xương theo chiều dọc và theo chiều ngang.

Trường hợp sang thương ở vùng chẽ, trên phim có hình ảnh thấu quang hình tam giác ở giữa 2 chân răng (Bower, 1979, Martin và cs, 1988).



**Hình 3.5: A. Mức độ tiêu xương ở các răng bị nha chu viêm, tiêu xương vũng chẽ R6 hàm dưới. B. Mức độ xương ở các răng bình thường.**

### **1.3. Phân loại:**

- Viêm nha chu nhẹ: mất bám dính 1-2 mm.
- Viêm nha chu trung bình: mất bám dính 3-4mm.
- Viêm nha chu nặng: mất bám dính trên 5mm.

Viêm nha chu mạn không có cùng tốc độ diễn tiến ở tất cả vị trí bệnh. Một số vùng ở giai đoạn yên tĩnh, trong khi những nơi khác có thể có tiến triển nhanh hơn.

### **1.4. Vi khuẩn**

Hệ tập khuẩn trong viêm nha chu mạn rất đa dạng và chứa nhiều vi khuẩn thuộc phức hợp màu cam: Campylobacter, Eubacterium, Fusobacterium nucleatum, Prevotella nigrescens, Streptococcus constellatus....

### **1.5. Các yếu tố nguy cơ**

#### **1.5.1. Tiền sử bệnh nha chu:**

Đây là yếu tố dự báo bệnh, bệnh nhân đã điều trị khi bệnh viêm nha chu mạn sẽ tiếp tục bị bệnh nếu không kiểm soát được mảng bám. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc duy trì và khuyến khích bệnh nhân giữ vệ sinh răng miệng.

#### **1.5.2. Yếu tố tại chỗ:**

Các yếu tố gây lưu giữ mảng bám hoặc cản trở kiểm soát mảng bám đều gây nguy hại cho bệnh nhân như: cao răng, răng chen chúc, phục hồi bị sai....

#### **1.5.3. Yếu tố toàn thân**

Như bệnh đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp có thể gây ảnh hưởng đến hiệu quả đáp ứng của kỹ thuật và tốc độ phá hủy nha chu sẽ xảy ra nhanh hơn.

Ngoài ra, hút thuốc ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị và tỷ lệ tái phát của viêm nha chu mạn.

#### **1.5.4. Yếu tố di truyền**

Một số nghiên cứu cho thấy các biến thể di truyền hoặc đa hình (polymorphism) ở gen mã hóa Interleukin 1 alpha (IL-1alpha) và Interleukin 1 beta (IL-1 beta) có liên quan đến viêm nha chu mạn.

## **2. VIÊM NHA CHU KHÁC**

### **2.1. Viêm nha chu tấn công**

Đặc điểm của bệnh:

- Bệnh thường tấn công ở độ tuổi dậy thì đến 20 tuổi.
- Bệnh nhân có đặc điểm nguy cơ : yếu tố di truyền, bệnh đái tháo đường, bệnh phá hủy miễn dịch.

- Ít cao răng và mảng bám.
- Ít sâu răng
- Sang thương khu trú ở răng cối lớn thứ nhất và răng cửa.
- Hệ tạp khuẩn rong miệng chuyên biệt: Có chứa rất nhiều vi khuẩn *Arggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*.
- Khiếm khuyết hiện tượng hóa ứng động các tế bào bạch cầu.

## 2.2. Viêm nha chu tiền dẫy thì:

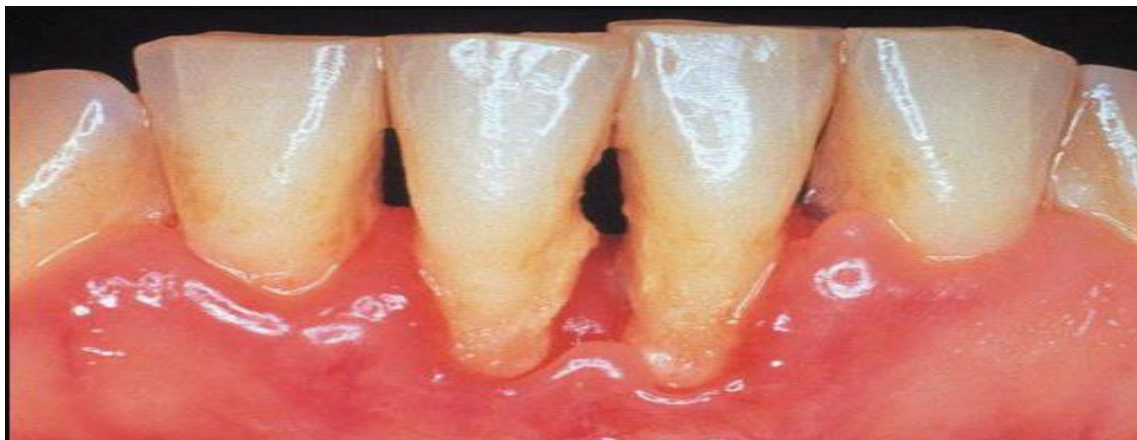
Dấu chứng và x-q bệnh này rất rõ ràng, bao gồm:

- Viêm nướu rõ ở đường viền nướu và nướu dính nhất là trong dạng bệnh toàn thể.
- Khởi phát bệnh bắt đầu trong lúc hay sau khi mọc răng sữa.
- Lung lay trầm trọng 1 số hay toàn bộ răng.

## 2.3. Viêm nha chu hoại tử lở loét (VNCHTLL)

- VNCHTLL thường gặp ở những bệnh nhân bị rối loạn hệ miễn dịch., đặc biệt là những người bị nhiễm viruts HIV hoặc hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS).

- Hoại tử và loét gai nướu và nướu viền khiến người bệnh đau đớn, viền nướu có màu đỏ tươi và dễ chảy máu, có thể kèm theo biểu hiện khó chịu, đau nhức vùng miệng, sốt, mệt mỏi hoặc nổi hạch.



**Hình 3.6: Viêm nha chu lở loét mặt ngoài răng trước hàm dưới.**

## 3. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Loại bỏ mảng bám, cao răng, xử lý bề mặt chân răng bằng dụng cụ và phương pháp thích hợp (điều trị không phẫu thuật hoặc phẫu thuật tùy từng trường hợp)

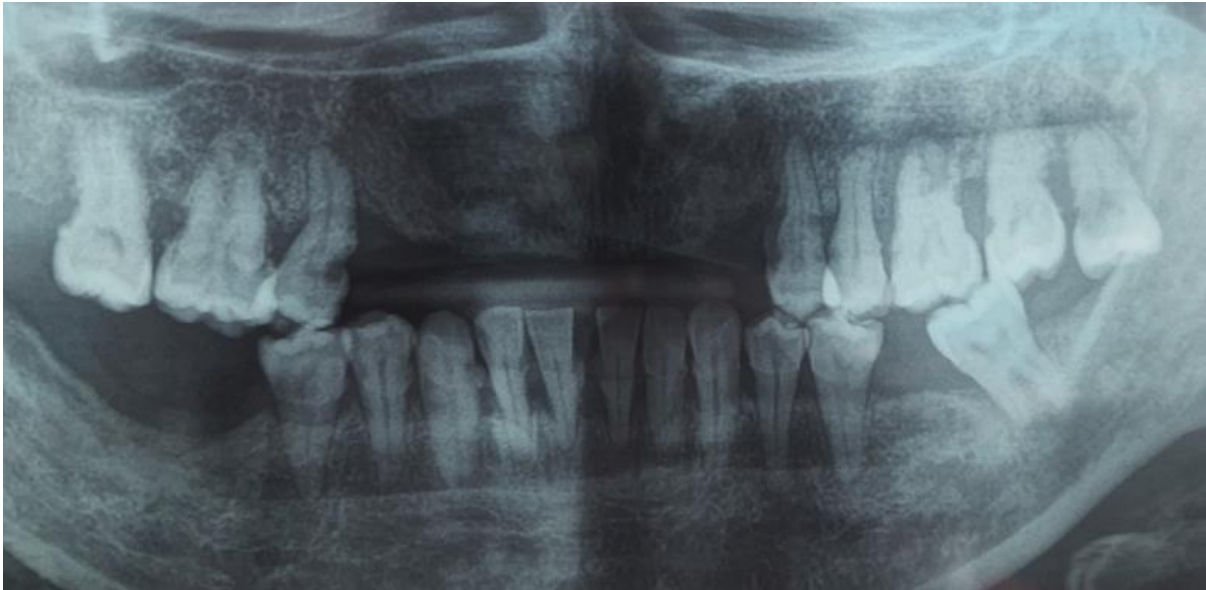
- Bơm rửa, khử khuẩn, làm sạch mô hoại tử.
- Hướng dẫn vệ sinh thích hợp cho bệnh nhân.



- Cuối cùng, phối hợp với việc điều trị toàn thân có ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của bệnh nhân.

#### **4.CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ 1 CA BỆNH LÝ VỀ VIÊM NướU, VIÊM NHA CHU.**

**Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, đến khám vì đau răng hàm bên trái. Bệnh nhân bị bệnh tim mạch và tiểu đường khoảng 5 năm.



Khám lâm sàng:

+ R24, R25, R26, R27, R28 lung lay độ 3. Trong đó R26 gõ dọc +, Gõ ngang +  
+R15, R16, R17 lung lay độ 2.

+Tất cả các răng hàm trên và hàm dưới đều bám dính vôi răng rất nhiều,viêm và chảy máu.



### **Điều trị:**

- Cạo vôi răng, nạo sạch túi nha chu các răng hàm trên.
- Nhổ răng 26.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

### **Tài liệu tiếng Việt**

1. Nguyễn Thanh Bảo và cộng sự (2009), vi khuẩn học. Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh.

2. Hoàng Tử Hùng và cộng sự (2004). Căn khớp học. Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh.

### **Tài liệu tiếng Anh.**

3. American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Conditions (2015), J Periodontol.

4. Ash MM, Nelson SJ (2003). Wheeler's Dental Anatomy, Physiology, and Occlusion. 8th Edition, Saunders, India.

5. Darby ML, Walsh MM (2003). Dental hygiene theory and practice. W.B. Saunders.

6. Louis FR (2004). Periodontics. Elsevier Mosby.

7. Nanci A (2003). Oral Histology. 6th Edition, Mosby.

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:**

### **1. Biểu hiện lâm sàng của nướu không lành mạnh:**

- a. Có vẻ lấm tẩm da cam bề mặt.
- b. Khe nướu sâu hơn 3mm
- c. Không chảy máu khi thăm khám đúng.
- d. Nướu săn chắc.

### **2. Đặc điểm của nướu dính:**

- a. Là phần niêm mạc chịu tác dụng của lực ăn nhai.
- b. Phân cách rõ với niêm mạc khẩu cái.
- c. Chiều cao giữ ổn định suốt cuộc đời.
- d. Chiều cao không liên quan với vị trí bám của thặng và cơ.

### **3. Viêm nướu là bệnh lý:**

- a. Viêm nhiễm.
- b. Xảy ra ở mô nha chu sâu
- c. Không hoàn nguyên.
- d. Gây mất bám dính.

### **4. Đặc điểm lâm sàng chủ yếu của bệnh viêm nướu do mảng bám:**

- a. Màu hồng san hô.
- b. Nướu dính lấm tẩm da cam.

- c. Chảy máu khi thăm khám.
- d. Thâm nhiễm melanin.

**5. Dấu chứng để phân biệt viêm nướu và viêm nha chu:**

- a. Có mũ ở khe nướu.
- b. Nướu sưng, miệng hôi.
- c. Chảy máu khi chải răng
- d. Sự hiện diện của túi nha chu.

**6. Yếu tố góp phần vào bệnh sinh viêm nha chu hoại tử lở loét là:**

- a. Vệ sinh răng miệng kém.
- b. Di truyền từ gia đình.
- c. Trình độ học vấn
- d. Đời sống kinh tế - xã hội.

**7. Trên phim X-Q, sang thương vùng chia chân có hình ảnh:**

- a. Tiêu xương theo chiều ngang.
- b. Tiêu xương theo chiều dọc.
- c. Thấu quang hình tam giác ở phía gần của răng bị tổn thương.
- d. Thấu quang hình tam giác giữa 2 chân răng.

**8. Viêm nha chu tấn công khu trú có đặc điểm:**

- a. Thường xảy ra ở người trẻ tuổi.
- b. Mảng bám chứa nhiều vi khuẩn đặc hiệu.
- c. Cao răng nhiều ở vùng răng cối nhỏ.
- d. Nam nhiều hơn nữ.

**9. Hình ảnh lâm sàng điển hình của viêm nha chu tấn công là:**

- a. Tình trạng mảng bám tương ứng với mức độ trầm trọng của bệnh nha chu.
- b. Tình trạng mảng bám tương ứng với mức độ trầm trọng của bệnh sâu răng.
- c. Tình trạng mảng bám không tương ứng với mức độ trầm trọng của bệnh nha chu.
- d. Tình trạng mảng bám không tương ứng với mức độ trầm trọng của bệnh sâu răng.

**10. Phân loại theo mức độ mất bám dính lâm sàng, mức độ bệnh viêm nha chu là nặng khi:**

- a. Mất bám dính <math><4\text{mm}</math>.
- b. Mất bám dính  $\geq 4\text{mm}</math>.$
- c. Mất bám dính  $>5\text{mm}</math>.$
- d. Mất bám dính  $\geq 5\text{mm}</math>.$

## BÀI 2: RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

### \* Mục tiêu bài học:

1. Nêu được khái niệm về bệnh lý Rối loạn khớp thái dương hàm.
2. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của bệnh lý Rối loạn khớp thái dương hàm.
3. Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Rối loạn khớp thái dương hàm.
4. Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
5. Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý Rối loạn khớp thái dương hàm.
6. Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Rối loạn khớp thái dương hàm.

### \* MỞ ĐẦU

Để thực hiện các chức năng ăn, nhai, nuốt, nói... là nhờ vào sự phối hợp của nhiều thành phần khác nhau, bao gồm: răng, nha chu, xương hàm, khớp thái dương hàm, cơ hàm, hệ thống môi – má lưỡi, tuyến nước bọt, hệ thống mạch máu và thần kinh nuôi dưỡng, chi phối các cơ quan đó. Tất cả các thành phần này hoạt động chức năng như một thể thống nhất (trong sự thống nhất chung của cơ thể), được gọi là hệ thống nhai.

Các thành phần thuộc hệ thống nhai có mối liên hệ mật thiết với nhau, phối hợp hoạt động một cách chặt chẽ với nhau trong trạng thái cân bằng động. Do vậy, khi có bất kỳ một sự rối loạn hay bệnh lý ở bất kỳ một thành phần nào của hệ thống nhai đều có thể dẫn đến rối loạn hay bệnh lý ở một hoặc nhiều thành phần khác trong hệ thống.

Khi có sự rối loạn ở hệ thống nhai mà chủ yếu rối loạn ở cơ và khớp thái dương hàm, thường được gọi là “RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM” (RLKTDH).

Thuật ngữ khác cũng được sử dụng để chỉ rối loạn thái dương hàm:

Rối loạn hàm sọ.

Hội chứng đau - loạn năng khớp thái dương hàm.

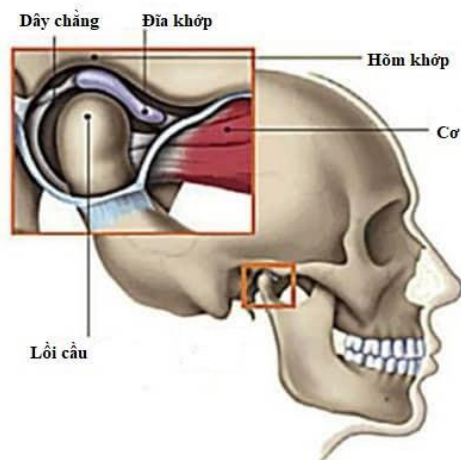
Hội chứng đau - loạn năng cân cơ.

Hội chứng đau - loạn năng hệ thống nhai (Hội chứng SADAM).

### 1. Dịch tễ học rối loạn khớp thái dương hàm:

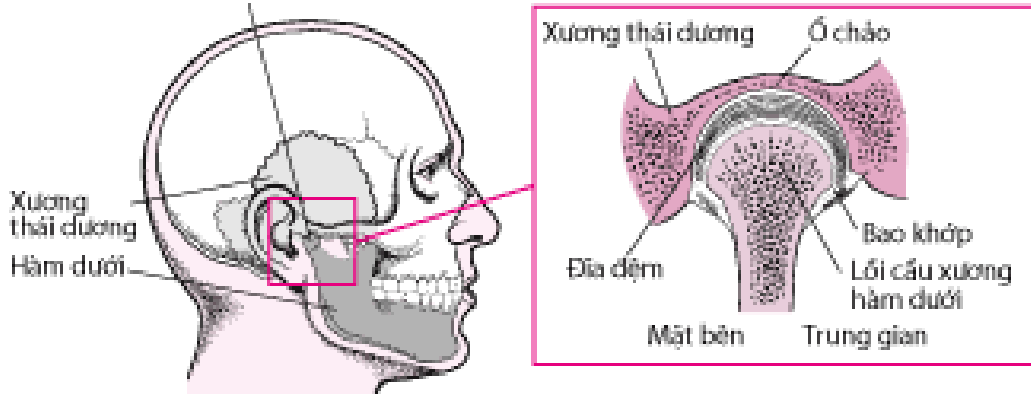
Khớp thái dương hàm (TDH) là khớp có cấu tạo rất phức tạp, di chuyển 3 chiều, kết nối xương hàm dưới đến xương của hộp sọ ở mỗi bên. Chỗ nối cầu xương hàm dưới và xương thái dương khớp với nhau như là quả bóng nằm trong hốc với đĩa khớp ở giữa, các cơ vùng má và thái dương mỗi bên mặt giúp vận động

xương hàm dưới. Bất kỳ thành phần nào của khớp TDH như xương, sụn khớp, dây chằng đều có thể trở thành nguyên nhân gây ra rối loạn khớp thái dương hàm (RLTDH).



**Hình 1: Hệ thống khớp thái dương hàm**

Khớp thái dương hàm



**Hình 2: Diện cắt ngang khớp thái dương hàm**

Trong một hai thập niên trở lại đây, các nghiên cứu cho thấy RLTDH chiếm tỉ lệ khá cao trong cộng đồng. Về xuất độ, bệnh chiếm khoảng 12% dân số, trong đó 25% có triệu chứng nặng, thường bệnh xảy ra ở nữ nhiều hơn nam, và thường bệnh xảy ra ở người trẻ, tuổi điển hình nhất là tuổi thanh niên, lên đến 35 tuổi.

Tại Mỹ (1993): 22% dân số có ít nhất một triệu chứng RLTDH.

Một nghiên cứu trên người trưởng thành ở Canada (1995) cho thấy: 30% có một hoặc nhiều triệu chứng của RLTDH.

Tại Nhật, năm 1996, một báo cáo về dịch tễ của RLTDH là 46%.

Tại Ả Rập Saudi, nghiên cứu về RLTDH ở thanh niên năm 1995 báo cáo 30% có rối loạn nhẹ và 6% có biểu hiện trầm trọng.

Ở Việt Nam:

Nghiên cứu của Võ Đắc Tuyên (1991) trên 40 bệnh nhân tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y dược TPHCM cho thấy dấu hiệu chiếm tỷ lệ cao nhất là tiếng kêu ở

khớp chiếm 75%, đau cơ 50%, các biểu hiện khác như đau trong tai chiếm 5%, ù tai 12,5%, ù tai kèm giảm thính lực 2,5% và rối loạn thăng bằng 10%.

Nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (2003) trên 1020 công nhân của Công ty dệt Phong Phú cho thấy: số người có biểu hiện RLTDH chiếm tỉ lệ rất cao: 60,5%. Biểu hiện nhiều nhất là tiếng kêu khớp: 39,1%, đau đầu và đau vùng cổ vai: 9,4%.

## **2. Định nghĩa rối loạn thái dương hàm:**

Rối loạn thái dương hàm là một thuật ngữ chung để chỉ những rối loạn liên quan đến các cơ nhai, đến khớp thái dương hàm hoặc cả hai.

Theo Hiệp Hội Nha khoa Hoa kỳ (ADA), RLTDH bao gồm nhiều thể bệnh trên lâm sàng liên quan đến hệ thống các cơ nhai và khớp thái dương hàm. RLTDH là một phân nhóm của rối loạn hệ thống cơ xương khớp đối với cơ thể.

Thông thường triệu chứng của RLTDH khá khó để nhận biết vì nó hay bị nhầm lẫn với các triệu chứng của các bệnh khác như đau đầu do bệnh lý tai mũi họng, bệnh nội thần kinh. Bệnh thường tiến triển từ từ sau nhiều tháng thậm chí hàng năm các triệu chứng của bệnh mới phát tác rõ ràng.

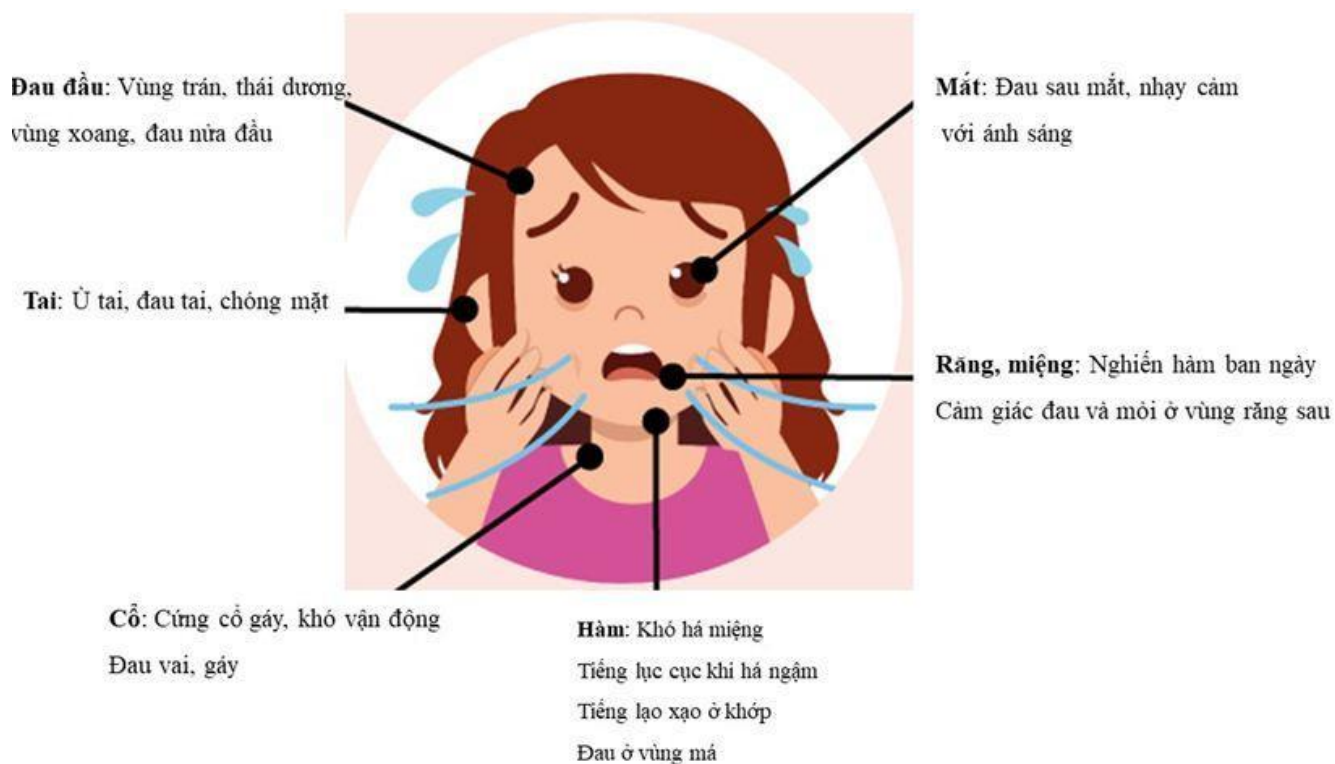
Những nghiên cứu gần đây xem RLTDH là một tập hợp các rối loạn của hệ thống nhai với nhiều đặc điểm chung, biểu hiện của nhiều triệu chứng, trong đó triệu chứng chung phổ biến nhất là đau.

Đau thường đau ở cơ nhai, ở vùng trước tai hay ở khớp thái dương hàm, hoặc cả hai. Đau thường tăng lên khi ăn nhai hoặc khi vận động hàm. Bệnh nhân có thể bị đau đầu, đau tai, đau hàm và đau mặt.

Các triệu chứng khác có thể đi kèm như giới hạn vận động hàm, tiếng kêu ở khớp thái dương hàm khi há ngậm miệng...

Trong nhiều trường hợp, các rối loạn này có thể nhẹ, thoáng qua và tự khỏi mà không cần điều trị. Trong những trường hợp khác, các biểu hiện trên ngày càng trầm trọng nếu không được điều trị một cách thích hợp.





**Hình 3: Các triệu chứng của rối loạn khớp thái dương hàm**

### 3. Triệu chứng của rối loạn thái dương hàm:

Triệu chứng chủ yếu là đau và loạn năng.

#### 3.1 Đau:

Đau có thể xuất hiện ở thái dương hàm, ở các cơ nhai và cũng có thể ở những nơi khác xa hơn vùng hàm mặt như ở cổ, vai...

#### Đau ở khớp thái dương hàm:

Đau khớp thái dương hàm thường được cảm nhận là đau ở vùng trước tai (ngay vị trí của khớp). Thường đau ở một bên, có thể đau cả hai bên.

Đau có liên quan trực tiếp đến vận động của khớp, tức vận động của hàm dưới. Khi hàm dưới vận động, đau tăng lên. Khi hàm dưới được nghỉ ngơi, cơn đau giảm hoặc biến mất.

Khi có sự phá hủy bề mặt các diện khớp (như trong viêm xương khớp thoái hóa) làm biến đổi cấu trúc bình thường của khớp thái dương hàm, đau có nguồn gốc thực sự từ mô xương bên dưới, có thể đau liên tục, đau ngay cả khi không vận động hàm, và tăng lên khi có vận động hàm.

#### Đau ở cơ:

Triệu chứng biểu hiện ở cơ có nhiều mức độ, thay đổi từ cảm giác khó chịu, căng cơ, mỏi cơ cho đến cảm giác đau thật sự. Đôi khi trong một thời gian dài chỉ có biểu hiện của sự căng hay mỏi cơ mà không có đau.

Vị trí đau thuộc vào vị trí của cơ.

Có thể đau ở một hoặc nhiều cơ.

Đau thường ở một bên, ít khi đau cả hai bên.

Đau có thể tự phát hoặc liên quan đến hoạt động chức năng (như khi ăn nhai), hoặc chỉ đau khi há lớn.

Đôi khi đau nhiều vào buổi sáng khi thức dậy, kèm theo há miệng hạn chế, đặc biệt xuất hiện ở những người có nghiến răng về đêm.

Đôi khi bệnh nhân có cảm giác mỏi và đau ở vùng vai gáy (thường một bên) do co thắt cơ thang. Đau khu trú ở vùng cổ sau, vùng cổ bên và ở sau vai. Đau cũng có thể lan đến mặt sau hoặc mặt trước cánh tay.

### **3.2 Loạn năng:**

Loạn năng là sự rối loạn vận động chức năng của khớp thái dương hàm hay của các cơ hàm được thể hiện qua các dấu hiệu: tiếng kêu ở khớp, giới hạn vận động hàm dưới, lệch hàm khi há miệng. Có thể có sai khớp cắn cấp tính do hậu quả của rối loạn cơ. Có một số bệnh nhân có biểu hiện loạn năng nhưng không đau. Loạn năng liên quan trực tiếp đến vận động hàm dưới.

#### **Tiếng kêu ở khớp thái dương hàm**

Tiếng lụp cụp: chỉ gồm một tiếng kêu ngắn gọn. Cường độ có thể thay đổi từ mức độ kêu nhỏ (chỉ cảm nhận được bằng tay hơn là nghe thấy) cho đến tiếng kêu “pop” hay “cắc” rất lớn có thể nghe thấy được từ xa.

Tiếng lạo xạo: gồm nhiều tiếng kêu nhỏ, kéo dài trong suốt vận động, thường được mô tả như tiếng bước chân đi trên sỏi.

#### **Giới hạn vận động hàm**

Bệnh nhân cảm thấy khó khăn trong khi thực hiện các vận động bình thường của hàm dưới như há, đưa hàm sang bên (trong khi nhai) hoặc đưa hàm ra trước (đề cắn xé thức ăn).

Biên độ vận động của hàm dưới bị giới hạn.

**Lệch hàm khi há miệng:** có hai kiểu lệch hàm:

Há miệng zig zag: có sự lệch hàm dưới sang một bên khi há, nhưng khi tiếp tục há cho đến khi há tối đa, hàm dưới trở về lại đường giữa.

Há miệng lệch hẳn về một bên: hàm dưới lệch hẳn về một bên khi há và càng há càng lệch.

**3.3 Các biểu hiện khác:** ở tai như đau trong tai, ù tai, giảm thính lực, rối loạn thăng bằng; ở tuyến nước bọt như tuyến nước bọt dưới hàm có thể sưng một bên; ở mũi - hầu như cảm giác nóng bỏng, châm chích...; biểu hiện ở mắt như chảy nước

mắt, đau sau hốc mắt... Các biểu hiện này thường thấy ở những bệnh nhân có vấn đề về tâm lý nhiều hơn (như lo âu, xúc cảm, thần kinh không ổn định, rối loạn thần kinh thực vật...).

### 1. Nguyên nhân của rối loạn thái dương hàm:

Các nguyên nhân của RLTDH có thể được phân loại như sau:

Chấn thương

Vi chấn thương mãn tính

Khiếm khuyết cấu trúc

Các bệnh lý của khớp như Viêm đa khớp dạng thấp...

Bệnh toàn thân do miễn dịch, tâm sinh hay do cơ chế sinh học thần kinh chưa hiểu rõ.

**Chấn thương:** Một tác động lực trực tiếp gây chấn thương từ bên ngoài (ví dụ do tai nạn, do ấu dả), há hàm dưới quá mức trong một thời gian dài trong các thủ thuật phẫu thuật răng miệng hoặc gây mê nội khí quản.

**Vi chấn thương mãn tính:** Một nguồn gây chấn thương với mức độ thấp nhưng trong một thời gian dài và được lặp đi lặp lại, ví dụ như nghiến răng, cắn/siết chặt răng, mất nâng đỡ phía sau cung răng do mất các răng hàm.

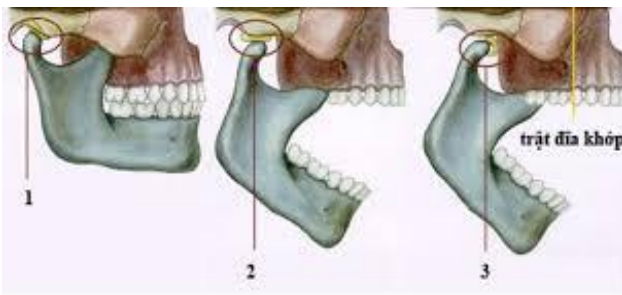
**Các khiếm khuyết cấu trúc:** Khiếm khuyết cấu trúc khớp thái dương hàm như thiếu sản hay quá sản lồi cầu, sự bất đối xứng khung xương mặt. Các xáo trộn dinh dưỡng và nội tiết cũng như u bướu ngay tại khớp đều ảnh hưởng đến khớp thái dương hàm và dẫn đến sự phá vỡ chức năng bình thường của khớp.



**Hình 4:** Bệnh nhân Lê Văn C., Thanh Hóa, dính khớp thái dương hàm hai bên và teo xương hàm dưới cần thay hoàn toàn – đã được Bệnh viện ĐH Y Hà Nội phẫu thuật thành công thay khớp thái dương hàm hoàn toàn

Ngoài ra, một số yếu tố được cho là có ảnh hưởng góp phần đưa đến rối loạn thái dương hàm như stress và các cản trở cắn khớp.

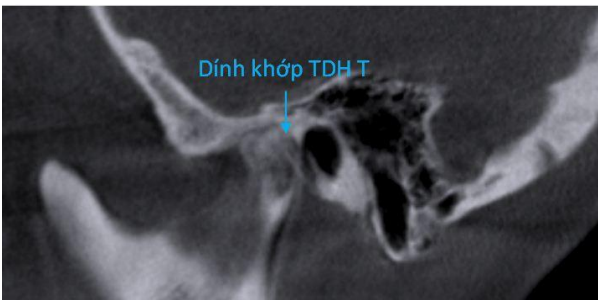
Và ngược lại, rối loạn khớp thái dương mãn tính cũng sẽ dẫn tới trật khớp thái dương hàm, thoái hóa khớp với các biểu hiện như tiêu xương chỏm lồi cầu, mòn bề mặt khớp, dính lồi cầu vào hõm chảo gây khó hoặc không há được miệng. Và biểu hiện của bệnh lý sẽ càng trầm trọng hơn.



**Hình 5: Hình ảnh trật đĩa khớp**



**Hình 6: Cone Beam CT hình ảnh tiêu xương lồi cầu phải**



**Hình 7: Cone Beam CT hình ảnh đỉnh khớp thái dương hàm trái**

### **5. Chỉ định các cận lâm sàng:**

Một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp chẩn đoán hội chứng rối loạn khớp thái dương hàm:

Chụp X quang mặt giúp quan sát tình trạng xương hàm, khớp thái dương hàm và răng.

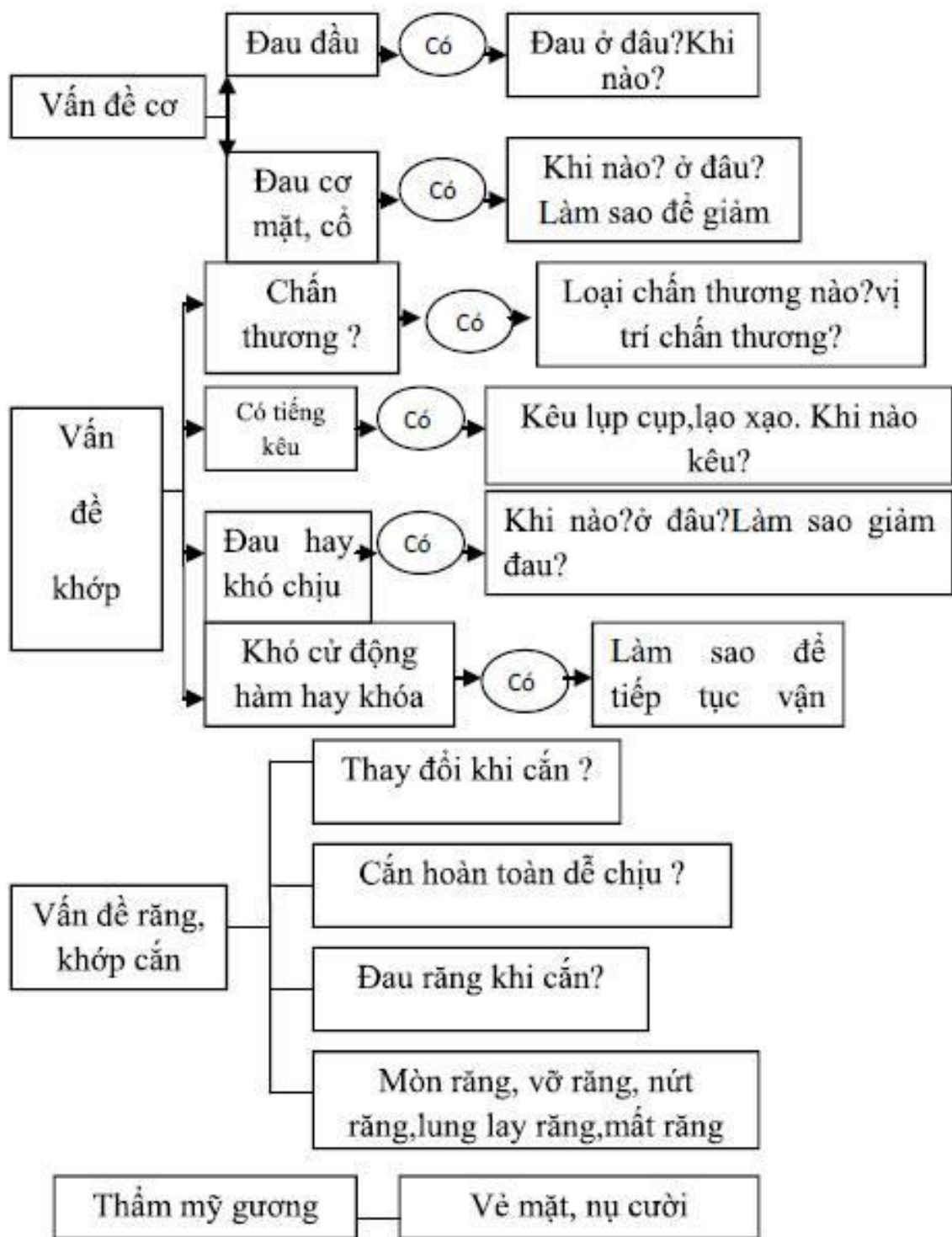
Chụp cộng hưởng từ MRI: Hình ảnh trên phim MRI giúp phát hiện đĩa thái dương hàm có ở đúng vị trí khi xương hàm di chuyển hay không.

Chụp CT scan: để ghi nhận chi tiết các xương của khớp thái dương hàm

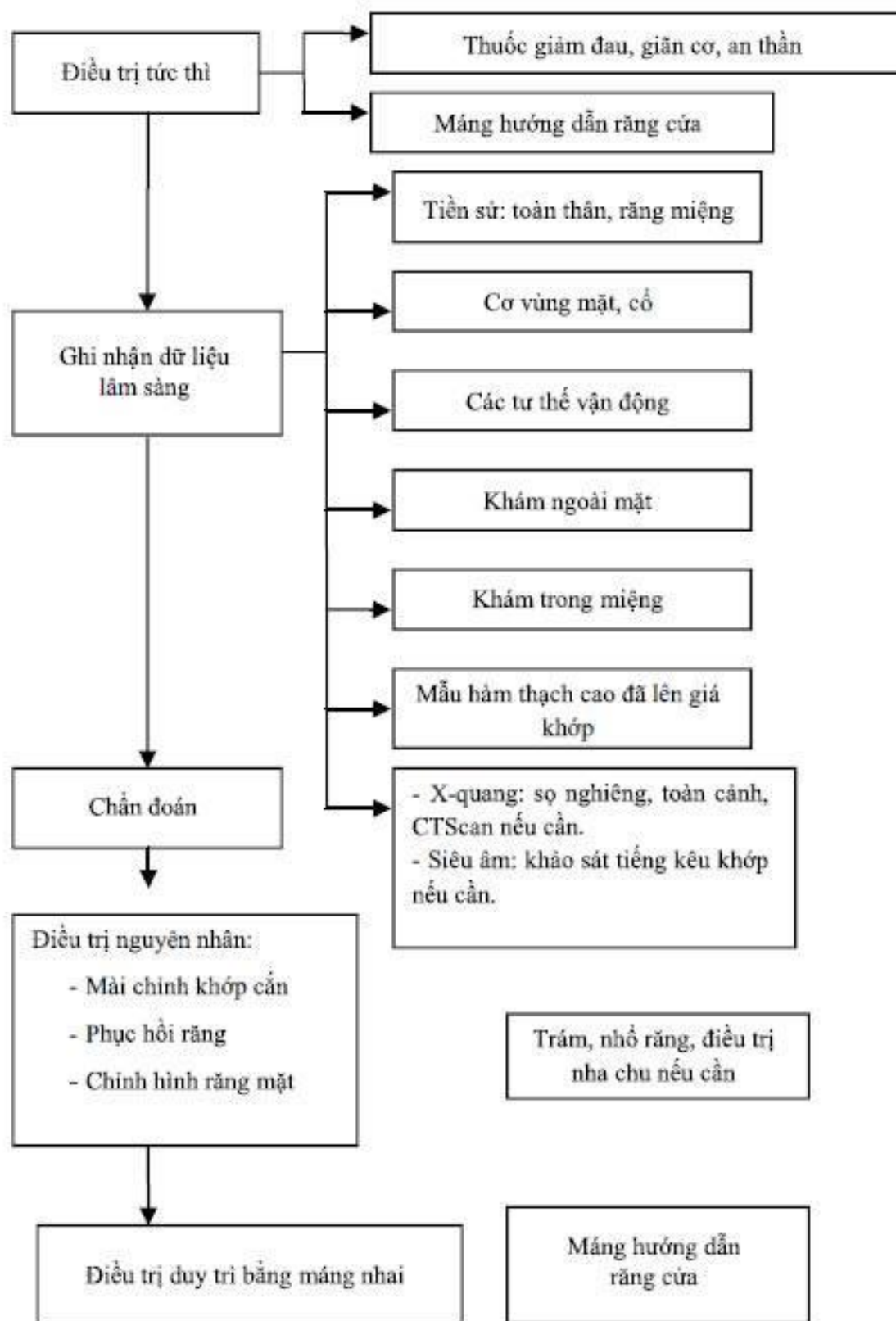
### **6. Điều trị:**

Điều trị rối loạn thái dương hàm gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân.

Hiện nay, hầu hết các chuyên gia trên thế giới đều đồng ý công việc điều trị gồm hai loại: điều trị không can thiệp thực thể và thực hiện các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai. (điều trị bảo tồn và điều trị xâm lấn).



**Hình 8: Các bước chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm**



**Hình 9: Phác đồ điều trị rối loạn khớp thái dương hàm**

### 5.1 Điều trị nội khoa:

Thuốc kháng viêm không Steroid (NSAID):

Piroxicam 20mg 1lần /ngày x 10 ngày

Meloxicam 7,5mg 1-2 lần/ngày x 10 ngày

Naproxen 500mg 2lần/ngày x 14 ngày

Thuốc kháng viêm Corticosteroid

Prednisolon 5-60mg/ ngày

Dexametháone 0,75-9mg/ngày

Thuốc giãn cơ và thuốc giải lo âu:

Cyclobenzaprine 5-10mg uống trước 1-2g giờ đi ngủ, không quá 2 tuần

Diazepam (valium) 5mg 4lần/ngày x4 tuần

Thuốc chống trầm cảm (antidepressants)

Amitrityline 10mg trước khi đi ngủ, có thể tăng liều lên 50-70mg mỗi ngày, thường theo khuyến cáo là 25-50mg mỗi ngày

Thuốc chống co giật (anticonvulsants)

Thường phối hợp với thuốc giảm đau là Gabapentin 300mg khởi đầu sau đó tăng liều lên 300mg mỗi 3 ngày, liều tối đa 1 ngày 4200mg

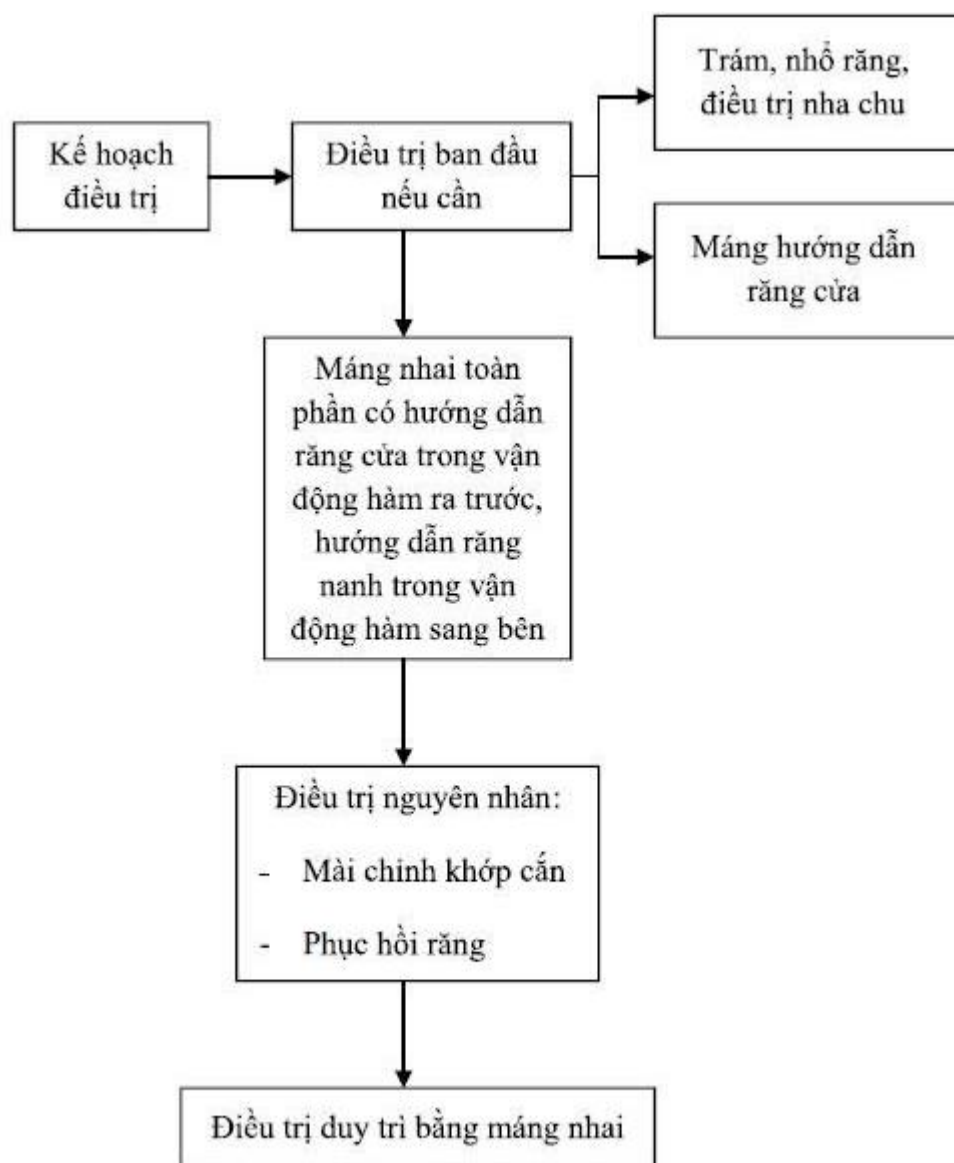
Ngoài ra, tùy thuộc nguyên nhân gây rối loạn khớp thái dương hàm của bệnh nhân mà có phương pháp điều trị cụ thể cho từng nguyên nhân kèm theo đó là giảm đau cơ khớp, giãn cơ, tập vật lý trị liệu như xoa bóp, chiếu tia hồng ngoại, tập vận động dưới hàm, đeo máng nhai.

## **5.2 Máng nhai:**

Máng nhai điều trị có tính bảo vệ hàm răng, giảm tình trạng đau cơ khớp là máng thư giãn cơ còn có các tên gọi khác như máng ổn định khớp cắn, máng chống nghiến răng (Occlusal stabilization splint).

Máng nhai thông thường được thực hiện sau khi đã thẳng bằng khớp cắn lại cho bệnh nhân, nhằm loại bỏ các cản trở khớp cắn.

Máng nhai thường sử dụng sẽ đeo vào hàm trên, bao phủ toàn bộ các răng hàm trên và mang vào ban đêm khi ngủ, trong những đợt đau cấp tính, cũng có thể mang cả ngày trừ khi ăn uống và vệ sinh răng.



**Hình 10: Phác đồ điều trị máng nhai**



**Hình 11: Máng nhai**

Ngoài ra, cần kết hợp với hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp đơn giản tại nhà như:



Chế độ ăn mềm trong 2 đến 4 tuần đầu.

Tránh cử động mạnh như ngáp quá to, nhai kẹo cao su, cắn đũa hàm sang 2 bên, ăn quá cứng – quá to – quá dai – quá nhiều.

Hạn chế mở miệng đột ngột hoặc quá rộng nhất là khi ăn hoặc ngáp.

Tuyệt đối không cắn chặt răng, nghiến răng khi ngủ.

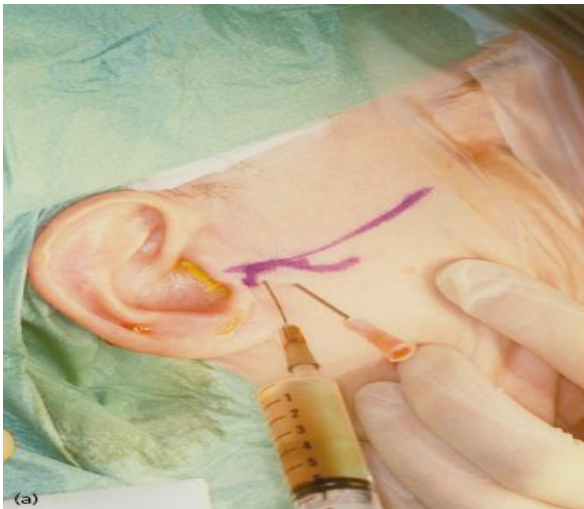
Từ bỏ thói quen cắn móng tay.

Điều quan trọng nhất khi tập các bài tập ở nhà là không được làm tổn thương thêm các cơ hàm.

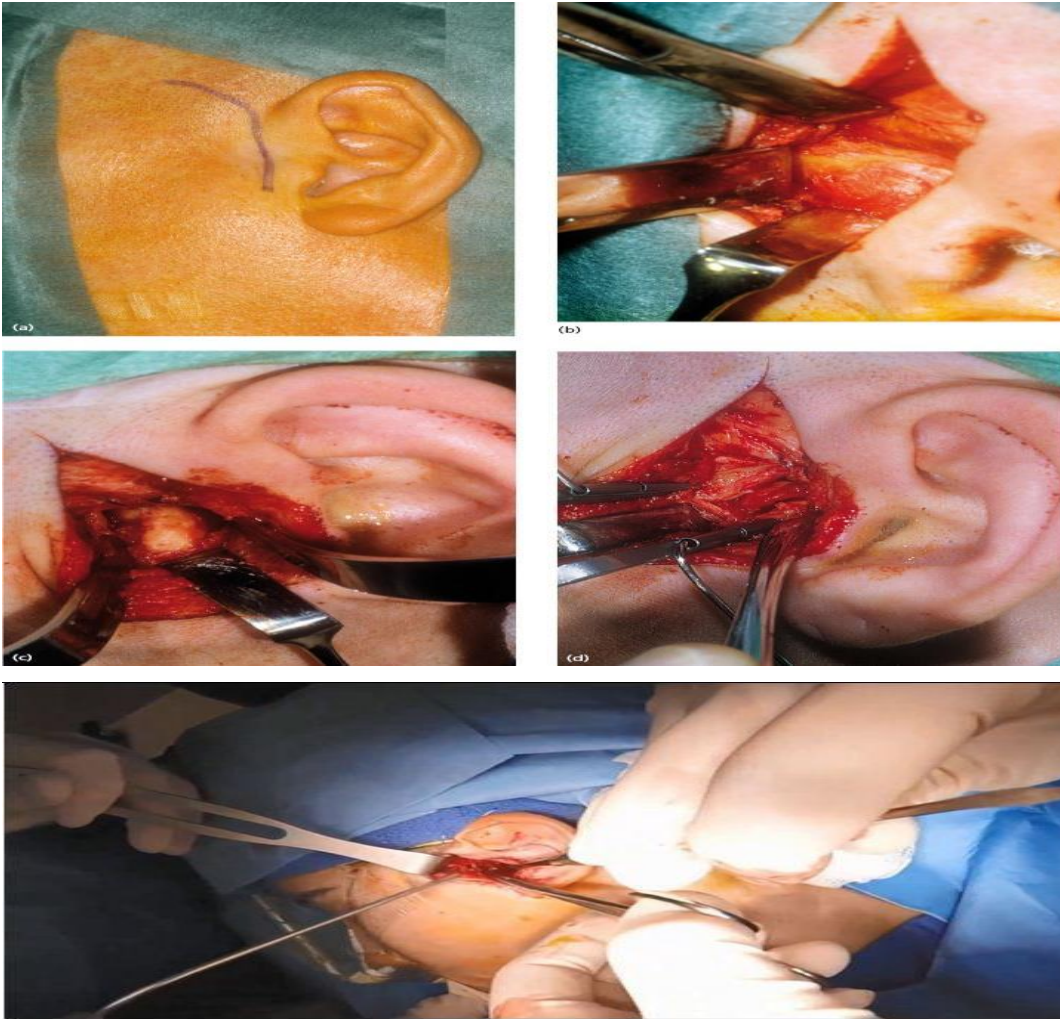
### 5.3 Phẫu thuật:

Phẫu thuật có thể thay thế một số bộ phận của xương hàm để điều trị RLKTDH có thể làm giảm đau và cải thiện chức năng của khớp. Tuy nhiên, phẫu thuật là biện pháp điều trị cuối cùng do vẫn chưa có đủ bằng chứng cho sự an toàn và hiệu quả của nó. Cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây ra RLKTDH như: viêm khớp thái dương hàm, dính khớp,...

Các nhà nghiên cứu vẫn chưa xác nhận được tính an toàn lâu dài và sự hiệu quả của việc phẫu thuật trên các cơ và khớp vùng hàm. Do đó, bác sĩ sẽ ưu tiên điều trị bằng càng biện pháp bảo tồn và không xâm lấn trước, ví dụ như thuốc giảm đau và các bài tập vận động vùng hàm.



**Hình 12: Phẫu thuật nội soi khớp thái dương hàm**



**Hình 13: Phẫu thuật mở ngoài da điều trị bệnh lý khớp thái dương hàm**

## **6. Các bài tập khớp thái dương hàm giảm đau nhanh chóng**

Có một số bài tập khớp thái dương hàm có thể kéo căng hoặc tăng cường sức mạnh ở khớp thái dương hàm. Dưới đây là một số bài tập đơn giản và mang lại hiệu quả tốt nhất, người bệnh có thể tìm hiểu thêm:

### **6.1 Bài tập tăng cường sức mạnh hàm**

#### **6.1.1 Chống đóng miệng:**

Bài tập chống đóng miệng bao gồm tạo một áp lực nhỏ lên cằm trong khi đóng miệng để giúp cơ và khớp hàm khỏe hơn. Bài tập này được thực hiện như sau:

Đặt ngón tay cái ở dưới cằm

Đặt các ngón tay trở ở giữa rãnh miệng và đáy cằm

Dùng ngón tay cái và ngón tay trở để tạo một áp lực nhẹ nhàng hướng xương cằm trong khi miệng đang đóng.



**Hình 14: Bài tập chống đóng miệng**

### **6.1.2 Bài tập hạn chế mở miệng:**

Việc ấn nhẹ vào cằm khi mở miệng có thể giúp tạo một áp lực nhẹ lên khớp thái dương hàm, giúp khớp khỏe hơn và góp phần ngăn ngừa các rối loạn có thể xảy ra. Bài tập được thực hiện như sau:

Đặt hai ngón tay cái ở dưới cằm và mở miệng từ từ, đồng thời dùng các ngón tay ấn nhẹ lên trên

Giữ yên trong 3 – 6 giây

Từ từ đóng miệng lại

### **6.1.3 Chuyển động hàm từ bên này sang bên kia:**

Bài tập này bao gồm các động tác di chuyển hàm từ bên này sang bên kia để tăng cường cơ bắp. Bài tập được thực hiện như sau:

Sử dụng một vật có độ dày khoảng một cm, dùng răng cửa để giữ vật nhỏ

Từ từ di chuyển hàm từ bên này sang bên kia

Tăng độ dày của vật khi đã quen với bài tập

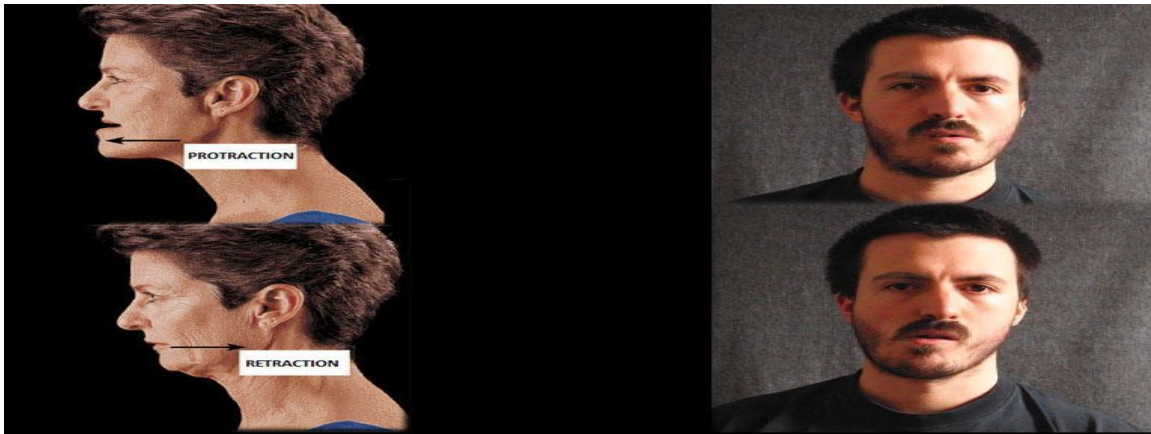
### **6.1.4 Chuyển động hàm về phía trước:**

Bài tập này cũng cần một vật mỏng khoảng một cm để hỗ trợ. Bài tập được thực hiện như sau:

Nhẹ nhàng giữa một vật có độ dày khoảng một cm ở giữa các răng cửa

Đưa hàm về phía trước sao cho răng hàm dưới nằm trước răng hàm trên.

Khi đã quen với bài tập hãy tăng độ dày của vật.



**Hình 15: Bài tập hướng dẫn hàm sang bên, lùi sau và ra trước**

**7.2. Bài tập thư giãn hàm:** Các bài tập khớp thái dương hàm này có thể giúp hàm thư giãn và cải thiện khả năng chuyển động của khớp hàm. Các bài tập bao gồm:

**7.2.1 Tách lưỡi:**

Đặt lưỡi nhẹ nhàng trên đỉnh miệng, ở ngay phía sau răng cửa. Sau đó mở miệng để tách hàm răng ra trong khi khớp hàm thư giãn.



**Hình 16: Bài tập tách lưỡi**

**7.2.3 Mở miệng một phần:**

Đặt lưỡi trên vòm miệng và một ngón tay ở khớp thái dương hàm. Đặt ngón tay trở hoặc ngón tay giữa của bàn tay còn lại lên cằm.

Hạ hàm dưới xuống một nửa sau đó đóng lại. Lúc này hàm có thể cảm thấy áp lực nhẹ nhưng sẽ không thấy đau.

Thực hiện bài tập này khoảng sáu lần trong một hiệp và khoảng sáu lần mỗi ngày.

**7.2.4 Bài tập mở rộng miệng:**

Giữ lưỡi ở trên vòm miệng. Đặt một ngón tay lên khớp thái dương hàm và đặt một ngón tay khác của tay còn lại lên cằm.

Hạ hàm dưới hoàn toàn.

Thực hiện bài tập này khoảng sáu lần mỗi hiệp và sáu hiệp mỗi ngày để đạt hiệu quả tốt nhất.

### 7.3 Bài tập gập cằm

Gập cằm là một trong những bài tập khớp thái dương hàm được khuyến nghị để cải thiện sức mạnh, tăng cường tính linh hoạt cũng như phục hồi chức năng khớp thái dương hàm. Bài tập này có thể thực hiện kể cả khi đứng hoặc ngồi. Đây cũng là một cách đơn giản để thon gọn cằm, cải thiện cơn đau cổ và đau vai gáy.



**Hình 17: Bài tập gập cằm**

Bài tập được thực hiện như sau:

Ngồi thẳng lưng, nhìn thẳng về phía trước với tai và vai thẳng hàng.

Đặt một ngón tay lên cằm.

Không di chuyển ngón tay trong khi kéo đầu và cằm ra phía sau cho đến khi cảm thấy căng ở cổ.

Giữ yên trong 5 giây. Trở về vị trí ban đầu, thư giãn.

Thực hiện động tác 10 lần mỗi hiệp hoặc tùy theo mức độ phản ứng của cơ thể.

Khi đã quen với bài tập, có thể không cần dùng ngón tay để cố định cằm. Điều này có thể khiến bài tập thoải mái và đơn giản hơn.

### 7.4 Bài tập vận động hàm

Vận động nhẹ xương hàm có thể cải thiện cách khớp thái dương hàm đóng – mở cũng như cho phép các đĩa đệm nhỏ ở giữa xương hàm và xương thái dương trượt bình thường. Việc vận động cũng có thể giúp giảm đau và cải thiện sự cảm giác khi cắn hoặc đóng – mở miệng.

### **Tự vận động hàm:**

Rửa tay sạch sẽ với xà phòng và nước.

Đặt một ngón tay cái vào miệng với phần đệm thịt của ngón tay hướng xuống, chạm vào các răng dưới. Nếu vận động khớp thái dương hàm bên trái hãy sử dụng tay phải và ngược lại.

Đặt các ngón tay còn lại bên ngoài miệng, ngay phía dưới khớp thái dương hàm.

Nhẹ nhàng kéo hàm xuống một cách chậm rãi. Không sử dụng quá nhiều lực hoặc đột ngột, điều này có thể gây tổn thương khớp hàm.

Giữ động tác trong vài giây sau đó thả ra. Lặp lại động tác 10 lần.

Sau khi hoàn thành động tác hãy rửa sạch tay.

Vận động hàm là bài tập khớp thái dương hàm đơn giản và không gây đau đớn. Do đó, nếu cảm thấy khó chịu hoặc đau đớn, người bệnh nên trao đổi với bác sĩ hoặc nhà vật lý trị liệu để được hướng dẫn cụ thể.

### **Vận động hàm bên:**

Rửa tay sạch sẽ.

Ngồi với tư thế thẳng lưng.

Đặt hai lòng bàn tay vào hai bên xương quai hàm. Các ngón tay đặt thoải mái ở hai bên tai.

Một lòng bàn tay nên đặt trên xương hàm và tay đối diện nên đặt ngay trên xương thái dương hàm.

Dùng lòng bàn tay ấn vào quai hàm trong khi dùng tay đối diện để ổn định đầu. Việc vận động cần nhẹ nhàng, lực chậm và ổn định để tránh các chấn thương không mong muốn.

Giữ yên động tác trong một giây, sau đó từ từ thả ra. Lặp lại động tác mười lần.

### **7.5 Bài tập tăng cường cơ hàm**

Nhiều nghiên cứu cho thấy việc tăng cường các cơ ở hàm có thể hỗ trợ hoạt động của khớp thái dương hàm, giúp giảm đau và ngăn ngừa các nguy cơ liên quan. Các cơ hàm gắn vào xương ức và xương đòn, do đó tăng cường cơ hàm cũng có thể cải thiện tình trạng đau cổ hoặc đau vai. Ngoài ra, thường xuyên thực hiện bài tập cơ hàm cũng khiến xương quai hàm lộ rõ và đẹp hơn.

### **Bài tập gập cổ:**

Nằm ngửa, lưỡi ép lên trên vòm miệng.

Cố gắng đưa cằm vào ngực sau đó nâng đầu lên khỏi mặt đất khoảng 4 – 5 cm. Không nâng bụng và không đưa cằm ra ngoài.

Thực hiện bài tập 10 lần mỗi hiệp và 3 hiệp mỗi ngày.



**Hình 18: Bài tập gấp cổ**

**Bài tập chuyển động lưỡi:**

Đặt lưỡi trên vòm miệng, ở ngay phía sau răng.

Nhấn lưỡi để đóng hoàn toàn vòm miệng và giúp căng khớp thái dương hàm.

Bắt đầu ngâm nga một bài hát hoặc tạo âm thanh rung động bên trong thanh quản. Điều này có thể kích hoạt các cơ ở xương quai hàm và giúp cơ chắc khỏe hơn.

Thực hiện 15 lần mỗi hiệp và 3 hiệp mỗi lần tập.

**Bài tập đẩy cằm:**

Ngồi thẳng lưng, hóp miệng lại, đẩy hàm dưới ra ngoài và nâng môi dưới lên.

Lúc này cằm và xương quai hàm có thể cảm thấy căng nhẹ.

Giữ yên tư thế trong 10 – 15 giây, sau đó thư giãn.

Thực hiện 15 lần mỗi hiệp và 3 hiệp mỗi lần.

**Bài tập nguyên âm:**

Ngồi thẳng người, mở to miệng sau đó nói “O”, tiếp theo là “E”.

Đảm bảo phóng đại những âm thanh này và những chuyển động này không để lộ hoặc chạm các răng vào nhau.

Thực hiện 15 lần mỗi hiệp và 3 hiệp mỗi lần tập.

**6. Bài tập của Bệnh viện Đại học Oxford**

Bệnh viện Đại học Oxford khuyến cáo người bệnh nên thực hiện một số bài tập khớp thái dương hàm hàng ngày để tăng cường sức mạnh cơ hàm cũng như ngăn ngừa viêm hoặc trật khớp thái dương hàm.

Người bệnh có thể thực hiện chuỗi bài tập này trong 5 phút mỗi lần và hai lần mỗi ngày để đạt hiệu quả tốt nhất. Các bài tập được thực hiện như sau:

Ngậm miệng lại để hai hàm răng chạm vào nhau mà không nghiêng chặt răng. Đặt đầu lưỡi lên vòm miệng ngay phía sau răng cửa trên.

Luôn đầu lưỡi về phía vòm miệng mềm (soft palate) cho đến khi không thể vươn xa hơn nữa. Lưu ý luôn giữ hai răng ở gần nhau.

Giữ lưỡi ở vòm miệng mềm và từ từ mở miệng cho đến khi lưỡi bắt đầu bị kéo ra. Giữ yên tư thế trong 5 giây, sau đó ngậm miệng và thư giãn.

Lặp lại các bước trong 5 phút.

### **Bài tập toàn thân**

Các tư thế có thể ảnh hưởng đến hoạt động của khớp thái dương hàm, cơ nhai và cơ hàm. Do đó, cải thiện tư thế có thể giúp giảm bớt một số áp lực, căng thẳng và ngăn ngừa nguy cơ rối loạn hoặc đau khớp thái dương hàm.



**Hình 19: Giữ tư thế ngồi đúng có thể hạn chế áp lực lên khớp thái dương hàm và cải thiện cơn đau**

Các bài tập tư thế và toàn thân như sau:

**Căng cơ cổ:** Đứng thẳng, khoanh tay trước ngực. Nhẹ nhàng kéo căng cổ từ bên này sang bên kia, sau đó kéo căng từ trước ra sau.

**Duỗi thẳng:** Giữ một quyển sách trên đầu và bắt đầu đi bộ nhẹ nhàng sao cho quyển sách không rơi xuống. Động tác này có thể giúp giảm sự chùng xuống và đẩy vai ra sau. Đồng thời cũng giúp cột sống cổ thẳng hàng, ngăn ngừa đau mỏi vai gáy hoặc các bệnh cột sống, thoát vị đĩa đệm.

**Ngồi thẳng thẳng:** Áp lưng vào lưng ghế khi ngồi. Điều này có thể hỗ trợ lưng, giúp duy trì tư thế đứng và tránh ngồi khom lưng về phía trước, đặc biệt là khi ngồi trước màn hình máy vi tính.

**Thực hiện các kỹ thuật thư giãn:** Các kỹ thuật thư giãn như yoga, thiền định hoặc thái cực quyền có thể giúp giảm bớt căng thẳng tổng thể và cải thiện tình trạng căng cơ. Điều này có thể giúp khớp thái dương hàm, khuôn mặt và xương quai hàm của người bệnh thư giãn.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cẩn khớp học - Hoàng Tử Hùng - Bộ Môn Nha Khoa Cơ Sở – Đh Y Dược Tp Hồ Chí Minh, NXB Y Học, 2005.*
2. *Sử dụng thuốc điều trị đau ở bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm Võ Đắc Tuyển – Khoa Răng hàm mặt – ĐH Y dược Tp Hồ Chí minh - Cập nhật nha khoa – tập 25 -2020*
3. *Oral and Maxillofacial Surgery - D.D.S. Archer, W. Harry; B.S., M.A Vol. II) 1975*
4. *Temporomandibular disorder in the oral and maxillofacial fields Young-Kyun Kim, D.D.S., Ph.D., Editor-in-Chief of JKAOMS.*
5. <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/tmd>

### **\* Một case lâm sàng bị rối loạn khớp thái dương hàm**

Trích nguồn từ:

*Acta stomatol Croat. 2017;51(3):232-239. DOI: 10.15644/asc51/3/7*

BN nữ 21 tuổi đến khám vì các cơn đau khớp thái dương hàm bên phải, nhất là đau nhiều khi há miệng

Tiền sử: cách 3 tháng có tai nạn giao thông vùng đầu có va chạm mạnh

Khám:

Khám vận động:

Vận động hàm ra trước: 6mm

Há miệng tối đa: chỉ được 22mm, khi có trợ lực mở hàm tăng thêm được 2mm.

Vận động há miệng có lệch đường giữa sang phải.

Vận động hàm sang trái được 8mm, sang phải được 11mm.

Vận động sang trái bệnh nhân có đau góc hàm bên (P). Dựa vào thang điểm đau VAS= 0 -10, bệnh nhân ghi nhận VAS=7

Sờ nắn lồi cầu bên P, BN đau, kèm theo tiếng lạo xạo

Khám trong miệng:

Hiện diện 3 răng 18, 28, 48. Răng 38 chưa thấy trên miệng

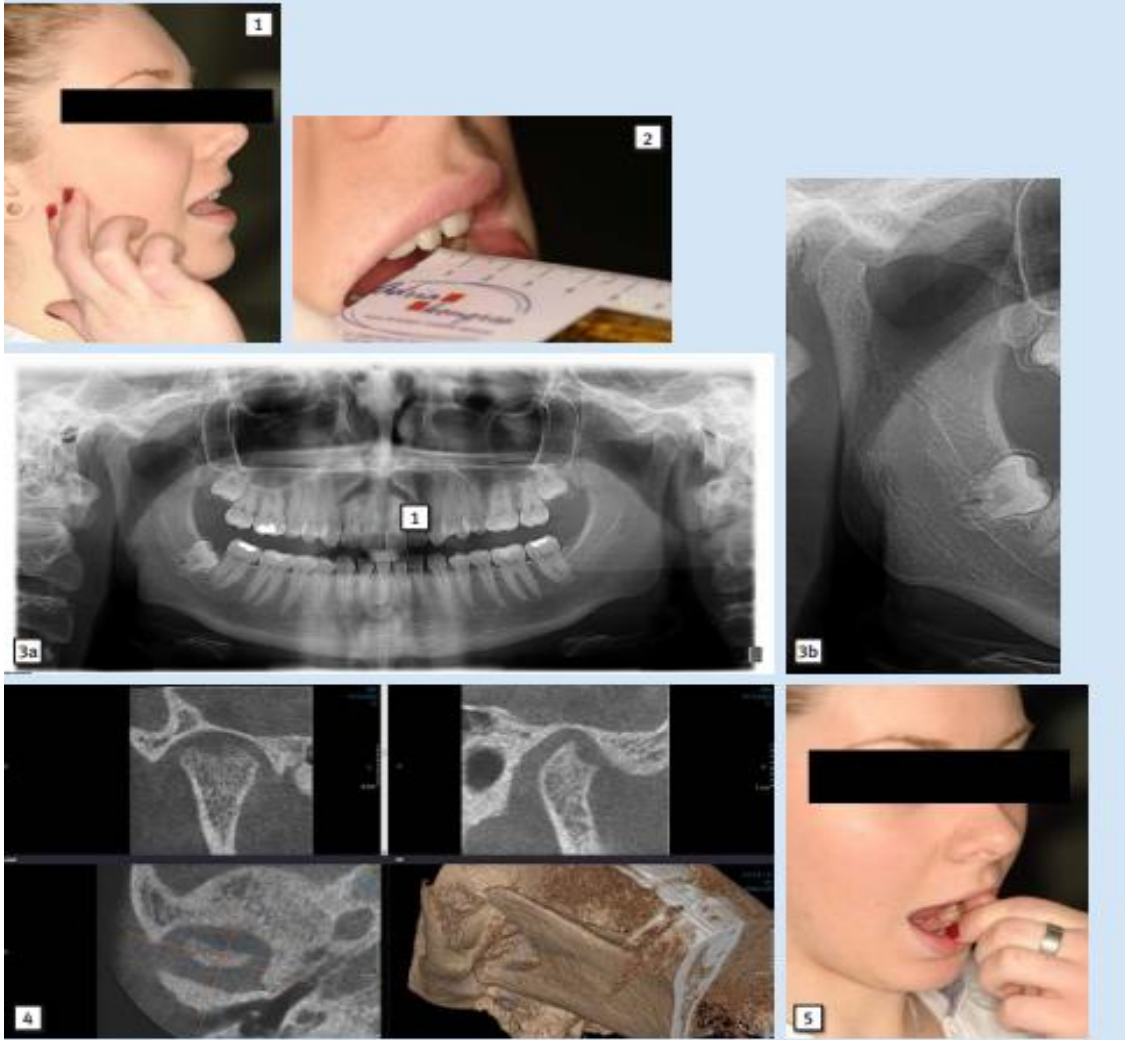
Đường giữa hàm dưới lệch 3mm

Cắn chìa – cắn phủ đều là 4mm

Cận lâm sàng:

Panorex: lòi cầu bên phải bị đẹt

CBCT cả 2 tư thế há và ngậm: đều ghi nhận tình trạng thoái hóa khớp



*Hình ảnh trước khi điều trị rối loạn khớp thái dương hàm của BN nữ 21 tuổi*

Điều trị:

Hướng dẫn bệnh nhân há chế há lớn vận động hàm

Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động các bài tập khớp thái dương hàm

Mang máng nhai để giúp thư giãn cơ, đưa vị trí khớp cắn trở về vị trí trung tâm, và gia tăng kích thước dọc lên thêm 2mm.

Kết quả:

Với các lần hẹn tái khám 1, 3, 6 đều ghi nhận tình trạng BN đã cải thiện rõ rệt.

Sau 6 tháng ghi nhận:

Há miệng chủ động: 35mm

Há miệng có trợ lực: 41mm

Cảm giác đau đã không còn, chỉ khi ăn nhai đồ cứng thì mức độ đau chỉ là VAS=2

Tái khám sau 3 năm điều trị: BN thành thạo vẫn còn mang máng nhai khi ngủ, rất hiếm khi bị đau, chỉ khi nhai kẹo cao su. Khám lâm sàng cho thấy vẫn còn sai lệch nhẹ đường giữa trong quá trình há mở và vẫn cảm thấy tiếng lạo xạo ở khớp thái dương bên phải.



Hình ảnh kết quả sau máng nhai điều trị khớp thái dương hàm

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

**Chọn câu đúng nhất:**

**1. Rối loạn khớp thái dương hàm thường gặp nhất ở những ai:**

- Nữ giới
- Nam giới
- Những bệnh nhân có cản trở khớp cắn và stress
- Những bệnh nhân sau chấn thương, stress, thói quen nhai 1 bên, nghiến răng

**2. Rối loạn khớp thái dương hàm là bệnh lý của thần kinh – cơ – hệ thống nhai:**

- Đúng
- Sai

**3. Biểu hiện của khớp thái dương hàm thường gặp nhất là triệu chứng nào:**

- a. Đau ở cơ khớp thái dương
- b. Ù tai
- c. Há miệng hạn chế, lệch hàm
- d. Há miệng có tiếng kêu ở khớp

**4. Nguyên nhân rối loạn khớp thái dương hàm: (chọn nhiều câu đúng)**

- a. Chấn thương, khiếm khuyết cấu trúc khớp thái dương hàm
- b. Vi chấn thương mãn tính do cản trở khớp cắn lâu ngày
- c. Các bệnh lý của khớp như Viêm đa khớp dạng thấp...
- d. Bệnh toàn thân do miễn dịch, tâm sinh hay do cơ chế sinh học thần kinh chưa hiểu rõ.

**5. Điều trị rối loạn khớp thái dương hàm, thường được ưu tiên trước:**

- a. Phẫu thuật là lựa chọn ưu tiên
- b. Máng nhai
- c. Điều trị nội khoa kết hợp với các bài tập vận động
- d. Chẩn đoán chính xác nguyên nhân sẽ lựa chọn hướng điều trị thích hợp

# **BÀI 3: CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP Ở VÙNG MIỆNG, CÁC BỆNH LÝ VỀ LƯỠI, CẤP CỨU CHẢY MÁU MIỆNG**

## **\* Mục tiêu**

Nêu được khái niệm các bệnh lý thường gặp ở vùng miệng, các bệnh lý về lưỡi, cấp cứu chảy máu miệng.

Nhận biết được các triệu chứng của các bệnh lý thường gặp ở vùng miệng, các bệnh lý về lưỡi, cấp cứu chảy máu miệng.

Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của các bệnh lý thường gặp ở vùng miệng, các bệnh lý về lưỡi, cấp cứu chảy máu miệng.

Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.

Trình bày được nguyên tắc điều trị các bệnh lý thường gặp ở vùng miệng, các bệnh lý về lưỡi, cấp cứu chảy máu miệng.

Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý thường gặp ở vùng miệng, các bệnh lý về lưỡi, cấp cứu chảy máu miệng.

## **PHẦN I: CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP Ở VÙNG MIỆNG**

### **I. VIÊM GÓC MIỆNG:**

#### **1. Đại cương:**



- Là tình trạng viêm điển hình hai bên khõe mép của môi, Tuổi: hầu hết xảy ra ở người trưởng thành, đặc biệt là người già, không khác biệt nam nữ.

- Yếu tố nguy cơ:

+ Các khí cụ nha khoa, hàm giả, viêm miệng liên quan đến hàm giả.

+ Các rối loạn có nguy cơ nhiễm nấm.

+ Khô miệng.

+ Thuốc lá.

+ Thiếu hụt các yếu tố: Thiếu máu, Thiếu sắt, Thiếu vitamine (đặc biệt là Vitamine B), tình trạng rối loạn hấp thu (Bệnh Crohn) hoặc rối loạn ăn uống, có thể thiếu kẽm (nhưng hiếm), Khiếm khuyết miễn dịch: HC Down, HIV, tiểu đường, ung thư, ức chế miễn dịch, rối loạn ở vị trí giải phẫu môi có liên quan đến những thay đổi: giảm kích thước; vị trí môi mở rộng, lõm xảy ra ở: bệnh u hạt miệng mặt, bệnh Crohn, hội chứng Down.



*Hình 1: Viêm góc miệng ở bệnh nhân đái tháo đường*

## **2. Bệnh căn:**

- Các yếu tố: nhiễm trùng, cơ học, dinh dưỡng, miễn dịch xuất hiện đơn lẻ hoặc kết hợp.

- Người lớn tuổi mang hàm giả toàn hàm (gây viêm miệng do hàm giả).

- Yếu tố nhiễm trùng: *Candida albicans* nguyên nhân đơn lẻ thường gặp nhất gây viêm góc miệng.

- Yếu tố cơ học: quá trình lão hóa làm môi trên sẽ nhô ra phía trên môi dưới ở vị trí góc miệng, tạo nên nếp gấp, làm một vùng da nhỏ bị ẩm ướt → các tác nhân nhiễm trùng có lẽ là nguyên nhân chính.

- Thiếu hụt các yếu tố dinh dưỡng: yếu tố tạo huyết hoặc miễn dịch (*candida*). Thỉnh thoảng viêm góc miệng có nguyên nhân đơn lẻ là thiếu máu, thiếu sắt, hoặc thiếu vitamine.

- Thiếu hụt miễn dịch trong trường hợp: bệnh nhân tiểu đường, hội chứng Down, HIV, bệnh nhân ức chế miễn dịch có thể gây ra viêm góc miệng liên quan đến nhiễm nấm *candida*.

### **3. Đặc điểm lâm sàng:**

- Đau nhức, đỏ, nứt nẻ góc miệng đối xứng hai bên.
- Dai dẳng hoặc tái phát nhiều lần.
- Vùng tam giác sần sùi, đỏ, sưng nề hai bên khóe miệng.
- Teo, đỏ, loét, đóng mào và tróc vảy.
- Đôi khi sang thương vượt quá bờ môi đỏ vào da, tạo rãnh nhỏ góc miệng (trường hợp nghiêm trọng, thường là mang hàm giả).
- Vùng viêm da tróc vảy kéo dài đến vùng má hoặc cằm.
- Sang thương dai dẳng: có thể có mũ hoặc mô hạt.
- Rất thường liên quan đến viêm miệng do hàm giả.
- Hiếm hơn liên quan đến nhiễm nấm khóe mép hoặc bạch sản trong miệng.

### **4. Chẩn đoán:**

- Dựa vào đặc điểm lâm sàng
- Thiếu các yếu tố dinh dưỡng: thiếu sắt thường gây viêm lưỡi, thiếu folate gây viêm lưỡi đỏ, thiếu vitamine B gây viêm lưỡi đỏ tía.
- Xem xét các bệnh hệ thống kèm theo: tiêu chảy, các vết loét trong miệng không đặc hiệu ở lưỡi, niêm mạc má → Bệnh Crohn, HIV, hoặc thiếu kẽm.
- Viêm góc miệng một bên: nếu là nguyên nhân tại chỗ thì là loét chấn thương, nếu là vấn đề toàn thân thì loét giang mai.
- Viêm góc miệng trên bệnh nhân mang hàm giả do candida nên được tìm vị trí sang thương, bề mặt hàm giả, sang thương da, cấy nấm và làm các xét nghiệm máu khi nghi ngờ có bệnh hệ thống.
- Các xét nghiệm hỗ trợ sẽ giúp ích chẩn đoán:
  - + Xét nghiệm công thức máu toàn bộ
  - + Xét nghiệm Fe trong huyết thanh, vitamin B12 và axit folic
  - + Xét nghiệm đường máu mao mạch
  - + Trong một vài trường hợp có thể cần thêm các xét nghiệm như đếm tế bào miễn dịch CD4, kẽm trong huyết thanh, ..)

### **5. Điều trị:**

- Ngưng hút thuốc lá.
- Tìm ra các bệnh hệ thống và điều trị bổ sung sắt, vitamine B.
- Viêm góc miệng do nhiễm trùng: Phải điều trị nhiễm trùng: loại bỏ nhiễm trùng nấm ở vị trí sang thương cũng như dưới bề mặt hàm giả và ngăn ngừa tái

phát: loại bỏ ổ nhiễm trùng dưới bề mặt hàm giả: Không mang hàm giả ban đêm, dùng dung dịch tẩy trùng candida (hypochloride).

- Viêm miệng do hàm giả: nên được điều trị bằng thuốc kháng nấm (Miconazole).

- Viêm góc miệng: nên điều trị thuốc kháng nấm tại chỗ (Miconazole).

- Nhiễm trùng Staphylococcus: kháng sinh tại chỗ: fusidic acid (fucidin) ointment: bôi ngày 4 lần.

- Nhiễm trùng hỗn hợp: Candida-Staphylococcus: đáp ứng tốt với miconazole tại chỗ.

- Các lựa chọn khác: Miconazole plus hydrocortisone cream, fucidin plus hydrocortisone cream, clotrimazole plus hydrocortisone cream, nystatin plus hydrocortisone cream, clioquinol plus betamethasone cream.

- Chỉnh sửa các yếu tố nguy cơ cơ học: Làm hàm giả mới để phục hồi đúng kích thước dọc. Đối với những trường hợp khó điều trị hơn như cần làm phẫu thuật, tiêm collagen, filler để phục hồi đúng đặc điểm giải phẫu môi.

## **II. VIÊM MIỆNG ÁP TỖ:**

### **1. Bệnh căn:**

Chưa xác định được nguyên nhân chính xác nhưng theo nhiều nghiên cứu thì nhận định rằng do hệ miễn dịch không nhận diện được tế bào bình thường, tự phát hoặc đa nguyên nhân, có liên quan đến sự hoạt động của hệ thống miễn dịch tế bào trung gian có một số yếu tố thuận lợi như chấn thương, khoảng 38-75% loét xảy ra sau khi bị chấn thương niêm mạc : cắn môi, má, lưỡi, răng bén nhọn, bờ hàm giả nhọn, rối loạn tâm sinh lý (Stress), thiếu B6, B12, sắt, Folate, Thiamine, Vitamin D, dị ứng với Sodium Lauryl Sulfate hiện diện trong kem đánh răng và các sản phẩm vệ sinh răng miệng, thức ăn như phô mai, quế, dứa, thay đổi hormone hoặc thay đổi vi sinh vật miệng, các yếu tố di truyền, ít gặp ở người vệ sinh răng miệng tốt.

### **2. Dịch tễ:**

- Bệnh lý phổ biến ở niêm mạc miệng(20-50%).

- Xuất hiện một hoặc nhiều vết loét rất đau trong miệng.

- Tái phát nhiều lần.

### **3. Lâm sàng:**

- **Đặc điểm chung:** Thường gặp ở đối tượng 20-30 tuổi, thời gian xảy ra: khoảng 5-14 ngày, xuất hiện ở các vị trí như niêm mạc không sừng hóa (niêm mạc di động), niêm mạc môi, má, lưỡi, sàn miệng, khẩu cái mềm, thành hầu và trụ amidan, tổn thương xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước, ban đầu là vết



chợt, loét nhỏ, đau ít sau đó lớn dần và đau nhiều, 1 hoặc nhiều vết loét, đau nhiều khi ăn nhai, nói có thể có phản ứng hạch vùng.

**- Các dạng bệnh:**

- + Đơn giản (Minor aphthous ulcers).
- + Khổng lồ (Major aphthous ulcers).
- + Áp tơ dạng herpes (Herpeticiform aphthous ulcers).
- + Hội chứng Behcet (Behcet's syndrome).

*3.1. Áp tơ dạng khổng lồ (10%) – Dạng nặng nhất:*

- Vị trí: môi, khẩu cái mềm, trụ amidan.
- Xuất hiện nhiều vết loét sâu (5-10), bờ gồ không đều.
- Kích thước 1-3 cm.
- Lành thương 2-6 tuần.
- Tái phát liên tục.
- Sức khỏe toàn thân bị ảnh hưởng.

*3.2. Áp tơ dạng Herpes:*

- Nhiều vết loét nông (10-100) thành từng chùm.
- Kích thước 1-3 mm.
- Đau nhiều.
- Lành thương 7-10 ngày.
- Tái phát liên tục.

*3.3. Hội chứng Behcet:*

- Loét miệng giống loét áp tơ.
- Thường xuất hiện nhiều lần/năm.
- Loét ở bộ phận sinh dục.
- Tổn thương ở mắt (90 %).
- Tổn thương da kèm theo.

**4. Chẩn đoán:**

Chủ yếu dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng, vị trí, hình dạng, đặc điểm vết loét: rất đau, tái phát nhiều lần, mô quanh vết loét bình thường, không có triệu chứng toàn thân

**5. Chẩn đoán phân biệt:**

- Loét chân thương: Thường gặp ở niêm mạc môi má lưỡi nơi vị trí dễ bị tổn thương do răng.

- Nhiễm khuẩn.

- Giang mai.

- Lao.

- Nhiễm virus ( thủy đậu, Herpes).

## **6. Điều trị**

- Trường hợp nhẹ: điều trị giảm đau, kháng viêm bằng Corticoids dạng bôi (nhẹ), gây tê bề mặt, tránh tổn thương thêm và nhiễm trùng thứ phát, súc miệng ngày 3 lần bằng nước muối sinh lý, Chlorhexidine 0,12%, làm sạch vết thương bằng oxy già.

- Trường hợp nặng: Corticoid toàn thân: Prednison 20mg (3-5 ngày).

## **III. LICHEN PHẪNG MIỆNG:**

### **1. Định nghĩa:**

- Là rối loạn miễn dịch mãn tính phổ biến, có đặc điểm đa dạng từ dày sừng đến ban đỏ và loét (theo Wilson 1896).

- Là rối loạn viêm mãn tính khá phổ biến liên quan biểu mô gai lát tầng (theo Eisen D 2005).

- Là một rối loạn phổ biến trong đó tế bào lympho T kích hoạt cái chết lập trình của tế bào biểu mô gây viêm mãn tính. Lichen phẳng miệng có nguy cơ hoá ác thấp (theo Crispian Scully 2007).

### **2. Đặc điểm chung:**

Biểu hiện miệng: trước, sau hay đồng thời với tổn thương ở da, nhưng tồn tại lâu hơn, thường gặp ở vùng gấp của cổ tay, cánh tay và chi dưới, sần nhỏ tròn/đẹp phủ bởi lớp màng mỏng -> lan rộng -> dính nhau. Có những chấm nhỏ nhô cao màu trắng và đường vân, màu đỏ tía -> tím nhạt -> nâu ( sắp lành).

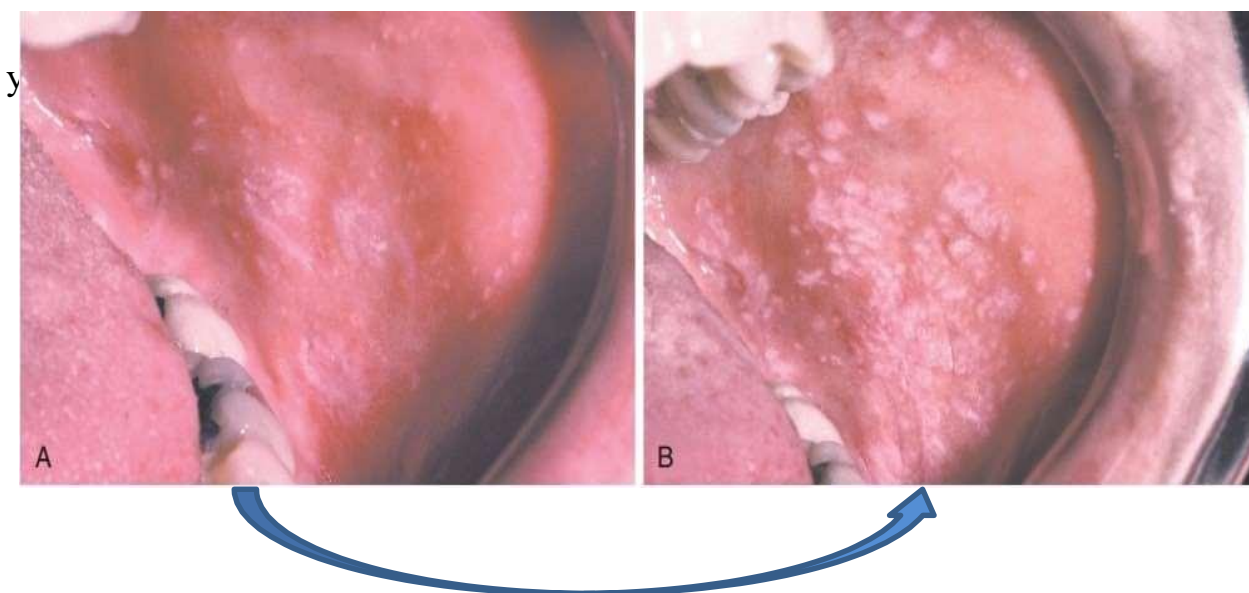
### **3. Bệnh căn học:**

- Chưa rõ nguyên nhân.

- 1 số yếu tố nguy cơ có thể có vai trò trong sinh bệnh học như:

+ Yếu tố di truyền liên quan đến sự đa hình gen của 1 số cytokine, intron đầu tiên của gen promoter của IFN- $\gamma$ , tăng tần suất của allele 308A TNF- $\alpha$  à góp phần biểu hiện ở da.

+ Yếu tố tâm lý: BN lo âu, trầm cảm, dễ tổn thương, những đợt kịch phát: stress, lo âu, cortisol trong nước bọt tăng.



- Dịch tễ học: thường xảy ra ở người trung niên, nữ thường gặp hơn nam, tất cả chủng tộc.

- Vị trí: Niêm mạc má, lưỡi, khẩu cái và vùng dưới lưỡi.

- Diễn tiến: Cấp tính hoặc mạn tính, thuyên giảm hoặc kịch phát, thu nhỏ/ tự khỏi hoặc lan rộng và tái phát, khả năng hóa ác là từ 1-5%.

- Các thể lâm sàng.

#### 4.1. Lichen phẳng dạng lưới:

- Là dạng phổ biến nhất, thường không có triệu chứng, niêm mạc má hai bên, bờ và lưng lưỡi, nướu, khẩu cái và bờ vermilion.

- Đặc điểm lâm sàng: sợi mảnh màu trắng đan xen nhau (sọc Wickham) hoặc nhiều sần, tổn thương “tăng và giảm” trong vài tuần hoặc tháng, nhiễm melanin sau viêm có thể xảy ra đồng thời với các sọc dạng lưới, đặc biệt ở những người da màu.

2 tuần sau

#### 4.2. Lichen phẳng dạng chọt loét:

Có ý nghĩa hơn vì thường có triệu chứng, trung tâm có vùng ban đỏ, teo và loét với nhiều mức độ, chủ yếu: những đường trắng mảnh tia ra, chuẩn đoán phân biệt với viêm nướu tróc vảy: Teo và loét chỉ giới hạn ở niêm mạc nướu.

#### 4.3. Lichen phẳng dạng teo:

Vùng ban đỏ đồng nhất, giới hạn không rõ, có thể có sọc ở ngoại vi, Viêm nướu tróc vảy, cảm giác đau, nóng rát.

#### 4.4. Lichen phẳng dạng sần:

Thường ở giai đoạn đầu, chấm trắng nhỏ (0,5mm), to dần ra tạo thành lưới,

màng, nhân

#### 4.5. Lichen phẳng dạng màng:

Giống bạch sản, tổn thương màu trắng, đồng nhất, hơi gồ lên, nhiều ổ hoặc đơn độc, lưới, niêm mạc má và thường xảy ra trên người hút thuốc lá.

#### 4.6. Lichen phẳng dạng bóng nước:

Hiếm, thường kèm với dạng chột loét / dạng lưới, Bóng nước (4mm à 2cm), tổn thương có nền ban đỏ à bóng nước à vỡ sớm à vết chột loét, nghiêm trọng: biểu mô bị phá huỷ và bong tróc khỏi mô liên kết, phổ biến: niêm mạc má và tiền đình miệng, loạn sản và hoá ác nhiều hơn.

### 5. Chẩn đoán:

- Lichen phẳng là một chẩn đoán cần sự tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và kết quả sinh thiết. Theo WHO, 2003 đặc điểm lâm sàng: Dạng lưới, hai bên, chột loét, teo, màng hay bóng nước chỉ được xem là lichen phẳng nếu có tổn thương dạng lưới.

- Đặc điểm mô bệnh học:

+ Thâm nhiễm lympho bào 1 dải ngay dưới biểu mô, thoái hóa lỏng lớp tế bào đáy, không có loạn sản.

+ Chẩn đoán phân biệt:

#### a. Phản ứng dạng lichen:

- Phản ứng thuốc dạng lichen: 1 bên, tiền sử uống loại thuốc mới, ngưng thuốc -> hết tổn thương, thuốc -> bị lại.

- Phản ứng dạng lichen do vật liệu phục hồi: tổn thương giới hạn ở vùng gần với vật liệu phục hồi (amalgam), patch test (+).

#### b. Bạch sản miệng:

- Hút thuốc lá.

- Thường không triệu chứng.

- Sinh thiết.

#### c. Dày sừng ma sát:

- Có thể trở lại bình thường nếu loại bỏ kích thích (cắn má, đường nhai, chức năng ăn nhai).

- Không triệu chứng.

#### d. Lupus ban đỏ dạng đĩa

Đặc điểm lâm sàng: giống lichen phẳng dạng chột loét, sọc trắng **mạnh hơn** sọc Wickham & toả ra đặc trưng từ trung tâm, vùng ban đỏ, teo ở trung tâm lõm

đốm trắng nhỏ và thường 1 bên.

*e. Viêm miệng loét mãn tính:*

Mô học & lâm sàng: khá giống lichen phẳng. Cần miễn dịch huỳnh quang để tìm tự kháng thể kháng p63 ở lớp đáy và cận đáy của biểu mô và không đáp ứng với corticoid.

*f. Hồng ban đa dạng:*

Khó phân biệt với lichen phẳng dạng bóng nước, cấp tính hơn, thường liên quan đến niêm mạc môi.

*g. Pemphigus:*

Dấu Nikolsky (+) giúp phân biệt với lichen phẳng dạng ban đỏ và chột loét, tiền sử có sự hình thành bóng nước.

*h. Mucous membrane pemphigoid:*

- Tacrolimus 0,03% hoặc 0,1%, không cần kiểm soát nồng độ máu.
- Súc miệng Cyclosporine 100mg/ml 2 lần/ngày (kiểm tra nồng độ máu).

\* Lưu ý: chất gây ung thư, đắt.

#### **IV. HỘI CHỨNG BỎNG RÁT MIỆNG:**

##### **1. Thuật ngữ tương đương:**

- Viêm miệng (stomatopyrosis), chứng đau miệng (stomatodynia).
- Viêm lưỡi (glossopyrosis), chứng đau lưỡi (glossodynia).
- Rối loạn bỏng rát miệng (burning mouth disorder).
- Hội chứng bỏng rát lưỡi (burning tongue syndrome).

##### **2. Dịch tễ:**

- Nữ cao gấp 4 lần so với nam.
- Nữ thường gặp sau mãn kinh 3-12 năm.
- Nam: hiếm gặp < 40t.
- Tuổi: > 55t.

##### **3. Đặc điểm lâm sàng:**

- Thường xảy ra 2 bên ở lưỡi, khẩu cái, môi.
- Khởi phát: trên ½ là tự phát, 1/3 là sau điều trị nha khoa hoặc sau sự kiện sang chấn tâm lý.
- Kiểu đau: Bỏng rát, tê rần, khó chịu, phiền phức, đau, ngứa, cường độ đau từ nhẹ đến vừa, Thời gian đau: gián đoạn hoặc liên tục.

- Yếu tố tăng và giảm đau: yếu tố làm tăng đau như stress, mệt, nói, ăn ( chua, cay, nóng), yếu tố làm giảm đau như ngủ, ăn, uống nước đá, yếu tố gây mất chú ý.

- Các triệu chứng khác: khô miệng, thay đổi vị giác (vị đắng/kim loại), đau đầu, migraine, hội chứng ruột kích thích, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn giấc ngủ.

#### **4. Bệnh căn:**

- Không rõ, được cho là đa yếu tố và có sự tương tác giữa sinh học và tâm lý.

- Yếu tố tại chỗ: Khô miệng, xạ trị, rối loạn vị giác, nhiễm nấm miệng, rối loạn thái dương hàm, phản ứng dị ứng: phục hình, vật liệu nha khoa...

- Yếu tố toàn thân: thiếu hụt Vitamin B, Sắt, Folate, Kẽm, rối loạn nội tiết như bệnh nhân bị tiểu đường, suy giáp, mãn kinh, thiếu hụt Estrogen , giảm tiết nước bọt: hội chứng Sjogren, hội chứng Sicca, do thuốc, lo âu, thuốc: ức chế ACE, chống tăng đường huyết cũng gây ra hội chứng này.

- Yếu tố tâm lý: trầm cảm, lo âu, sợ ung thư, stress tâm lý xã hội, rối loạn ám ảnh cưỡng bức.

#### **5. Phân loại:**

- Theo Scala et al. 2003, hội chứng bỏng rát miệng được phân thành 2 loại bỏng rát miệng nguyên phát không có yếu tố tại chỗ, toàn thân, tâm lý, tự phát và bỏng rát miệng thứ phát có các yếu tố tại chỗ, toàn thân, tâm lý.

- Theo Lamey và Lewis, bỏng rát miệng được phân thành 3 loại:

+ Loại 1 (35%): hàng ngày, không có sau khi thức dậy, tăng trong ngày

+ Loại 2 (55%): hàng ngày, đau liên tục mỗi ngày từ khi thức dậy

+ Loại 3 (10%): vài ngày không đau, triệu chứng thay đổi theo vị trí

#### **6. Chẩn đoán:**

- 5 tiêu chuẩn cơ bản để chẩn đoán hội chứng bỏng rát miệng (Theo Scala và cộng sự (2003):

- Cảm giác bỏng rát niêm mạc miệng hàng ngày (2 bên)

- Đau  $\geq$  4-6 tháng.

- Cường độ đau không đổi/tăng trong ngày.

- Triệu chứng đặc trưng không xấu đi/đôi khi giảm đau lúc ăn, uống.

- Không ảnh hưởng giấc ngủ.

Ngoài ra, các tiêu chuẩn phụ khác để chẩn đoán hội chứng bỏng rát miệng gồm: Có triệu chứng trong miệng khác (rối loạn vị giác, khô miệng), thay đổi cảm giác, thay đổi tâm bệnh học/tâm lý khiến bệnh nhân bị rối loạn nhân cách.

#### **7. Điều trị:**

- Giáo dục bệnh nhân: Đây là bệnh mãn tính, không đe dọa tính mạng, Cảm giác đau là có thật, phổ biến độ tuổi trung niên, điều trị có thể kéo dài, không phải tất cả triệu chứng biến mất, phối hợp với bác sĩ tâm lý và bác sĩ chuyên về tiền mãn kinh nếu cần.

- Hướng dẫn chăm sóc răng miệng:

+ Thử nước súc miệng không cồn, tránh chất tạo bọt SLS trong kem đánh răng, ngừa khô miệng bằng cách uống nhiều nước, tránh rượu bia thuốc lá, thức ăn quá mặn, thức uống có axit, tránh thức ăn nhiều đường.

+ Loại bỏ yếu tố tại chỗ và toàn thân.

+ Liệu pháp tâm lý.

+ Yoga, thiền, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp thư giãn.

- Nội khoa lonazepam.

+ Liều: 0,25mg tối, tăng 0,25mg mỗi 4-7 ngày đến khi hết đau hoặc có tác dụng phụ (tối đa: 2mg). Khi tăng liều, uống 1 lần, hoặc chia làm 3 lần/ngày.

+ Alpha lipoic acid: chất chống oxi hoá.

- Liều: 600mg/ngày x 2 tháng Kết hợp với Clonazepam.

- Amitriptyline (Elavil, Amilavil).

- 10-40mg/ngày.

- Liều: 10 mg (tối) -> tăng 10mg mỗi 4-7 ngày đến khi hết bỏng rát hoặc xảy ra tác dụng phụ.

## **V. NHIỄM NẤM MIỆNG:**

### **1. Đại cương:**

- Candida thuộc họ nấm men gồm hơn 200 loài / 20 loài có khả năng gây bệnh

- Candida albicans vẫn tồn tại cộng sinh trong miệng, niêm mạc đường tiêu hóa, cơ quan sinh dục nữ.

- Người bình thường: Candida chiếm 25-75% ở dạng không tăng sinh, không gây bệnh.

+ Suy giảm miễn dịch của ký chủ.

+ Thay đổi môi trường miệng tại chỗ.

- Các yếu tố cơ hội làm tăng tình trạng nhiễm nấm:

+ Điều trị kháng sinh.

+ Xạ trị, hóa trị ung thư.

+ Điều trị corticoid.

+ Mang hàm giả.

### **5. Chẩn đoán:**

- Dựa vào các dấu chứng và triệu chứng lâm sàng.
- Khi nghi ngờ nhiễm nấm *candida albicans* niêm mạc miệng → điều trị thử bằng thuốc kháng nấm.
- Các dấu chứng/ triệu chứng giảm → chẩn đoán bệnh.
- Cận lâm sàng: Phết, soi tươi, nuôi cấy, sinh thiết.

### **6. Nguyên tắc điều trị:**

- Giảm thiểu hoặc loại bỏ yếu tố thuận lợi.
- Giữ vệ sinh răng miệng tốt.
- Điều trị thuốc kháng nấm tại chỗ ít nhất 2 tuần.
- Sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân trong một số trường hợp.

#### **\* Nhiễm nấm sâu (Deep fungal infections):**

- Nấm sâu gồm các loại: Histoplasmosis, Blastomycosis, Cryptococcosis.
- Những tổn thương bắt nguồn từ phổi, và qua đờm nhiễm sang niêm mạc miệng.
- Lâm sàng.
- Có bệnh lý ở phổi.
- Ở miệng: tổn thương loét mãn tính, lâu ngày không lành giống như ung thư (squamous cell carcinoma).
- Sinh thiết: nhuộm PAS.

#### **\* Điều trị:**

- + Kháng nấm dùng đường toàn thân.
- + Amphotericin B.
- + Ketoconazole.
- + Itraconazole.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Sách “Bệnh học miệng – Triệu chứng học”- Bộ môn Bệnh học miệng, ĐH Y Dược tp HCM, nhà xuất bản Y học
2. Scala A, Checchi L, Montevicchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: Overview and patient management. *Crit Rev*



*Oral Biol Med.* 2003;14:275–91.

3. Wickham LF. Sur un signe pathognomonique delichen du Wilson (lichen plan) stries et punctuations grisâtres. *Ann Dermatol Syph.* 1895;6:17–20.
4. Sonia G., Manveen KJ., Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management, [Indian J Dermatol](#). 2015 May-Jun; 60(3): 222–229.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

### 1. Viêm góc miệng

- a. Thường gặp ở người lớn tuổi
- b. Nhiều yếu tố nguy cơ: mất kích thước dọc, mang hàm giả, thiếu hụt vitamin, kẽm
- c. Có thể bội nhiễm, nhiễm nấm
- d. Tất cả đều đúng

### 2. Viêm miệng áp tơ

- e. Có thể xuất hiện một hoặc nhiều vết loét rất đau
- f. Nguyên nhân chưa rõ, yếu tố nguy cơ như stress, thiếu hụt vitamin B6, B12, acid Folic
- g. Thường ở niêm mạc miệng
- h. Tái phát nhiều lần
- i. Tất cả đều đúng

### 3. Lichen phẳng miệng, chọn câu sai

- a. Rối loạn tự miễn mãn tính
- b. Thường gặp niêm mạc má, lưỡi
- c. Thường bị 1 bên
- d. Phổ biến nhất là lichen phẳng dạng lưới
- e. Điều trị chủ yếu là corticoid tại chỗ hoặc toàn thân

### 4. Hội chứng bong rát miệng

- a. Thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh
- b. Triệu chứng bong rát, tê rần, khô miệng kéo dài nhiều tháng
- c. Có thể stress, âu lo, đau nửa đầu
- d. Điều trị kết hợp nhiều chuyên khoa

e. Tất cả các câu trên đúng

### **5. Nhiễm nấm miệng**

a. Nấm candida albican tăng sinh và gây bệnh khi bị suy giảm miễn dịch, thay đổi môi trường miệng.

b. Có nhiều dạng: viêm teo lưỡi giữa, viêm khóe mép, viêm miệng do hàm giả.

c. Cảm giác đắng và khô miệng

d. Thường gặp ở bệnh nhân sử dụng kháng sinh kéo dài, xạ trị, mang hàm giả vệ sinh kém

d. Tất cả các câu trên đúng

### **6. Điều trị nhiễm nấm miệng**

a. Giảm thiểu hoặc loại bỏ yếu tố thuận lợi.

b. Giữ vệ sinh răng miệng tốt.

c. Điều trị thuốc kháng nấm tại chỗ ít nhất 2 tuần

d. Sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân trong một số trường hợp

e. Tất cả các câu trên đúng

## **PHẦN II: CÁC BỆNH LÝ VỀ LƯỠI**

### **\* GIỚI THIỆU:**

Lưỡi là cơ quan thuộc khoang miệng có một phần di động và một phần cố định gọi là đáy lưỡi.

Mặt trên lưỡi hay lưng lưỡi được phủ một lớp niêm mạc sần sùi màu hồng nhạt. Mặt này được chia làm hai phần bởi một dãy 8 hay 9 gai vị giác (gai dài) xếp thành chữ V có đỉnh quay vào trong (V lưỡi). Phía trước lưng lưỡi có 3 loại gai vị giác:

Gai chỉ: rất nhỏ, mỏng như sợi chỉ màu trắng.

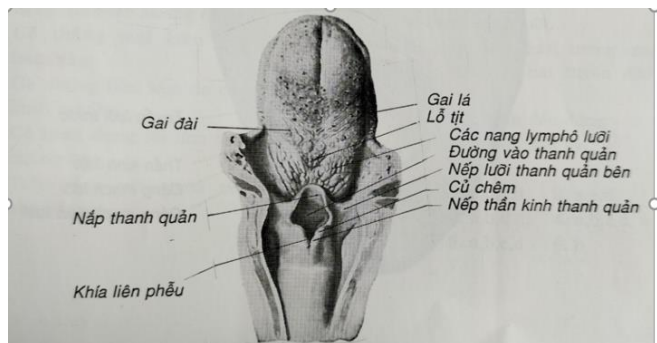
Gai nấm: tròn, màu đỏ tươi nằm lẫn lộn với gai chỉ.

Gai lá: ở hai bên bờ lưỡi phía sau, tạo những nếp gấp không đều, song song với nhau.

Niêm mạc lưỡi có nhiều nốt lympho hình tròn hay hình thuẩn, những nốt này gọi là amidan lưỡi.

Mặt dưới lưỡi hay bụng lưỡi được phủ một lớp niêm mạc mỏng. Trên đường giữa có một nếp gấp niêm mạc gắn liền lưỡi với sàn miệng, đó là thắng lưỡi. Ở hai

bên thẳng, có thể thấy hai u thịt do cơ cầm lưỡi đội lên, và trên đó là hai nếp gấp niêm mạc rất mỏng. Ngoài ra còn có thể thấy các tĩnh mạch dưới lưỡi chạy ngoằn ngoèo hai bên bụng lưỡi.



**Hình 1: Vùng lưỡi**

Lưỡi là một cơ quan phức tạp liên quan đến chức năng phát âm, nhai, nuốt cũng như vị giác. Khoang miệng, cùng với lưỡi, là vị trí dễ xảy ra các tổn thương do tân sinh, các tình trạng phản ứng, nhiễm trùng và có thể là biểu hiện dấu hiệu của bệnh lý toàn thân.

Chẩn đoán và điều trị bệnh lý ở lưỡi là một thách thức trong thực hành lâm sàng do đa số bệnh nhân có bệnh lý ở lưỡi thường bị đau và ảnh hưởng đến chức năng cũng như chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân có biểu hiện đau ở lưỡi có thể có một số vấn đề tại chỗ như chấn thương, thói quen cặn chức năng, các bệnh lý gây viêm ở lưỡi, khô miệng, nhiễm nấm ở lưỡi; hoặc các vấn đề toàn thân như rối loạn nội tiết, thiếu dinh dưỡng, giảm tiết nước bọt, bệnh nhân dùng thuốc trong các bệnh mạn tính... mà các tình trạng này thường có biểu hiện tổn thương hay thay đổi ở bề mặt niêm mạc. Một số tình trạng phổ biến có sự thay đổi ở niêm mạc lưỡi như loét do mất chất trong loét áp tơ, loét do chấn thương, loét do thuốc; các tổn thương màu đỏ hay màu trắng trong viêm lưỡi giữa hình thoi, nhiễm nấm, viêm lưỡi, viêm gai lá, lưỡi bản đồ.

## **A. TỔN THƯƠNG LOÉT Ở LƯỠI**

Loét là biểu hiện mất chất dễ phát hiện nhất ở lưỡi. Nguyên nhân gây loét ở lưỡi thường là chấn thương, loét áp tơ. Ngoài ra một số bệnh nhân có bệnh mạn tính dùng thuốc kéo dài có thể có phản ứng loét niêm mạc do dùng thuốc, trong trường hợp này rất khó phân biệt với loét do áp tơ.

### **1. Loét chấn thương**

Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của loét chấn thương có biểu hiện tương đối khác nhau tùy theo nguyên nhân gây chấn thương: loét nông hay sâu, bờ đều hoặc không đều, viền có thể viêm đỏ, bờ cuộc hoặc phẳng, đáy phủ giả mạc, mật độ thay đổi, có thể mềm, dai hoặc chắc. Loét có thể tồn tại vài ngày hoặc vài tuần (do nhiễm khuẩn thứ phát), hình dạng và kích thước thay đổi. Hạch phản ứng có thể đau do vi khuẩn vùng miệng gây viêm nhiễm vết loét. Tuy có biểu hiện thay đổi

nhưng loét chân thương ở lưỡi dễ phát hiện nguyên nhân, thường nhất là do răng mòn, răng sâu, răng vỡ, khớp cắn bất lợi gần vị trí tổn thương khiến bệnh nhân bị chân thương do cọ xát hay cắn phải. Loại bỏ nguyên nhân gây chân thương sẽ giúp giảm tổn thương. Đối với các vết thương loét dai dẳng có thể giảm đau bằng fluocinoide 0,05% hay triamcinolone acetonide 0,1% trước khi ngủ và sau mỗi bữa ăn giúp giảm đau và nhanh lành thương.



**Hình 2: Loét do chấn thương ở lưỡi**

## 2. Loét áp tơ

Loét áp tơ có bệnh sử tái phát, vết loét nông ở niêm mạc di động đường kính 0,5-3cm, đường viền liên tục, mảnh, có quầng viêm đỏ, đáy vàng, sờ mềm. Các vết loét áp tơ nhỏ có đường kính dưới 1cm thường tự lành trong 7-14 ngày, vị trí loét áp tơ ở lưỡi là lưng lưỡi và bờ lưỡi. Ngoài ra, áp tơ dạng Herpes (aphthous herpetiform) biểu hiện nhiều vết loét nhỏ (1-2mm) rất đau, tồn tại 7-14 ngày, thường ở bụng lưỡi.

Bệnh căn của loét áp tơ vẫn chưa được biết, nhiều yếu tố liên quan gây ra khởi phát loét áp tơ như thay đổi nội tiết tố (chu kỳ kinh nguyệt, thai kỳ), chấn thương tại chỗ, sử dụng thuốc, quá mẫn với thực phẩm, thiếu dinh dưỡng (thiếu sắt, vitamin B1, B6, B12), căng thẳng, thuốc lá.

Ngoài ra, yếu tố di truyền và miễn dịch cũng có thể liên quan. Do đó, khi chẩn đoán loét áp tơ dai dẳng, ngoài các đặc điểm về vị trí loét (niêm mạc sừng hóa hoặc không sừng hóa), kích thước, hình dạng, bờ, đáy và mô xung quanh của loét, cần lưu ý thêm về tiền sử gia đình, tần suất xuất hiện loét, thời gian bị loét, số lượng vết loét, các tình trạng bệnh lý y khoa liên quan.

Các xét nghiệm cần thực hiện cho bệnh nhân có loét áp tơ tái phát dai dẳng bao gồm hemoglobin, công thức máu toàn phần, tốc độ máu lắng / protein phản ứng (ESR/CRP), B12 huyết thanh, folate, kháng thể kháng gliadin.

Nguyên nhân của loét áp tơ vẫn chưa rõ ràng. Do đó, mục tiêu của điều trị loét áp tơ là giảm triệu chứng, giảm số lượng và kích thước loét, ngăn ngừa tái phát. Phương pháp điều trị nên được xác định theo mức độ nghiêm trọng của bệnh, tiền sử bệnh của bệnh nhân, tần suất tái phát và khả năng dung nạp thuốc của bệnh nhân. Một số bệnh nhân có các đợt loét áp tơ tái phát chỉ kéo dài trong vài ngày, chỉ xảy ra vài lần trong năm.

Lựa chọn đầu tiên trong điều trị áp tơ là các thuốc tại chỗ vì tính an toàn, hiệu quả và chi phí thấp. Đối với thuốc thoa tại chỗ, hướng dẫn bệnh nhân súc miệng, thoa thuốc lên bề mặt vết loét, sau đó không ăn uống trong 30 phút, bôi 3-4 lần/ngày. Tuy nhiên thuốc tại chỗ dễ bị rửa trôi khi sử dụng trên bề mặt niêm mạc. Do đó, điều trị tại chỗ có thể không đủ đối với loét áp tơ tái phát liên tục hoặc các vết loét trầm trọng. Trong trường hợp đó cần kê toa thuốc đường toàn thân, và lựa chọn đầu tiên là thuốc kháng khuẩn, các thuốc kháng viêm, các thuốc giảm đau; lựa chọn thứ hai là thuốc điều hòa miễn dịch, kháng sinh và corticoid. Tuy nhiên không có phương pháp nào là hiệu quả nhất, cần phải thử một số loại thuốc để có đáp ứng tốt và ngăn ngừa tái phát. Các chiến lược điều trị phải hướng tới việc giảm đau, tăng thời gian không xuất hiện vết loét và đẩy nhanh quá trình lành vết loét.

**Bảng 1: Các thuốc sử dụng điều trị loét áp tơ tái phát**

<b>Lựa chọn đầu tiên</b>		
Kháng khuẩn tại chỗ	Chlorhexidine Gluconate 0,2%	Súc miệng 1 phút, 3 lần/ngày, sau ăn
Kháng viêm/giảm đau tại chỗ	Benzydamine Hydrochloride Amlexanox 5%	Xịt hoặc súc miệng 3-5 phút rồi nhỏ Bôi 3-4 lần/ngày
Thuốc tê tại chỗ	Lidocain 2%	Thoa 2-3 giọt lên bề mặt vết loét (giữ miệng há để tránh nuốt thuốc)
Kháng sinh tại chỗ	Tetracycline	Hòa tan viên nang 250mg vào 180ml nước, ngâm 2-3 phút rồi nhỏ, 4 lần/ngày trong 4 đến 5 ngày.
	Minocycline	Hòa tan viên thuốc 100mg trong 180ml nước, súc miệng rồi nhỏ, 2 lần/ngày trong 4 đến 5 ngày
Corticosteroid tại chỗ	Triamcinolone acetonide 0,1% Clobetasol Propionate 0,05% Fluocinionide 0,05%	Thoa 2-3 lần/ngày
<b>Lựa chọn thứ hai</b>		

Ức chế miễn dịch đường toàn thân	Pentoxiphylline 400mg Colchicine	3 lần/ngày Điều trị thử: 1 đến 2mg/ngày 4 đến 6 tuần. Sau đó điều trị lâu dài theo khả năng dung nạp và đáp ứng lâm sàng
Kháng sinh đường toàn thân	Penicillin G Postassium 50mg	4 lần/ngày
Corticosteroid đường toàn thân	Prednisone	1mg/kg/ngày giảm liều sau 1-2 tuần

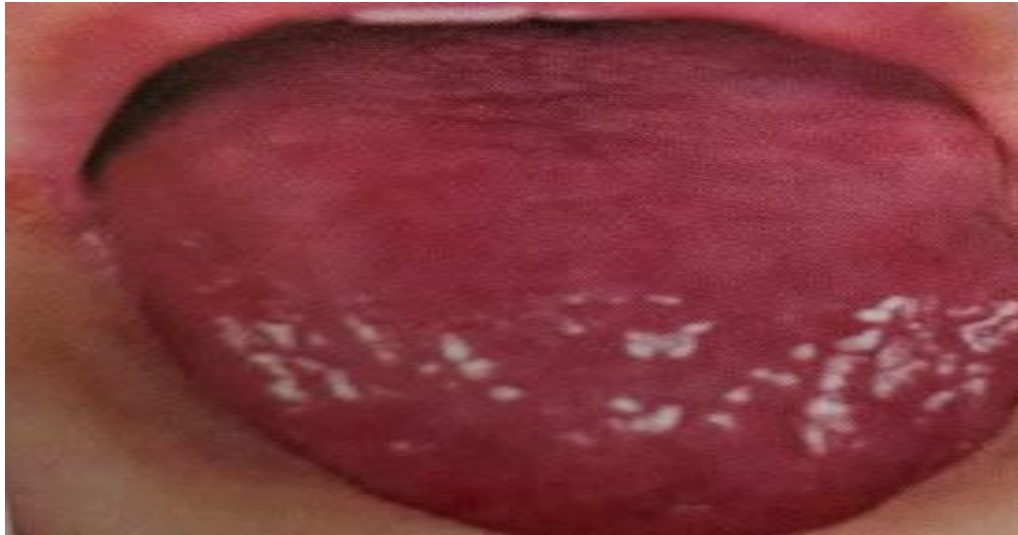
## B. TÔN THƯƠNG TRẮNG VÀ ĐỎ Ở LƯỠI

### 1. Viêm lưỡi

Viêm lưỡi (glossitis) là thuật ngữ chỉ tình trạng lưỡi đỏ, nhẵn và đau. Tuy nhiên tình trạng đỏ, nhẵn của lưỡi và đau không phải lúc nào cũng kết hợp với nhau. Lưỡi có thể đau nhưng khám không thấy thay đổi bề mặt hoặc lưỡi có thể nhẵn mịn, đỏ nhưng không có triệu chứng đau. Viêm lưỡi có thể do tình trạng tại chỗ ở lưỡi như nhiễm nấm (viêm lưỡi giữa hình thoi, nhiễm nấm candida dạng teo) hoặc một số tình trạng toàn thân như thiếu máu, thiếu vitamin nhóm B (đặc biệt là B12).



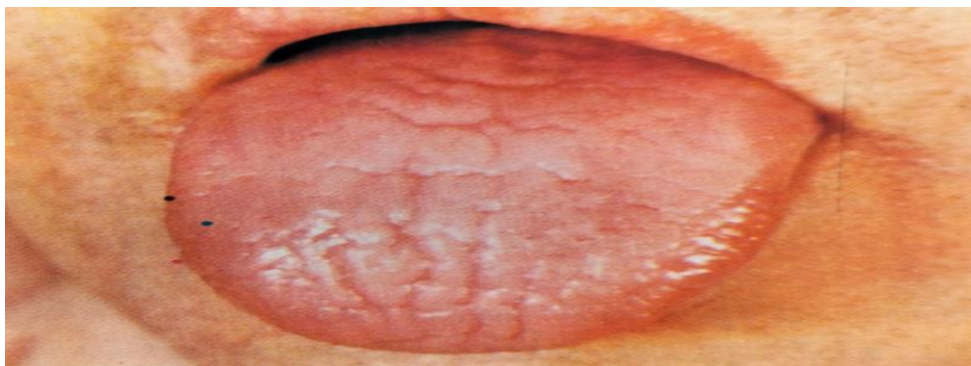
**Hình 3: Thiếu vitamin B nhẹ**



**Hình 4: Viêm lưỡi dạng teo do thiếu máu thiếu sắt**

Thiếu máu ác tính do mất các yếu tố nội tại trong dịch dạ dày nên không hấp thu được yếu tố giúp hồng cầu trưởng thành (acid folic). Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy: số lượng hồng cầu ít, hồng cầu to, không đều, bị biến dạng, thiếu máu đẳng sắc, tốc độ lắng máu tăng. Có thể có nhiều dấu chứng và triệu chứng liên quan đến những thay đổi về huyết học, hệ tiêu hóa. Bề mặt lưng lưỡi trụi gai, bờ lưỡi đỏ, viêm lưỡi và da có màu hơi xanh.

Thiếu máu thiếu sắt và thiếu máu ác tính (pernicious anemia) là nguyên nhân chính của viêm lưỡi. Lưỡi thường teo, nhẵn, đỏ, thường xảy ra ở nữ.



**Hình 5: Thiếu máu ác tính, viêm teo lưỡi**

### **3. Viêm lưỡi giữa hình thoi**

Viêm lưỡi giữa hình thoi là dạng đặc biệt của nhiễm nấm Candida, đặc trưng bởi mảng teo đỏ ngay đường giữa lưỡi, ở chỗ nối 2/3 trước và 1/3 sau của lưỡi.

Trên lâm sàng, viêm lưỡi giữa hình thoi thấy ở người lớn và thường không có triệu chứng hoặc một số trường hợp có triệu chứng của đau và loét. Viêm lưỡi giữa hình thoi biểu hiện là vùng có nhú đỏ hoặc hồng, có khi màu trắng. Các tổn thương

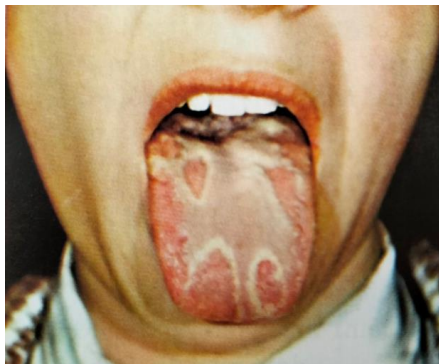
thường phẳng hoặc hơi lõm. Trong một số trường hợp có nốt sần và tăng sản biểu mô. Điều trị bằng thuốc kháng nấm tại chỗ.



**Hình 6: Viêm lưỡi giữa hình thoi**

#### **4. Lưỡi bản đồ**

Lưỡi bản đồ (viêm lưỡi di cư lạnh tính) đặc trưng bởi mất biểu mô đặc biệt là gai chỉ, nguyên nhân chưa rõ. Biểu hiện lâm sàng là các vùng màu đỏ không đều được bao quanh bởi các dải gai chỉ màu trắng hơi nhô. Màu đỏ thể hiện sự teo các gai chỉ (hình 7). Đa số bệnh nhân có lưỡi bản đồ thường không có triệu chứng, tuy nhiên một vài trường hợp có cảm giác đau, nóng rát, nhạy cảm với thức ăn, giảm vị giác và triệu chứng thường xảy ra ở vùng teo gai chỉ. Lưỡi bản đồ thường không cần điều trị, chủ yếu trấn an bệnh nhân. Nếu có đau, có thể điều trị triệu chứng bằng cách giảm đau tại chỗ.



**Hình 7: Lưỡi bản đồ**

#### **5. Nhiễm nấm**

Nhiễm nấm là một trong những bệnh phổ biến xảy ra ở niêm mạc miệng và thường do nấm men *Candida albicans* gây ra. Mặc dù 30%-50% người bình thường có *Candida albicans* ở miệng nhưng bệnh nhiễm trùng cơ hội này phổ biến ở người cao tuổi, nó cũng có thể là một dấu hiệu của bệnh toàn thân như đái tháo đường và là một vấn đề phổ biến ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Nhiễm nấm *Candida* được phân loại cấp tính (dạng màng giả, dạng teo cấp tính), mạn tính (dạng teo mạn tính, dạng tăng sản), và các tổn thương trong miệng có liên quan



candida (chốc mép, viêm miệng do hàm giả, viêm lưỡi giữa hình thoi). Trong đó, lưỡi có thể biểu hiện cả dạng cấp tính và mạn tính.

Dạng màng giả thường được thấy ở bệnh nhân lớn tuổi, suy giảm miễn dịch như AIDS, đái tháo đường, bệnh nhân điều trị bằng corticosteroid, điều trị bằng kháng sinh phổ rộng kéo dài, bệnh lý ác tính. Nhiễm nấm dạng màng giả biểu hiện mảng trắng, dính giống như sữa đông hoặc phô mai trên bề mặt của niêm mạc. Màng này có thể cạo tróc bằng tăm bông để lộ niêm mạc hồng bên dưới. Dạng màng giả thường dễ chẩn đoán và là một trong những dạng phổ biến nhất của nhiễm nấm candida hầu họng.



**Hình 8: Nhiễm nấm candida lưỡi**

Nấm candida dạng teo ít gặp. Dạng này cũng liên quan đến dạng màng giả, khi các mảng màu trắng bị loại bỏ, thường vẫn còn niêm mạc màu đỏ teo và đau. Ngoài ra, viêm lưỡi trụi gai phát sinh do sự ức chế của hệ vi khuẩn bình thường cũng có biểu hiện nhiễm nấm dạng teo.

Các triệu chứng của dạng cấp tính khá nhẹ và bệnh nhân có thể bệnh nhân có thể chỉ phàn nàn về cảm giác ngứa, đau mơ hồ, cảm giác nóng bỏng hoặc vị hôi.

Chẩn đoán nhiễm nấm candida trong miệng chủ yếu dựa vào lâm sàng. Các kỹ thuật phân lập candida trong miệng như phết tế bào học, cấy nấm và sinh thiết được chỉ định cho các trường hợp nhiễm nấm candida do tăng sản vì loại này có thể gây ra chứng loạn sản.

Điều trị nhiễm nấm ở miệng dựa trên bốn nguyên tắc: chẩn đoán sớm và chính xác; kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng hoặc các bệnh tiềm ẩn; đánh giá loại candida; sử dụng hợp lý thuốc kháng nấm, đánh giá tỉ lệ hiệu quả/độc tính trong từng trường hợp. Khi chọn lựa giữa một số phương pháp điều trị, cần lưu ý loại candida, bệnh lý lâm sàng và việc điều trị tại chỗ có đủ không hay cần phải điều trị đường toàn thân, luôn luôn đánh giá tỉ lệ hiệu quả và độc tính. Nhiễm nấm có thể điều trị đơn giản và hiệu quả với việc bôi thuốc kháng nấm. Tuy nhiên, nhiễm nấm candida mạn tính ở niêm mạc các thuốc tại chỗ có thể không hiệu quả. Trong trường hợp đó, cần sử dụng thuốc đường toàn thân.

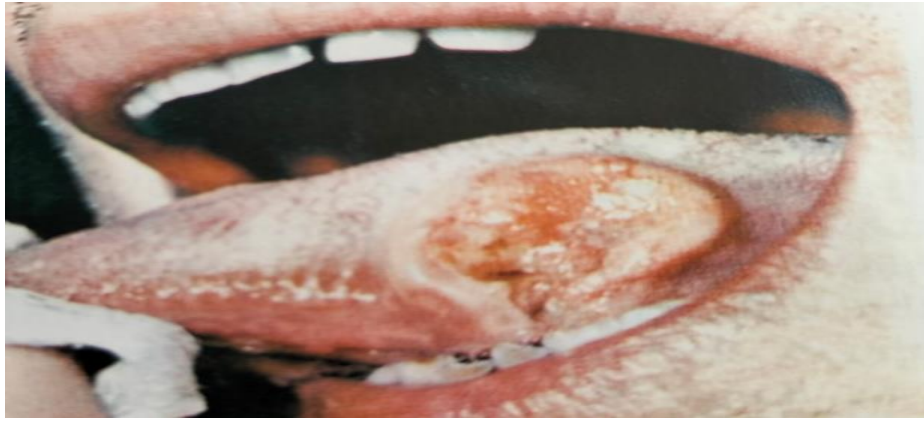
## **Bảng 2: Các thuốc kháng nấm**

Thuốc	Dạng	Liều dùng
Amphotericin B	Hỗn dịch mg/ml Viên ngậm 10 mg	Ngậm tan trong miệng 3-4 lần/ngày sau ăn, tối thiểu 2 tuần Đặt trong miệng sau ăn, giữ gần tổn thương 4 lần/ngày, 2 tuần
Nystatin	Kem Viên nén 100.000UI Hỗn dịch	Thoa tại chỗ tổn thương 3-4 lần/ngày Ngậm tan từ từ sau bữa ăn 4 lần/ngày, 7 ngày Dùng sau bữa ăn 4 lần/ngày, 7 ngày, và tiếp tục sử dụng trong vài ngày sau khi lành vết thương trên lâm sàng
Clotrimazole	Kem Dung dịch	Thoa tại vùng tổn thương 2-3 lần/ngày, 3-4 tuần
Miconazole	Gel Kem	Thoa tại vùng tổn thương 3-4 lần/ngày Thoa 2 lần/ngày và tiếp tục trong 10-14 ngày sau khi lành thương
Ketoconazole	Viên nén	Viên 200-400 mg, 1-2 lần/ngày với thức ăn, 2 tuần
Fluconazole	Viên nang	Viên nang 50-100 mg, 1 lần/ngày, 2-3 tuần

### C. UNG THƯ LƯỖI

Vị trí thứ hai thường gặp của ung thư miệng là ung thư lưỡi. Ung thư tế bào gai thường xuất phát từ 1/3 hông lưỡi hay bụng lưỡi, tương đối hiếm ở đầu lưỡi hay lưng lưỡi. Ung thư lưỡi di căn rất sớm, thường đến nhóm hạch dưới hàm. Trì hoãn sinh thiết hoặc điều trị không đúng mức một tổn thương nghi ngờ có thể dẫn đến tử vong.

Ung thư tế bào gai ở hông lưỡi có đặc điểm phần chu vi nhô lên, cuộn tròn và sần chắc; phần trung tâm loét và có dạng hạt



**Hình 9: Ung thư hông lưỡi**

Một tổn thương lớn chồi sùi dạng mụn cơm, hơi loét ở bụng lưỡi, khi sờ thấy có khối thâm nhiễm và rắn chắc. Ung thư dạng mụn cơm có thể cho tiên lượng tốt hơn những dạng loét sâu với cùng kích thước. Do ung thư ở giai đoạn sớm không đau nên bệnh nhân thường không phát hiện được tổn thương cho đến khi đã lan rộng.



**Hình 10: Ung thư lưỡi dạng mụn cơm**

## **D. CÁC BIẾN DẠNG KHÁC Ở LƯỠI**

### **1. Lưỡi nhỏ**

Là dị tật bẩm sinh

Có thể gây khó khăn khi ăn và phát âm

### **2. Lưỡi to**

Là dị tật bẩm sinh hay thụ đắc

+ Bẩm sinh: do sự phì đại cơ toàn thân hay tại chỗ

+ Thụ đặc: có thể gặp trong các trường hợp sau

⇒ Lưỡi có u máu hay u mạch lympho

⇒ Tắc nghẽn mạch lympho lưỡi trong trường hợp bị ung thư lưỡi

⇒ Người bị tăng năng tuyến yên ở thùy trước

⇒ Bệnh phù do điều trị bằng corticoid

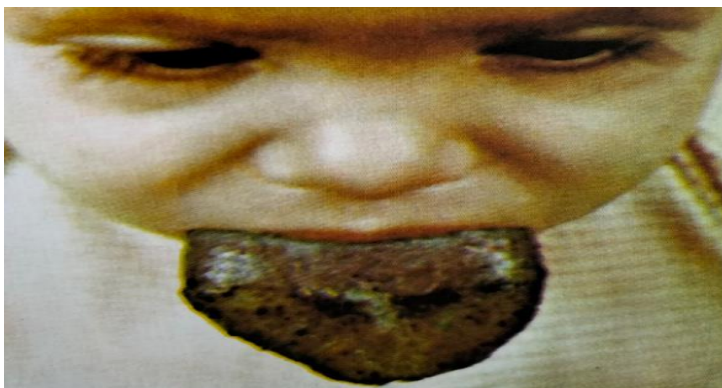
⇒ Theo sau sự mất răng ở hàm dưới

- Lưỡi to làm cho các răng xô lệch và in dấu răng dưới ở bờ lưỡi.

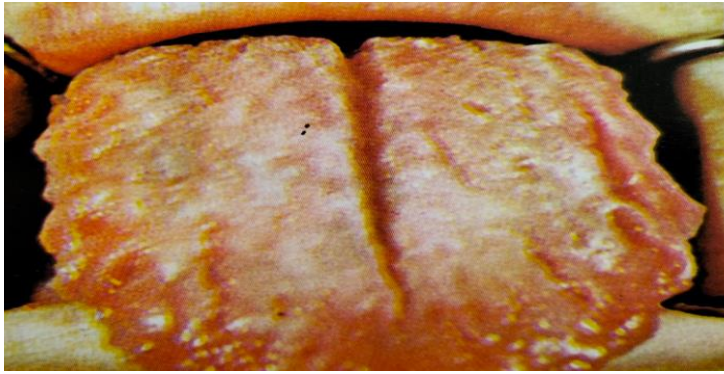
- Điều trị nguyên nhân. Nếu gây xáo trộn chức năng và có yêu cầu chỉnh nha thì mới có chỉ định phẫu thuật.



**Hình 11: Lưỡi to nguyên phát**



**Hình 12: Lưỡi to bẩm sinh (u máu)**



**Hình 13: Lưỡi to thụ đặc**

### **3. Lưỡi dính:**

- Lưỡi dính hoàn toàn: lưỡi dính liền vào sàn miệng.
- Lưỡi dính một phần: do thắng lưỡi quá ngắn hay dính ở đầu lưỡi (thường gặp).
- Khó phát âm.
- Có chỉ định phẫu thuật nếu gây xáo trộn chức năng.



**Hình 14: Lưỡi dính**

### **4. Lưỡi chẻ:**

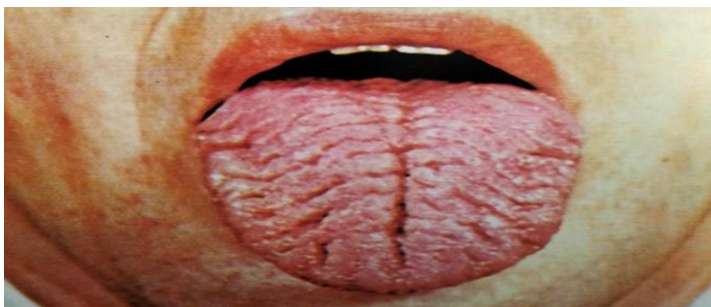
- Lưỡi chẻ đôi hoàn toàn hay hai lưỡi đầu rất hiếm.
- Lưỡi chẻ không hoàn toàn do đường rãnh sâu ở giữa lưỡi: thường gặp hơn.
- Điều trị: vệ sinh răng miệng kỹ.



**Hình 15: Lưỡi chẻ**

### **5. Lưỡi nứt nẻ**

- Mặt lưng lưỡi có nhiều đường nứt nẻ, thường là một đường nứt dọc giữa lưỡi và từ đó tỏa ra những đường ngang.
- Có thể là do biến dạng bẩm sinh.
- Có thể do chấn thương kinh niên hay thiếu vitamin B hỗn hợp, tình trạng này thường nặng hơn theo tuổi.
- Điều trị: giữ vệ sinh răng miệng kỹ.



**Hình 16: Lưỡi nứt nẻ**

### **E. HỘI CHỨNG BỌNG RÁT MIỆNG (BMS)**

- Hội chứng bong rớt miệng trong đó biểu hiện đau thường xảy ra ở đầu lưỡi và 2/3 trước của lưỡi nên một số bệnh nhân có biểu hiện đau ở lưỡi thường được chẩn đoán là bong rớt lưỡi.
- Các than phiền chính của bệnh nhân là đau trong niêm mạc (nóng, rát, ngứa, tê, sưng, châm chích), rối loạn vị giác, khô miệng; ngoài ra còn có các yếu tố hỗ trợ

như xảy ra 2 bên, triệu chứng xảy ra 4-6 tháng, không rõ yếu tố khởi phát, ăn uống làm tăng hoặc giảm triệu chứng.

- Chẩn đoán hội chứng bỏng rát lưỡi cơ bản là một chẩn đoán loại trừ nên cần khai thác bệnh sử và khám lâm sàng kỹ lưỡng để tìm nguyên nhân tại chỗ (hàm giả không khít sát, chấn thương, tật đẩy lưỡi, bệnh lý viêm nhiễm, khô miệng, tổn thương bệnh lý...) hoặc nếu khám không thấy tổn thương rõ ràng ở lưỡi thì có thể là một chỉ dấu của rối loạn hệ thống (như rối loạn nội tiết, thiếu máu với các nguyên nhân khác nhau: thiếu sắt, axit folic hoặc vitamin B12, tình trạng dùng thuốc điều trị các bệnh khác, dị ứng...). Ngoài ra cũng cần tìm hiểu các tình trạng tâm lý, bệnh lý thần kinh, ung bướu của bệnh nhân. Trong quá trình hỏi bệnh sử và khám niêm mạc, nếu nghi ngờ bệnh nhân có các bệnh lý tại chỗ hoặc bệnh toàn thân thì nên làm các xét nghiệm để giúp làm sáng tỏ bệnh tại chỗ hoặc toàn thân.

**Bảng 3: Một số bệnh lý toàn thân có thể kết hợp đau ở lưỡi**

<b>Dấu chứng nguy cơ</b>	Bệnh sử, triệu chứng	Xét nghiệm/Xem xét
Nhiễm nấm	Sử dụng kháng sinh	Cấy nấm
Thiếu dinh dưỡng	Thiếu máu, chảy máu quá mức, chứng háu ăn, ói, bệnh lý đường ruột, bệnh Crohn	Sắt, vitamin B12, vitamin B-complex
Rối loạn nội tiết	Uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều, lành thương kém, nhiễm trùng, nhạy cảm lạnh, mệt mỏi	Đái tháo đường, nhược giáp, thiếu hormon
Trào ngược dạ dày thực quản	Ợ nóng, trào ngược đau rát ở đáy lưỡi	Chuyển đến bác sĩ tổng quát
Đau thần kinh	Thay đổi nhận cảm: tăng hay giảm cảm giác	Chuyển đến bác sĩ chuyên khoa thần kinh: chụp phim não
Giảm tiết nước bọt	Khô miệng	Hội chứng Sjogren, viêm khớp dạng thấp, khô miệng do tác dụng phụ của thuốc
Thuốc	Sử dụng thuốc	Tác dụng phụ của thuốc ức chế enzyme angiotensin hoặc thuốc hạ đường huyết

- Một số xét nghiệm hữu ích để chẩn đoán BMS như công thức máu toàn phần, để đánh giá tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân, nồng độ glucose trong

huyết thanh để loại trừ đái tháo đường hoặc HbA1c xem đái tháo đường có được kiểm soát không; sắt huyết thanh/ferritin, vitamin B12 và folate để loại trừ bệnh thiếu máu; các kháng thể kháng nhân, antiRo/SS-A, antiRo/SS-B và yếu tố rheumatoid, để loại trừ hội chứng Sjogren; cấy nấm nếu nghi ngờ nhiễm nấm Candida; đo lưu lượng nước bọt để loại trừ khô miệng.

Thông tin thu được từ bệnh sử, khám lâm sàng và xét nghiệm cần được đánh giá kỹ để xác định nguyên nhân tại chỗ hoặc toàn thân có thể liên quan đến BMS thứ phát. Việc điều trị thành công các nguyên nhân này sẽ giảm cảm giác đau rất ở lưỡi. Khi không xác định được nguyên nhân toàn thân hay tại chỗ thì bệnh nhân sẽ được chẩn đoán loại trừ BMS.

BMS là một bệnh đa yếu tố nên khi điều trị cần kết hợp đa chuyên khoa: kiểm soát nội khoa, kiểm soát yếu tố tại chỗ, kiểm soát bệnh lý toàn thân, liệu pháp hành vi nhận thức. Hướng điều trị BMS mà không có phương pháp nào là tốt nhất. Các phương pháp điều trị ban đầu thường không hiệu quả và bằng chứng cho thấy bệnh này là rối loạn đau mạn tính và quá trình điều trị rất thay đổi. Do đó ngoài việc điều trị cần phải tư vấn, cung cấp thông tin, giải thích cho bệnh nhân về bệnh, về các tổn thương lành tính... Những bệnh nhân này phải luôn biết rằng bệnh của họ thường liên quan đến căng thẳng và giảm căng thẳng thì tình trạng đau có thể giảm.

Bước đầu tiên trong điều trị BMS cần phân biệt BMS nguyên phát hay thứ phát. Các bước điều trị:

### **Bước 1: Chẩn đoán**

Chẩn đoán BMS nguyên phát dựa vào bệnh sử và khám để phân biệt nguyên nhân thứ phát của BMS như dùng thuốc, nhiễm nấm, các bệnh lý niêm mạc khác.

Sử dụng vitamin B, folate và/hoặc thuốc kháng nấm sau khi nguyên nhân nguyên phát.

### **Bước 2: Giáo dục bệnh nhân**

Giáo dục bệnh nhân về bản chất mạn tính của BMS, trấn an bệnh nhân

Tư vấn cho bệnh nhân về có thể có sự liên quan với mãn kinh (bệnh nhân nữ)

Kiểm tra tâm thần

### **Bước 3: Tối ưu hóa vệ sinh răng miệng**

Theo khuyến cáo của hiệp hội nha khoa Hoa Kỳ: (1) chải răng 2 lần/ngày và 2 phút/lần; (2) chải lưỡi; (3) dùng chỉ nha khoa; (4) khám răng miệng và chăm sóc răng miệng định kỳ

Dùng nước súc miệng không cồn và tránh các chất tạo bọt trong kem đánh răng như natri laryl sulfate (SLS)



Dự phòng khô miệng bằng cách dùng đủ lượng chất lỏng; tránh uống rượu, thuốc lá, thực phẩm quá mặn, đồ uống có tính axit và tiêu thụ thực phẩm giàu đường

#### **Bước 4 : Bổ sung alpha-lipoic axit**

Thử dùng alpha-lipoic axit 600mg/ngày trong 3-4 tháng, cân nhắc gia hạn điều trị nếu cải thiện

Nếu các triệu chứng không cải thiện đủ, có thể kết hợp với gabapentin hoặc tâm lý trị liệu vì cả hai đã được chứng minh là có tác dụng hiệp đồng với alpha-lipoic axit

#### **Bước 5: Thuốc tại chỗ**

Thử dùng chlorhexidine gluconate hàng ngày, 2 lần/ngày

Tăng lưu lượng nước bọt bằng nước bọt nhân tạo

#### **Bước 6: Điều trị bệnh lý thần kinh**

Clonazepam có thể dùng tại chỗ bằng cách sử dụng viên 1 mg ngậm tại vị trí đau trong 3 phút rồi nhổ, ba lần một ngày

Gabapentine liều khởi đầu từ 300 mg/ngày, tăng dần dần đến 2400mg/ngày nếu cần thiết

Cần xem xét tư vấn chuyên khoa thần kinh để sử dụng lâu dài và liều lượng do tác bất lợi của thuốc khi sử dụng kéo dài

#### **Bước 7: Tư vấn điều trị tâm thần**

Nếu ban đầu chưa rõ khuynh hướng điều trị tâm thần thì có thể tư vấn lại sau khi điều trị thất bại nhiều lần

Cân nhắc đến tâm lý trị liệu

**Bước 8:** Thử dùng clonazepam đường toàn thân 0,5mg/ngày trong 9 tuần. Cân nhắc khám tâm lý khi sử dụng lâu dài

**Bước 9:** Đối với BMS dai dẳng, cân nhắc sử dụng thuốc an thần, capsaicin gel để giảm đau, súc miệng thảo dược...

#### **KẾT LUẬN**

Bệnh lý ở lưỡi rất đa dạng, nhiều bệnh gây đau và làm giảm chức năng của lưỡi cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Chẩn đoán bệnh lý đau ở lưỡi cần chú ý đến bệnh sử chi tiết, khám lâm sàng đầy đủ cũng như xem xét thực hiện các xét nghiệm vì ngoài các tổn thương tại chỗ gây đau, một số rối loạn toàn thân cũng có thể gây ra thay đổi niêm mạc cũng như cảm giác ở lưỡi.

#### **CA LÂM SÀNG**

Bệnh nhân: Nguyễn Ngọc T.

Giới tính: Nam

Tuổi: 40

Lý do đến khám: đau rát lưỡi khi nói hoặc nuốt

Bệnh sử: Bệnh nhân khai thấy đau rát lưỡi khi nói hoặc nuốt đã 2 tuần, bệnh nhân có đi khám và uống thuốc không giảm nên vào bệnh viện xin khám và điều trị.

Tiền sử: Thói quen ăn thức ăn chua và cứng, và hơn hai tuần trước phát hiện răng cối hàm dưới bên trái mẻ góc, có cảm giác bén.

**Ngày khám đầu tiên: 12/4/2023**

Khám ghi nhận tình trạng trong miệng răng 36 mòn mặt nhai và mẻ góc trong xa bén nhọn gây chấn thương lưỡi



**Hình 17: Răng 36 mẻ mặt trong xa gây chấn thương lưỡi**



**Hình 18: Vết thương lưỡi do chấn thương**

Bệnh nhân được mài chỉnh, đánh bóng mô răng bén nhọn mặt trong xa răng 36.

Hẹn phục hồi phần mất chất mô răng trong lần hẹn sau.

**Ngày 26/4/2023: Bệnh nhân tái khám**



**Hình 18: Vết thương lưỡi đã hồi phục**

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học miệng và triệu chứng học (2004), Nhà xuất bản y học
2. Cập nhật nha khoa , tài liệu tham khảo và đào tạo liên tục, Đại học Y Dược Tp.HCM, tập 25 – 2020
3. Amrit Sharma (2019). Oral candidiasis: An opportunistic infection: A review. International Journal of Applied Dental Sciences. 2019; 5(1): 23-27
4. Bender SD (2018). Burning mouth syndrome. Dent Clin North Am. 2018 Oct;64(4): pp585-596
5. Casiglia JM (2002). Recurrent aphthous stomatitis: Etiology, diagnosis, and treatment, Gen Dent50: pp157-166
6. Cawson RA, Odell EW (2008). Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine, 8<sup>th</sup> edition. Elsevier; Chapter 14, pp246-251
7. Conulescu EC, Radu A, Conulescu BI, Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment. J Med life 2014; 7(4): pp 512-515
8. Kozlak ST, Waish SJ, Lalla RV (2010). Reduced dietary intake of vitamin B12 and folate in patients with recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol Med. 2010 May; 39(5): 420-423
9. Nasim Fazel (2019). Oral signs of systemic Diseases, 1<sup>st</sup> edition. Springer. Chapter 9, pp: 287-313
- 10.9Matthew W. Short, Jason E. Domagalski (2013) Iron deficiency anemia: Evaluation and management, Am Fam Physican,2013: 87(2): pp98-104

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

### *Chọn những câu đúng*

#### **1. Lưỡi**

- a. Có 1/3 cố định và 2/3 di động
- b. Có 8, 9 gai dài tạo thành V lưỡi
- c. Có niêm mạc sần sùi ở phần đáy lưỡi do sự hiện diện của các nốt lympho
- d. Có thắng lưỡi bám vào sàn miệng
- e. Có 3 loại gai vị giác là: gai chỉ, gai nấm, gai lá.

#### **2. Lưỡi to**

- a. Là một dị tật bẩm sinh
- b. Là một bệnh thụ đắc
- c. Do xáo trộn nội tiết
- d. Do u mạch máu, mạch lympho
- e. Có chỉ định phẫu thuật

#### **3. Viêm lưỡi giả hình thoi**

- a. Là bệnh thụ đắc
- b. Là dị dạng bẩm sinh
- c. Thường ở trước V lưỡi
- d. Không có gai chỉ và gai nấm
- e. Đôi khi do nhiễm nấm candida

#### **4. Hội chứng bông rát miệng**

- a. Thường xảy ra ở 2/3 trước lưỡi
- b. Đau trong niêm mạc như nóng, rát, ngứa, tê, sưng, châm chích
- c. Chẩn đoán xác định nên chỉ cần khám lâm sàng kỹ lưỡng
- d. Nguyên nhân khác nhau: thiếu sắt, axit folic hoặc vitamin B12, tình trạng dùng thuốc điều trị các bệnh khác, dị ứng
- e. Không cần điều trị

#### **5. Một số bệnh lý toàn thân có thể kết hợp đau ở lưỡi**

- a. Nhiễm nấm
- b. Rối loạn nội tiết
- c. Thiếu dinh dưỡng
- d. Trào ngược dạ dày thực quản đã kiểm soát
- e. Giảm tiết nước bọt

## PHẦN III: CẤP CỨU CHẢY MÁU MIỆNG

### CHẢY MÁU VÙNG MIỆNG TRONG CẤP CỨU RĂNG HÀM MẶT

## 1. Chảy máu miệng

### 1.1 Nguyên nhân thường gặp

- Chấn thương

- Nhiễm trùng

- Viêm nướu

### 1.2 Nguyên nhân khác

- Ung thư miệng

- Loét và phỏng rộp miệng (blistering)

- Ho ra máu (Haemoptysis)

- Nôn ra máu (Haematemesis)

- Sử dụng thuốc kháng đông

- Bệnh lý về đông máu

## 2. Chảy máu lưỡi

### 2.1 Nguyên nhân thường gặp:

- Chấn thương/tụ máu dưới lưỡi

- Chảy máu hậu phẫu

- U máu

### 2.2 Nguyên nhân khác:

- Dị vật

- Ung thư

- Lichen phẳng loét (Erosive lichen planus) (dạng xói mòn)



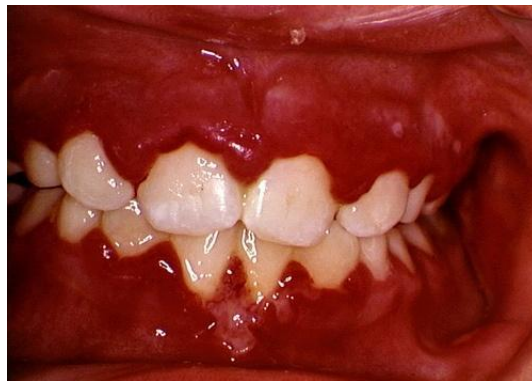
**Hình 1: Lichen phẳng dạng xói mòn biểu hiện ở lưỡi**

*Erosive oral lichen planus on the lingual mucosa. Infiltration of T lymphocytes in the lamina propria of an oral lichen planus lesion (hematoxylineosin)*

3. Chảy máu nướu

3.2 Nguyên nhân thường gặp

- Chấn thương
- Hàm giả không khít sát
- Vệ sinh răng miệng kém: viêm nướu và viêm nha chu



**Hình 2: Chảy máu nướu do viêm nướu cấp**



**Hình 3: Viêm nha chu mạn**



**Hình 4: Viêm nha chu hoại tử lở loét cấp**

### 3.2 Nguyên nhân khác

- Sử dụng thuốc kháng đông
- Bệnh về máu: ung thư máu, bệnh ưa chảy máu, giảm tiểu cầu
- Bệnh gan
- Khối u
- Sung nướu, viêm nướu do thai nghén, tuổi dậy thì



A



B

**Hình 5: Viêm nướu, sưng nướu do thai nghén (A) – tuổi dậy thì (B)**  
– Thiếu Vit.K; thiếu Vit.C (bệnh Scorbut)



**Hình 6: Chảy máu nướu và loét miệng: dấu chứng đặc trưng của bệnh Scorbut**

### 4. Chảy máu sau nhổ răng

#### 4.1 Nguyên nhân thường gặp

- Chảy máu do hết thuốc tê (thuốc tê có co mạch)
- Do thao tác nhổ răng gây chấn thương xương ổ răng
- Nhiễm trùng
- Đang uống thuốc kháng đông

#### 4.2 Bất thường:

- Rối loạn đông máu, bệnh máu và bệnh về gan



**Hình 7: Chảy máu sau nhổ răng (A) và khâu cầm máu (B)**

## 5. Hỏi bệnh

Bắt đầu sau nhổ răng bao lâu?

Tình trạng rối loạn đông máu?

Việc sử dụng các thuốc kháng đông?

### 5.1 Khám lâm sàng

Vị trí chảy máu: mô mềm và/hoặc xương

Mảnh chân răng còn sót (X-quang)

Nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân: nướu viêm, abscess, bệnh hạch bạch huyết

Tìm các dấu hiệu rối loạn đông máu

### 5.2 Chảy máu không do nhổ răng

Hỏi bệnh

tiền sử chấn thương và điều trị răng miệng?

Đơn lẻ hay nhiều vị trí trên cơ thể?

Sung và các triệu chứng khác (đau, loét và phỏng rộp)

Chảy máu ở vị trí khác?

Thuốc đang sử dụng?

Tiền sử gia đình về rối loạn đông máu?

### 5.2 Khám lâm sàng

Tìm vị trí và mức độ chảy máu

Tình trạng vệ sinh răng miệng

Các cấu trúc có liên quan (răng lung lay, đau răng, ...)

Vết bầm, chấm xuất huyết, gan lách to.



Dấu hiệu chấn thương, nhiễm trùng hoặc u ác tính tại vùng chảy máu

## 6. Chấn thương vùng miệng

### 6.1 Hỏi bệnh:

Thời điểm xảy ra chấn thương?

Cơ chế chấn thương?

Mất ý thức?

Tiến triển của triệu chứng

Khó nuốt hay thở rít?

Tê hay yếu cơ?

Thay đổi khớp cắn?

Các chấn thương khác?

Vết thương sạch/bẩn – đã tiêm phòng uốn ván chưa?

### 6.2 Khám lâm sàng:

Các chấn thương khác vùng đầu cổ

Các vết rách trong và ngoài miệng: kích thước, độ sâu và các cấu trúc liên quan.

Tình trạng gãy xương hàm / gãy răng (độ di động, sai lệch bờ xương/cung răng, răng

Sàn miệng sưng hoặc tụ máu dưới lưỡi (có thể gây cản trở đường thở)

## 7. Loét và phỏng rộp

### 7.1 Hỏi bệnh

Bao lâu?

Tăng hay giảm?

Đau?

Đơn hay đa vết loét

Các yếu tố nguy cơ (hút thuốc, ...)

Các vấn đề về da-niêm

Sụt ký, mệt mỏi?

Thuốc đang sử dụng?

### 7.2 Khám lâm sàng

Dấu hiệu ác tính

Bệnh hạch bạch huyết

Thiếu vit B12, thiếu sắt, thiếu folate

Hàm giả không khít sát

Chấn thương do răng

## 8. Chảy máu vùng miệng do chấn thương mô mềm

### 8.1 Rách môi:

#### Đặc điểm:

Là tình trạng thường thấy sau chấn thương vùng mặt. Môi có hệ thống mạch máu dồi dào nên có thể gây ra tình trạng sưng hoặc chảy máu có vẻ trầm trọng. Có thể cầm máu dễ dàng bằng cách khâu đóng vết thương. Tình trạng sưng có thể giải quyết bằng cách chườm đá. Cần phải đánh giá vết rách kỹ lưỡng để tìm dị vật trong môi.

Các vết rách phía ngoài của môi thường dễ phát hiện ngoài mặt. Sau đó khám trong miệng để phát hiện các vết rách phía trong (nếu có) và các thương tổn của răng (trong trường hợp chấn thương). Sờ môi nhẹ nhàng để tìm dị vật trong môi, có thể sử dụng X-quang để hỗ trợ tìm dị vật.

#### Đánh giá vết thương:

Vết rách có xuyên qua ranh giới môi đỏ? Nếu vết rách xuyên qua ranh giới môi đỏ, khi khâu vết thương cần phải điều chỉnh vị trí của ranh giới môi đỏ của hai bờ vết thương trùng nhau.

Vết rách có phải dạng xuyên thấu? Nếu như vết rách xuyên từ từ phía ngoài miệng vào trong miệng, cần cân nhắc khâu đóng từng lớp.

Vết thương sạch hay dơ sẽ quyết định có cần phải làm sạch vết thương và mức độ làm sạch cũng như là có cần sử dụng kháng sinh hay phòng ngừa uốn ván.

Có mất mô nhiều/rõ ràng không? Nếu có, chuyển chuyên gia để đánh giá thêm.

#### Điều trị

Gây tê tại chỗ trước khi khâu đóng vết thương. Có thể sử dụng thuốc tê có adrenaline giúp bớt chảy máu.

Khi khâu đóng từng lớp:

Lớp cơ: chỉ tiêu (chậm) như chỉ vicryl 3/0 hoặc 4/0.

Với da và niêm mạc: khâu mũi đơn. Với vết rách trong miệng, sử dụng chỉ tiêu (nhẹ).

Cho thuốc kháng sinh (nếu cần), giảm đau và nước súc miệng có Chlorhexidine.

Cắt chỉ sau 5-7 ngày.

## 8.2 Vết rách trong miệng

### Đặc điểm

Vết rách gây chảy máu trong miệng bệnh nhân cũng thường có thể tự phát hiện. Máu lẫn với nước bọt tạo cảm giác trầm trọng cho tình trạng chảy máu. Nếu chưa phát hiện được vị trí chảy máu, cần cho bệnh nhân súc miệng sạch để quan sát rõ hơn.

Cần phải lưu ý rằng máu có thể đến từ đường hô hấp và tiêu hoá. Khi không phát hiện thấy vị trí chảy máu trong miệng, cần phải tìm các nguyên nhân như chảy máu mũi, ho ra máu và nôn ra máu.

### Đánh giá vết thương

Cần phải đánh giá kỹ lưỡng vị trí vết thương, kích thước, độ sâu, mức độ hở (rách rộng) và vết thương sạch hay dơ. Khi vết rách nằm ở vị trí của các cấu trúc quan trọng (vd: ống tuyến mang tai), cần phải chuyển bác sĩ răng hàm mặt để đánh giá và điều trị. Không phải tất cả vết rách nào trong miệng cũng cần điều trị. Lưỡi là một cấu trúc có khả năng lành thương nhanh, có thể không cần phải khâu đóng.

### **Điều trị :**

Điều trị cho vết rách trong miệng bao gồm điều trị triệu chứng – giảm đau và vệ sinh vết thương với nước muối hoặc chlorhexidine súc miệng. Nếu như vết rách cần phải khâu (lớn và sâu), yêu cầu phải khâu hoặc điều trị chuyên sâu hơn, cần phải gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng. Cần phải cẩn thận với thương tổn tại vùng khẩu cái mềm ở trẻ em. Các thương tổn thường được ghi nhận là có vật nhọn đâm vào vùng miệng. Mặc dù vết thương ở vị trí này thường nhỏ, nhưng có thể đi kèm tổn thương động mạch cảnh và đột quỵ khởi phát muộn,

## **9. CHẢY MÁU VÙNG MIỆNG KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG**

Trong trường hợp không có chấn thương xảy ra, chảy máu trong miệng thường không quá trầm trọng. Chảy máu nướu là nguyên nhân thường gặp nhất. Tuy nhiên, cần phải thăm khám kỹ lưỡng để tránh bỏ sót các trường hợp trầm trọng như ung thư miệng và ung thư máu.

### **9.1 Viêm nướu**

Viêm nướu là nguyên nhân thường gặp nhất của chảy máu trong miệng. Nướu viêm và chảy máu khi đánh răng, thường đi kèm với tình trạng vệ sinh răng miệng kém và bệnh nha chu. Nướu có thể bị phì đại trong quá trình mang thai, các thay đổi hormone khi mang thai làm trầm trọng thêm quá trình viêm do mảng bám. Viêm nướu là một chẩn đoán lâm sàng và cần được phải điều trị với bác sĩ răng hàm mặt kết hợp với chuyên gia nha chu. Điều trị bao gồm cạo vôi răng, hướng dẫn vệ sinh răng miệng và kết hợp súc miệng bằng chlorhexidine.

### **9.2 Nhiễm trùng**

Nhiễm trùng răng hoặc miệng cũng có thể gây chảy máu trong miệng do viêm. Các triệu chứng khác có thể bao gồm sưng, đau và sốt. Điều trị bao gồm kháng sinh và tiêu phẫu rạch abscess.

### 9.3 Ung thư miệng

Ung thư miệng, thường là ung thư tế bào vảy, thường có tình trạng loét, không đau, sang thương cứng và đi kèm với tình trạng hoại tử. Vị trí thường gặp bao gồm bụng lưỡi và lưng lưỡi, sàn miệng, vùng tam giác hậu hàm và xương ổ răng. Những sang thương này thường dễ chảy máu khi sờ nắn, thăm khám. Cần thực hiện sinh thiết để có chẩn đoán xác định. Phương pháp điều trị (phẫu thuật, xạ trị, hoá trị hay điều trị giảm nhẹ) phụ thuộc vào vị trí, kích thước và mức độ lan toả của sang thương.

## 10. CHẢY MÁU SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG

Cần phải khai thác được các loại thuốc bệnh nhân sử dụng liệu có liên quan đến tình trạng chảy máu tự phát hay không:

Có sử dụng thuốc kháng đông không (Aspirin, Clopidogrel, Warfarin...)

Quá liều hoặc tương tác thuốc

Chế độ ăn không phù hợp.

Cần phải làm các xét nghiệm máu chảy, máu đông đối với bệnh nhân có tình trạng kháng đông. Nếu bệnh nhân có tình trạng chảy máu do sử dụng warfarin và chỉ số INR tăng (*INR = International Normalized Ratio - xét nghiệm đánh giá mức độ hình thành các cục máu đông, biểu thị thời gian đông máu của bệnh nhân xét nghiệm*), cần phải chuyển đến bác sĩ chuyên khoa huyết học để đánh giá, không chỉ đơn giản là bổ sung vit K.

Kiểm soát tình trạng chảy máu bằng các phương pháp tại chỗ như Surgicel® hoặc cắn trên gòn tẩm acid tranexamic. Nhổ răng đối với bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông vẫn có thể được thực hiện mà không cần phải ngừng thuốc bằng cách sử dụng thêm các biện pháp cầm máu bổ sung.

## 11. BỆNH VỀ MÁU (UNG THƯ MÁU, GIẢM TIỂU CẦU, BỆNH ƯA CHẢY MÁU)

Bệnh nhân có tình trạng chảy máu trong miệng mà không biết rõ nguyên nhân cần phải khai thác thêm về các vấn đề như sụt cân, suy giảm sức khoẻ và đổ mồ hôi đêm. Nếu như nghi ngờ bệnh nhân có tình trạng ung thư máu, cần phải tìm thêm các dấu hiệu lâm sàng như giảm hồng cầu, bệnh hạch bạch huyết và gan lách to. Trong trường hợp có tình trạng giảm tiểu cầu vô căn, các thể có các ban xuất huyết xuất hiện trên da. Nếu nghi ngờ nguyên nhân là các bệnh về vấn đề đông máu, bệnh nhân cần thực hiện các xét nghiệm sàng lọc. Đối với bệnh nhân nam, khi nghi ngờ mắc bệnh ưa chảy máu, cần phải xét nghiệm về yếu tố đông máu VIII và IX.

## II. ĐIỀU TRỊ - XỬ TRÍ CHẢY MÁU TRONG MIỆNG

Hầu hết tình trạng chảy máu trong miệng có thể được giải quyết bằng áp lực tại chỗ và acid tranexamic (nếu cần). Acid tranexamic hoạt động như một chất chống ly giải fibrin, ức chế hoạt hoá plasminogen thành plasmin, từ đó ngăn chặn việc tan cục máu đông sớm.

Thuốc Desmopressin (DDAVP®) có thể hữu ích đối với bệnh nhân mắc bệnh von Willebrand, bệnh ưa chảy máu và suy giảm tiểu cầu. Đối với tình trạng suy giảm tiểu cầu, có thể sử dụng steroids và truyền tiểu cầu (nếu cần). Bệnh ưa chảy máu có thể điều trị bằng cách bổ sung các yếu tố đông máu thay thế và ung thư máu có thể cần điều trị bằng xạ/hoá trị hoặc ghép tủy xương. Tất cả tình trạng chảy máu miệng do thuốc kháng đông hoặc bệnh về máu đều cần phải tham khảo ý kiến bác sĩ huyết học.

Với trường hợp chảy máu sau nhổ răng:

Chảy máu bắt đầu sau nhổ răng 2 giờ thường có liên quan đến phản xạ dẫn mạch. Nguyên nhân của vấn đề này là do thuốc tê gây co mạch hết tác dụng. Trong hầu hết các trường hợp, cầm máu bằng cách cắn gòn tạo áp lực tại chỗ trong 20 phút. Có thể sử dụng thêm các phương pháp như nhét Surgicel®, khâu đóng xương ổ răng hoặc sử dụng sáp xương (bone wax) cầm máu...

Chảy máu trong 24 giờ đầu sau nhổ răng là thường dấu hiệu cho thấy cục máu đông đã bị phá do bệnh nhân khác nhổ, súc miệng mạnh hoặc chọt vào ổ răng. Khi đó, cần nạo sạch bằng nước muối hoặc gòn/gạc, yêu cầu bệnh nhân cắn gòn trong 20-30 phút. Bệnh nhân cần phải được dặn dò kỹ lưỡng, tránh tác động vào ổ răng trong 24 giờ tới.



B

**Hình 9: Nhét spongel, nhét gạc (A) và cho cắn gòn (B)**

Chảy máu sau 2-3 ngày sau nhổ răng có thể là dấu hiệu của tình trạng nhiễm trùng. Các dấu hiệu đi kèm bao gồm đau, chảy mủ và sưng đỏ ở vùng nướu quanh vị trí răng nhổ. Nhiễm trùng trầm trọng có thể đi kèm với sưng hạch và há miệng hạn chế. Cần kiểm tra xem có sót chân răng trong ổ răng (X-quang), gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng để có thể thăm dò và làm sạch ổ răng. Có thể cho bệnh nhân sử dụng thuốc kháng sinh (nếu cần), hướng dẫn bệnh nhân súc miệng bằng

chlorhexidine và dặn dò không hút thuốc. Giải quyết được nhiễm trùng thì sẽ giải quyết được vấn đề chảy máu.

Chảy máu từ từ qua nhiều ngày sau nhổ răng có thể là dấu hiệu của tình trạng rối loạn đông máu. Cho bệnh nhân cắn gòn tẩm acid tranexamic để ổn định cục máu đông. Bệnh nhân cần phải thực hiện các xét nghiệm đông máu và chuyển đến bác sĩ huyết học để đánh giá chính xác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thế Quang (1978). Cấp cứu Răng Hàm Mặt. Nhà Xuất bản Y học.
2. Nguyễn Mạnh Hà (2013). Phẫu thuật trong miệng, Tập 1. Viện Đào tạo RHM/Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam
3. Perry, M (2018). Head, Neck and Dental Emergencies. Oxford University Press.
4. Pickett, FA, & Gurenlian, JR (2020). Preventing Medical Emergencies: Use of the Medical History in Dental Practice. Jones & Bartlett Learning.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

### 1. Nguyên nhân chảy máu thường gặp sau nhổ răng là gì: (chọn câu sai)

- a. Do tiêm thuốc tê co mạch
- b. Nhiễm trùng
- c. Đang uống thuốc kháng đông
- d. Rối loạn đông máu, bệnh máu và bệnh về gan

### 2. Xử trí chảy máu sau nhổ răng: (chọn câu sai)

- a. Cắn gòn tạo áp lực tại chỗ trong 20 phút
- b. Khâu đóng xương ổ răng hoặc sử dụng sáp xương (bone wax)
- c. Xét nghiệm đông máu và chuyển đến bác sĩ huyết học để đánh giá chính xác, nếu chảy máu rỉ rả sau nhiều ngày nhổ răng mà đã xử trí chảy máu trước đó.
- d. Cho bệnh nhân súc miệng mạnh, súc miệng bằng nước muối.

### 3. Xử trí cấp cứu vết rách trong miệng gây chảy máu, ưu tiên hàng đầu là gì ? (chọn câu đúng nhất):

- a. Phát hiện được vị trí chảy máu là từ vị trí nào
- b. Cần phải đánh giá kỹ kích thước, độ sâu, mức độ hở (rách rộng) và vết thương sạch hay dơ.

c. Cho bệnh nhân chích ngừa uốn ván.

b. Xét nghiệm đông cầm máu.

**4. Chảy máu nướu, cách xử trí: (chọn câu sai)**

a. Chảy máu khi đánh răng, thường đi kèm với tình trạng vệ sinh răng miệng kém và bệnh nha chu.

b. Nếu bệnh nhân bị viêm nướu đơn thuần, cần cạo vôi răng, hướng dẫn vệ sinh răng miệng và kết hợp súc miệng bằng chlorhexidine.

c. Cần phải khai thác được các loại thuốc bệnh nhân sử dụng liệu có liên quan đến tình trạng chảy máu nướu.

d. Cần phải làm các xét nghiệm máu chảy, máu đông đối với bệnh nhân có tình trạng kháng đông.

**5. Nguyên nhân chảy máu trong hàm mặt (chọn câu đúng):**

a. Chảy máu từ vết thương vùng miệng, vùng lưỡi, vùng sàn miệng.

b. Chảy máu do chấn thương răng, chấn thương hàm mặt.

c. Chảy máu nướu do các bệnh toàn thân, do ung thư vùng miệng lưỡi

d. Tất cả các câu trên đều đúng.

# PHẦN IV: KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN- VẬT LÝ TRỊ LIỆU, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

## BÀI 1: ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG AI GÁY

### \* MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về Y học cổ truyền.
- Nêu được các chỉ định về điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau vai gáy.
- Trình bày được phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau vai gáy.

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng đau vai gáy là bệnh hay gặp trên lâm sàng, bệnh liên quan đến bệnh lý đốt sống cổ. Tùy theo mức độ và vị trí tổn thương bệnh nhân có những rối loạn cảm giác và vận động do các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Thường gặp đau hoặc tê sau gáy lan xuống vai tay có thể đơn độc hoặc kết hợp với yếu, giảm trương lực các cơ tương ứng với các rễ thần kinh bị thương tổn chi phối.

- Theo Y học cổ truyền cho rằng bệnh khởi phát khi tấu lý sơ hở khiến hàn, phong và thấp xâm nhập vào cơ thể. Điều này sẽ dẫn đến khí huyết ứ trệ, đau mỏi vai gáy và tổn thương kinh lạc. Trong một số trường hợp, chứng kiên tý có thể gây đau ở bả vai lan xuống cánh tay, tê bì vai, cứng cổ, mỏi cổ và giảm khả năng vận động của người bệnh. Đau vai gáy thường không nghiêm trọng và có thể được cải thiện bằng cách phương pháp tự chăm sóc cũng như điều trị bảo tồn theo hướng dẫn của bác sĩ.

### 2. PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐAU VAI GÁY:

**2.1 CHỈ ĐỊNH:** Đau vai gáy do thoái hoá đốt sống cổ

#### 2.2 CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đau vai gáy trong bệnh cảnh có ép tuỷ cổ (viêm tuỷ, thoát vị đĩa đệm thể trung tâm, u tuỷ, rong tuỷ ...)

#### 2.3 Phương tiện

- Máy điện châm hai tần số bỏ, tả



- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh
- Khay men, kim có máu, bông, cồn70<sup>0</sup>

## 2.4 Phác đồ huyết:

Xác định và sát trùng da vùng huyết, châm kim qua da nhanh đẩy kim từ từ theo hướng đã định, châm phải đạt đặc khí .

Mỗi lần chọn 6-8 huyết dưới đây châm tả:

- |                   |               |                 |
|-------------------|---------------|-----------------|
| - Phong trì       | - Phong phủ   | - Thiên trụ     |
| - Giáp tích C4-C7 | - Đại chùy    | - Kiên trung du |
| - Kiên tỉnh       | - Kiên ngưng  | - Kiên trinh    |
| - Thiên tông      | - Khúc trì    | - Tiểu hải      |
| - Ngoại quan      | - Hợp cốc     | - Lạc chẩm      |
| - Hậu Khê         | - A thị huyết |                 |

## 2.5. Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bô: 0,5- 4Hz
- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.
- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

## 2.6. Liệu trình điều trị

- Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10- 20 lần châm tùy theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

**2.7. Theo dõi:** toàn trạng bệnh nhân, rối loạn cảm giác, vận động .

## 2.8. Xử lý tai biến

- **Vụng châm:** Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, cho người bệnh nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết: Thái dương, Nội quan. Theo dõi sát mạch, huyết áp

**Chảy máu khi rút kim:** dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

## 3. XOA BÓP BẮM HUYẾT:

### 3.1 Giới thiệu chung:

Xoa bóp bấm huyết chữa đau vai gáy có thể giảm đau, mỏi, tê cứng cổ và cải thiện khả năng vận động ở vai gáy cổ.

Áp dụng phương pháp đều đặn và đúng cách có thể hỗ trợ tuần hoàn máu và giúp người bệnh thư giãn.

Xoa bóp bấm huyết chữa đau vai gáy là phương pháp đơn giản, an toàn, mang lại hiệu quả cao giản và tiết kiệm chi phí mà người bệnh có thể thực hiện.

### **3.2 Tác dụng của xoa bóp bấm huyết:**

Giảm stress;

Sự lo âu;

Cải thiện các cơn đau đầu;

Hạn chế tình trạng căng cơ, cứng khớp, tê mỏi cổ và giảm đau vai gáy.

### **3.3 Để xoa bóp đau vai gáy đạt được hiệu quả tốt nhất, người bệnh thực hiện theo các bước sau:**

Hạ vai xuống ở tư thế thư giãn, giữ thẳng cổ và lưng;

Xác định các vùng đau trên cổ, ấn mạnh khu vực đau bằng cách ngón tay;

Nhẹ nhàng di chuyển các ngón tay theo hướng chuyển động tròn, lặp lại theo hướng ngược lại;

Thực hiện thao tác trong 3 – 5 phút để hỗ trợ giảm đau và thư giãn vai.

### **3.4 Kỹ thuật xoa bóp bấm huyết chữa đau vai gáy:**

Bệnh nhân trong tư thế ngồi thẳng lưng, vai ngang, thư giãn, mắt nhìn thẳng và tay thả lỏng ở hai bên cơ thể. Ngoài ra, nếu cảm thấy lo lắng hoặc mệt mỏi, người bệnh có thể nằm sấp trên giường. Thực hiện bấm huyết đúng kỹ thuật để cải thiện cơn đau nhanh chóng

- Xoa: Bắt đầu bấm huyết bằng kỹ thuật xoa nhẹ nhàng từ vùng cổ đến vùng bả vai, mỗi bên hai lần. Người bệnh có thể sử dụng cả hai tay để ôm đầu và xoa nhẹ nhàng khu vực đau trong 3 – 5 phút.

- Miết: Miết là kỹ thuật sử dụng một lực tác động mạnh đến khu vực đau trong 3 – 5 phút để tăng cường lưu thông máu và hỗ trợ giảm đau.

- Day: Day sử dụng ngón tay cái ấn nhẹ lên da, xoay tròn theo nhiều hướng và di chuyển chậm từ vùng cổ, gáy đến vùng bả vai. Thực hiện kỹ thuật day trong 3 – 5 phút.

- Bóp: Sử dụng bàn tay để miết nhẹ vùng da ở phía sau cổ, gáy sau đó di chuyển đến khu vực bả vai. Thực hiện động tác trong 3 – 5 phút để hỗ trợ cải thiện cơn đau vai gáy. Khi xoa bóp có thể sử dụng dầu nóng (dầu khuy nh diệp hoặc rượu thuốc xoa bóp) để kích thích tuần hoàn và tăng cường hiệu quả giảm đau.

### **3.5 Các huyết chữa đau vai gáy:**

- **Huyệt Phong phủ:** Vị trí huyệt nằm ở chỗ lõm vào của vai gáy, cách chân tóc ở gáy 1 thốn và ngang với đốt sống cổ C1 theo giải phẫu cột sống cổ. Tiến hành day, ấn, xoa huyết trong 1 – 3 phút để tiết khí hỏa, lợi cơ quan, thanh thần chí và

khu phong tà. Bấm huyệt này có thể hỗ trợ giảm đau vai gáy, tê cứng cổ, điều trị đau nửa đầu, ù tai và chóng hoa mắt.

- **Huyệt Phong trì:** Huyệt nằm ở vị trí lõm ở bờ ngoài cơ thẳng và bờ trong của cơ ức đòn chũm. Khi tác động đến huyệt này cần chú ý điều chỉnh lực và tăng dần đến khi cảm thấy tức là được. Ngoài điều trị đau vai gáy, tác động đến huyệt Phong trì có thể hỗ trợ cải thiện tình trạng ù tai, chóng mặt, cứng cổ do cảm mạo, mệt mỏi do ngồi sai tư thế.

- **Huyệt Thiên trụ:** Vị trí huyệt nằm ở ngay vùng gáy, ngang ra từ huyệt Á môn (giữa chân tóc dưới gáy 0.5 thốn) đo ra 1.3 thốn. Day ấn huyệt này trong 3 – 5 phút có thể giúp giảm đau vai gáy, điều trị mất ngủ, đau nửa đầu và vẹo cột sống cổ. Tuy nhiên huyệt này tương đối nhạy cảm, do đó người bấm huyệt cần điều chỉnh lực tác động để tránh gây tổn thương các mô mềm và dây thần kinh.

- **Huyệt Kiên tỉnh:** Vị trí huyệt nằm tại giao điểm của đường ngang nối huyệt Đại chùy với điểm cao nhất vùng xương đòn phía ngoài. Bấm huyệt Kiên tỉnh chủ trị chứng đau lưng trên, đau cứng cổ, đau vai gáy và bại liệt do trúng phong.

## **BÀI 2: LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO**

### **\* MỤC TIÊU**

- Nêu được vai trò của Y học cổ truyền trong điều trị Liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

- Nêu được các chỉ định điều trị Y học cổ truyền về Liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

- Trình bày được phương pháp điều trị Y học cổ truyền về Liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

### **1. THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI**

#### **1.1 Định nghĩa**

- Tai biến mạch máu não (TBMMN) được định nghĩa là một dấu hiệu phát triển nhanh chóng trên lâm sàng của một hội chứng thần kinh nặng nề, thường do nguyên nhân mạch máu não.

- TBMMN còn gọi là đột quy, là 1 bệnh xảy ra khi cung cấp máu lên một phần não bị đột ngột ngừng trệ. Đột quy là bệnh của hệ thần kinh phổ biến nhất hiện nay.

### **2. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN**

- TBMMN thuộc chứng Trúng phong, Huyền vựng, Bán thân bất toại, Khẩu nhãn oa tà, Chứng nuy, Ma mộc.

- Nguyên nhân:

+ Do ngoại nhân: chủ yếu là đàm thấp hóa hỏa và nhiệt cực sinh phong.

+ Do thất tình (nội nhân): làm tổn thương Can, Tâm, Tỳ, Thận.

+ Do mắc bệnh lâu ngày (nội thương) làm cơ thể suy yếu, thận âm và thận dương suy.

+ Do yếu tố di truyền hoặc dị dạng bẩm sinh (tiên thiên bất túc).

+ Do ăn uống không đúng cách sinh đàm thấp làm tắc trở kinh lạc.

+ Do chấn thương gây huyết ứ tắc, kinh lạc không thông.

#### **2.1 Đột cấp TBMMN:**

a. *Trúng phong ở lạc:*

- Đột ngột da tê dại kèm đầu vầng, đau, hoa mắt.

- Những triệu chứng trên có thể thoáng qua hoặc kéo dài.

**b. Trúng phong kinh lạc:**

BN không mê man nhưng có thể lơ mơ, liệt ½ người, chân tay tê dại, miệng nhiều đờm dãi, nói năng không trôi chảy, rêu lưỡi trắng dày, mạch Huyền hoạt.

**c. Trúng phong tạng phủ:** triệu chứng hôn mê xuất hiện đột ngột hay từ từ

- Trúng phủ: Bn mê man, liệt ½ người, mắt miệng méo lệch, nói năng ú ớ hoặc không nói được, tiểu tiện không tự chủ hoặc bí kết.

- Trúng tạng: đột ngột ngã ra hôn mê bất tỉnh. Có 2 nhóm nhỏ:

+ Chứng bế:

+ Dương bế: Bệnh nhân đột ngột ngã ra hôn mê bất tỉnh, hàm răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt đỏ, thở khò khè, lưỡi rút lại, tiểu tiện bí kết, rêu lưỡi vàng nhày, mạch Huyền hoạt sắc.

+ Âm bế: Bệnh nhân đột ngột ngã ra hôn mê bất tỉnh, hàm răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt trắng nhợt, môi bầm, thở khò khè, tay chân lạnh, rêu lưỡi trắng nhày, mạch Trầm hoạt.

+ Chứng thoát: Bệnh nhân đột ngột ngã ra hôn mê bất tỉnh, hôn mê sâu, mắt nhắm, miệng há, hô hấp yếu, tay chân lạnh, 2 bàn tay xò ra, đái són, vã mồ hôi đọng từng giọt, lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng trơn, mạch Vi tuyệt.

## **2. Giai đoạn sau TBMMN**

- Bao gồm các triệu chứng: Yếu, liệt, tê... nửa người kèm các triệu chứng của các thể bệnh

- *Tâm tỳ hư*: Bệnh nhân thường mất ngủ, ăn uống kém, niêm nhợt, lưỡi bệu, nhợt, tiếng nói nhỏ, mạch Trầm tế vô lực.

- *Can thận âm hư*: Sắc mặt xạm, má thường ửng hồng, răng móng khô, gân gồng cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, táo bón, ngủ kém, thân nóng trong người, người dễ bực dọc bức rút, lưỡi đỏ bệu, mạch Trầm sắc vô lực.

- *Thận âm dương lưỡng hư*: Sắc mặt tái xanh hoặc đen xạm, răng móng khô, gân gồng cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm ngủ kém, không khát ít uống nước, sợ lạnh, lưỡi nhợt bệu, mạch Trầm nhược.

- *Đờm thấp*: Người béo, thừa cân, lưỡi dày to, cảm giác nặng đầu, tê nặng các chi, thường hay kèm tăng Cholesterol máu, mạch Hoạt.

**e. Thể khí suy huyết ứ**

Tinh thần mệt mỏi, sắc mặt vàng xạm, yếu hoặc liệt nửa người, chất lưỡi xám nhợt hoặc có điểm ứ huyết, mạch tế nhược hoặc tế sáp.

### 3. Điều trị theo Y học cổ truyền

#### 3.1 Trong đợt cấp Tai biến mạch máu não.

- Phép trị: Bình can tức phong.

- Bài thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm gia giảm.

Thiên ma	08g	Câu đằng	12g	Hoàng cầm	10g
Chi tử	12g	Tang ký sinh	2g	Hà thủ ô	10g
Đỗ trọng	10g	Bạch linh	12g	Ích mẫu	12g
Thạch quyết minh	20g	Ngưu tất	12g		

• Nếu vàng đầu: thêm Cúc hoa 08g.

#### 3.2 Giai đoạn di chứng Tai biến mạch máu não.

##### 3.2.1 Thể Tâm Tỳ hư

- Phép trị: Dưỡng tâm kiện tỳ.

- Bài thuốc 1: Quy tỳ thang gia giảm.

Đảng sâm	12g	Hoàng kỳ(chích)	12g
Bạch truật	08g	Mộc hương	04g
Đương quy	08g	Bạch linh	08g
Viễn chí chế	06g	Táo nhân	08g
Long nhãn	08g	Đại táo	10g
Sinh khương/Can khương	02g	Cam thảo (chích)	02g

Nói không được gia Trúc nhự 08g, Thạch xương bò 08g

Tê gia Quế chi 06g

Mạnh gân cốt gia Tục đoạn 08g, Ngưu tất 08g.

##### 3.2.2 Thể Can Thận âm hư

- Phép trị: Tư âm ghìm dương, bổ Can thận.

- Bài thuốc 1: Bài thuốc hạ áp gia giảm.

Thục địa	12g	Ngưu tất	10g
Rễ nhàu	10g	Mã đề	08g
Trạch tả	08g	Táo nhân	10g
Hoa hòe	10g		

- Bài thuốc 2: Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thược gia giảm.

Thục địa	10g	Hoài sơn	08g
Sơn thù	08g	Đơn bì	08g
Bạch linh	08g	Trạch tả	08g
Đương quy	10g	Bạch thược	10g

- Tăng huyết áp gia thêm Câu đằng, Ngưu tất, Hoa hòe, Thảo quyết minh.

- Khai khiếu gia Thạch xương bồ, Hương phụ.

### 3.2.3 Thể Thận âm dương lưỡng hư

- Pháp trị: Ôn bổ thận dương.

- Bài thuốc 1: Thận khí hoàn gia giảm.

Thục địa	12g	Hoài sơn	08g
Sơn thù	08g	Đơn bì	08g
Bạch linh	08g	Trạch tả	08g
Quế nhục	04g	Phụ tử	02g

- Bài thuốc 2: Hữu quy âm gia giảm.

Phụ tử	04g	Quế nhục	04g
Cam thảo (chích)	04g	Sơn thù	08g
Đỗ trọng	02g	Hoài sơn	12g
Cẩu tích	12g	Thục địa	16g
Cốt toái bồ	08g		

### 3.2.4 Thể đàm thấp

- Pháp trị: trừ đàm, thông lạc.

- Bài thuốc 1: Nhị trần thang gia giảm.

Trần bì	10g	Bán hạ	08g
Bạch linh	10g	Cam thảo (chích)	04g

Bài thuốc 2: Bán hạ Bạch truật Thiên ma thang gia giảm.

Bán hạ	12g	Trần bì	08g
Bạch linh	08g	Bạch truật	08g
Thiên ma	08g	Đảng sâm	10g
Hoàng bá	08g	Mạch nha	08g
Lục thần khúc	08g	Cam thảo (chích)	04g

Sinh khương/Can khương	04g	Trạch tả	04g
Đại táo	04g		

### 3.2.5 Thể khí suy huyết ú (phục hồi di chứng vận động và tâm thần).

- Phép trị: Bổ khí, hoạt huyết, khử ú, thông kinh lạc.

- Bài thuốc: Bổ dương hoàn ngũ thang gia giảm.

Hoàng kỳ	40g	Đương quy	08g
Xuyên khung	08g	Xích thược	08g
Đào nhân	08g	Hồng hoa	08g
Địa long	08g		

Nếu nói khó thêm Viễn chí 08g, Thạch xương bồ 08-12g.

Hồi hộp, suyễn khó thở thêm Quế chi 08g, Cam thảo 04g

Tay chân tê thêm Mộc qua 06-12g, Quế chi 08g.

Chi dưới yếu, không có sức thêm Tục đoạn 06-12g, Đỗ trọng, Ngưu tất 06-12g.

Tiểu không tự chủ thêm Ích trí nhân 04-12g.

Huyết ú nhiều thêm Nga truật 06-12g, Kê huyết đằng

\* Không dùng cho bệnh nhân Xuất huyết não.

*\* Ngoài ra có thể sử dụng hoặc phối hợp các thuốc thành phẩm YHCT có tác dụng điều trị tương ứng với các thể bệnh.*

**4. Điều trị bằng các phương pháp không dùng thuốc:** theo quy trình kỹ thuật của Bệnh viện.

#### 4.1 Châm cứu:

- Đầu châm:

- Vị trí: vùng vận động, vùng cảm giác đối diện bên liệt

- Thủ thuật: châm kim nghiêng 300 , lưu kim 5-10'

- Thể châm:

- Mặt: ế phong, hạ quan, giáp xa, địa thương, thừa trướng, nhân trung

- Chi trên: kiên tĩnh, kiên ngưng, khúc trì, dương trì, hợp cốc

- Chi dưới: hoàn khiêu, phong thị, phong long, túc tam lý, giải khô, dương lăng tuyền.

- Phương pháp: điện châm (tần số chậm, cường độ thấp, thời gian 10-20'), châm mỗi ngày, liệu trình 10 ngày, nghỉ 03 ngày, tiếp tục liệu trình khác.



## 4.2 Xoa bóp bấm huyệt.

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, cổ, vai, tay, chân.

- Chứng thực:

+ Bấm tả các huyệt

- |             |                    |                |
|-------------|--------------------|----------------|
| - Bách hội  | - Thái dương       | - Đồng tử liêu |
| - Phong trì | - Đại chùy         | - Ngoại quan   |
| - Chi câu   | - Dương lăng tuyền | - m lăng tuyền |
| - Khâu khư  | - Hành gian        | - Trung đô     |
| - Can du    | - Đởm du           |                |

+ Day bỏ các huyệt

- |            |         |               |
|------------|---------|---------------|
| - Thái Khê | - m cốc | - Tam âm giao |
| - Chứng hư |         |               |

+ Bấm tả các huyệt

- |            |             |
|------------|-------------|
| - Bách hội | - Phong trì |
| - Trung đô | - Hành gian |

+ Day bỏ các huyệt

- |                           |              |              |
|---------------------------|--------------|--------------|
| - Kỳ môn                  | - Chương môn | - Túc tam lý |
| - Tam âm giao             | - Huyết hải  | - Thái Khê   |
| - m cốc                   |              |              |
| - Huyệt chung cho hai thể |              |              |

+ Thất ngôn, bấm tả các huyệt

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| - Á môn         | - Thượng liên tuyền |
| - Ngoại kim tân | - Ngoại ngọc dịch   |

+ Liệt mặt, bấm tả các huyệt

- |                            |            |
|----------------------------|------------|
| - Quyền liêu xuyên Hạ quan |            |
| - Địa thương xuyên Giáp xa |            |
| - Thừa tương               | - Ô Phong. |

+ Liệt tay, bấm tả các huyệt

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| - Giáp tích C4-C7        | - Đại chùy xuyên Tích trung |
| - Kiên tinh xuyên Tý nhu | - Kiên trình xuyên Cự tuyền |

- Khúc trì xuyên Thủ tam lý      - Chi câu xuyên Ngoại quan
- Bát tà
- + Liệt chân, bấm tả các huyết
- Giáp tích D12- L5                      - Tích trung xuyên Yêu dương quan
- Hoàn khiêu xuyên Thừa phù      - Trật biên xuyên Hoàn khiêu
- n môn xuyên Thừa phù              - Thừa sơn xuyên Ủ trung
- Côn lôn                                      - Thượng cự hư
- Giải Khê                                    - Khâu khư
- Địa ngũ hội

#### 4.3. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

#### B. Giai đoạn di chứng Tai biến mạch máu não

- Điện châm.
- Laser châm.
- Cây chỉ (Nhu châm).
- Thất ngôn: Thượng liên tuyền.
- Liệt mặt: Ế Phong, Quyển liêu, Giáp xa, Phong trì, Thái dương.
- Liệt tay: Kiên ngưng, Kiên trinh, Khúc trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Tý nhu.
- Liệt chân: Giáp tích L4- L5, Hoàn khiêu, Phong thị, Túc tam lý, Thừa sơn, Huyền chung, Tam âm giao, Huyết hải, Dương lăng tuyền, Giải Khê, Hành gian, Cự liêu, Thái xung.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp đông tây y) – PGS.TS Nguyễn Thị Bay, NXB Y Học, 2007.
2. Châm cứu học. NXB Y Học Hà Nội 2007.

# BÀI 3: LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VII NGOẠI BIÊN

## \* MỤC TIÊU

- Nêu được vai trò của Y học cổ truyền trong điều trị Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên
- Nêu được các chỉ định và điều trị Y học cổ truyền về Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên
- Trình bày được phương pháp điều trị Y học cổ truyền về Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên

## I. ĐẠI CƯƠNG:

- Các triệu chứng: Méo miệng, mắt nhắm, không kín, nhân trung lệch, ... được YHCT xếp vào chứng “Khẩu nhãn oa tà”, “Nuy chứng” Khẩu tịch, Diện nan, “Diện Thần Kinh Ma Tý”, “Phong điều tuyến”
- Được miêu tả trong các bệnh lý: “Phong hàn phạm kinh lạc”, “Phong nhiệt phạm kinh lạc”, “Huyết ứ kinh lạc”

## II. NGUYÊN NHÂN – BỆNH SINH:



## III. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Điều trị càng sớm càng tốt
- Tránh các kích thích mạnh, không bao giờ cố điều trị cho hết liệt mặt trong giai đoạn cấp của bệnh.

• Nên để người bệnh ở phòng riêng hoặc ở góc phòng có bình phong, ngăn cách với người bệnh khác để người bệnh khỏi ngưng ngừng, kém tập trung.

- Kết hợp điều trị, bảo vệ mắt bị hở

#### **IV. ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC**

##### **4.1 Phong hàn phạm kinh lạc:**

- Triệu chứng: sau khi gặp mưa, gió lạnh, tự nhiên mắt không nhắm được, miệng méo cùng bên với mắt, uống nước trào ra, không huýt sáo được, toàn thân có hiện tượng sợ lạnh, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

- Phương pháp chữa: khu phong, tán hàn, hoạt lạc.

##### **\* Bài thuốc 1:**

Ké đầu ngựa	12g	Tang kí sinh	12g
Quế chi	8g	Bạch chỉ	8g
Kê huyết đằng	10g	Uất kim	8g
Trần bì	8g	Hương phụ	8g

##### **\* Bài thuốc 2:**

Tần giao	16g	Khương hoạt	12g
Độc hoạt	12g	Bạch chỉ	12g
Xuyên khung	8g	Đương quy	12g
Bạch thược	12g	Thục địa	12g
Đảng sâm	12g	Bạch truật	12g
Phục linh	8g	Hoàng cầm	8g

- Châm cứu:

Châm các huyết tại chỗ: Ế phong, dương bạch, toản trúc, tình minh, ty trúc không, đồng tử liêu, thừa khấp, nghinh hương, giáp xa, địa thương, nhân trung, thừa tương,..

Toàn thân: Hợp cốc, phong trì.

##### **4.2 Phong nhiệt phạm kinh lạc:**

- Triệu chứng: tại chỗ giống như trên, toàn thân có sốt, sợ gió, sợ nóng, rêu lưỡi trắng dày, mạch phù sắc.

- Phương pháp chữa: khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết (khi có sốt), khu phong, bổ huyết, hoạt lạc (khi hết sốt)

**\* Bài thuốc :**

Kim ngân hoa	16g	Bồ công anh	16g
Thỏ phục linh	12g	Ké đầu ngựa	12g
Xuyên khung	10g	Đan sâm	12g

- Châm cứu: Châm như trên, thêm huyết Khúc trì, nội đình.

### 4.3 Huyết ứ kinh lạc

- Triệu chứng: gồm triệu chứng liệt dây VII đã trình bày ở trên, tìm nguyên nhân sang chấn như sau: ngã, bị thương tích, sau khi mổ vùng hàm mặt, xương chũm,...

- Phương pháp chữa: Hoạt huyết hành khí

**\* Bài thuốc:**

Xích thược	16g	Hồng hoa	8 – 20 g
Xuyên khung	12g	Địa long	10 – 16 g
Đan sâm	12g	Uất kim	8g
Tô mộc	8g	Chỉ xác	6g
Trần bì	6g	Hương phụ	6g

- Châm cứu: Châm các huyết tại chỗ như trên. Toàn thân: huyết hải, túc tam lý.

## V. ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC:

- Dùng nhiệt nóng, hồng ngoại, điện xung, điện phân, xoa bóp.
- Tập các cơ mặt qua các bài tập từ chủ động trợ giúp đến đề kháng.
- Hướng dẫn người bệnh tự tập qua gương: nhắm mắt huyết sáo, thổi lửa, ngậm chặt miệng, mỉm cười, nhăn trán, phát âm những từ có âm môi: B, P, U, I, A...
- Hướng dẫn người bệnh giữ ẩm mắt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.

# BÀI 4: VIÊM QUANH KHỚP VAI

## ( Chứng Kiên Tỷ )

### \* MỤC TIÊU:

Nêu được vai trò của Y học cổ truyền trong điều trị Viêm quanh khớp vai

Nêu được các chỉ định và điều trị Y học cổ truyền về Viêm quanh khớp vai  
Trình bày được phương pháp điều trị Y học cổ truyền về Viêm quanh khớp vai

### I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm quanh khớp vai là một cụm từ bao gồm tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai, mà tổn thương là ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân cơ, dây chằng và bao khớp. Theo định nghĩa này, viêm quanh khớp vai không bao gồm những bệnh có tổn thương của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch (chấn thương, viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp...)

YHCT gọi là kiên tỷ do chứng này thuộc phạm vi chứng tỷ, nên nguyên nhân cũng do phong, hàn, thấp kết hợp với nhau làm bế tắc kinh lạc gây ra, được chia làm 3 thể

- Giai đoạn đầu phong hàn thắng, bệnh nhân đau là chủ yếu (kiên thống)
- Giai đoạn sau hàn thấp thắng, hạn chế vận động là chủ yếu (kiên ngưng).
- Lâu ngày các tà khí này làm tắc đường lưu thông khí huyết, khí huyết không đủ nuôi dưỡng cân cơ, gây ra thể hậu kiên phong.

### II. CÁC THỂ LÂM SÀNG:

**2.1 Kiên thống** (trương ứng với viêm quanh khớp vai đơn thuần của Y học hiện đại)

**Triệu chứng:** đau là dấu hiệu chủ yếu, đau tăng khi vận động, đau làm hạn chế vận động một số động tác như: chải đầu, gội lưng. Đau xung quanh khớp vai là chủ yếu, trời lạnh, ẩm đù tăng. Khớp vai không sưng, không đỏ, cơ không teo.

**Pháp điều trị:** Khu phong tán hàn, hành khí hoạt huyết.

**Phương thuốc:** Quyên tỷ thang gia giảm

Khương hoạt 12g

Phòng phong 08g

Xích thược 12g

Khương hoàng 12g

Đương quy 12g

Hoàng kỳ 16g

Cam thảo 06g

Đại táo 12g

Sinh khương 06g                      Quế chi 08g  
Trần bì 08g  
Sắc uống ngày 1 thang chia sáng chiều

- **Châm cứu:** Châm tả Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Kiên trinh, Thiên tông, Trung phủ, Tý nhu, Cự cốt, Vân môn.

- **Xoa bóp bấm huyết:** Dùng các thủ thuật xát, lăn, day, bóp, bấm, vòn, vận động, rung khớp vai.

- **Thủy châm:** Vitamin B1, B6, B12, thuốc giảm đau non- steroid vào một số huyết Kiên ngưng, Thiên tông, Tý nhu

- Điện phân Lidocain hoặc vitamin nhóm B tại khớp

**2.2 Kiên ngưng** (tương ứng với VQKV thể nghẽn tắc, viêm cứng khớp vai của Y học hiện đại)

- **Triệu chứng:** Thường gặp ở những bệnh nhân liệt nửa người, chấn thương sọ não, viêm màng não. Khớp vai đau ít hoặc không, chủ yếu là hạn chế vận động hầu hết các động tác, khớp như bị đông cứng lại, toàn thân và khớp vai gần như bình thường, nếu bị bệnh lâu ngày các cơ xung quanh khớp vai teo nhẹ.

- **Pháp điều trị:** Hoạt huyết tiêu ú, thư cân hoạt lạc.

- **Bài thuốc:** Quyên tý thang gia vị

Khương hoạt 08g	Phòng phong 08g
Xích thực 12g	Khương hoàng 12g
Sinh khương 06g	Đại táo 12g
Tô mộc 10g	Đào nhân 10g
Đương quy 12g	Hoàng kỳ 16g
Cam thảo 06g	Xuyên sơn giáp 08g
Trần bì 06g	

Sắc uống ngày 1 thang chia sáng chiều

**Nếu có teo cơ gia các vị thuốc bổ khí huyết:** Đẳng sâm 12g, Bạch truật 12g, Thục địa 12g, Hà thủ ô 10g.

Châm cứu, thủy châm, điện phân thuốc và chọn các huyết như thể kiên thông, xoa bóp bấm huyết rất có tác dụng với thể này, thời gian đầu nhân viên y tế phải làm cho bệnh nhân, song phải làm nhẹ nhàng, tăng dần cường độ, biên độ vận động khớp vai (vì bệnh nhân rất đau). Khi người bệnh đã tự vận động khớp khuyên người bệnh phải tích cực, kiên trì tập luyện sẽ có kết quả.

**2.3 Hậu kiên phong** (tương ứng với thể hội chứng vai tay, loạn dưỡng phản xạ chi trên của Y học hiện đại).

- **Triệu chứng:** đây là một thể bệnh rất đặc biệt gồm viêm quanh khớp vai đông cứng và rối loạn thần kinh vận động ở bàn tay. Khớp vai đau, hạn chế vận

động, bàn tay phù có khí lan lên cẳng tay, phù to, cứng, da cẳng tay, bàn tay có màu đỏ tía hoặc tím, da lạnh. Đau toàn bộ bàn tay, đau cả ngày đêm, cơ bàn tay teo rõ rệt, cơ lực giảm, vận động hạn chế, móng tay giòn, dễ gãy.

- **Pháp điều trị:** Bổ khí huyết, hoạt huyết tiêu ứ.

- **Bài thuốc:** Tứ vật đào hồng gia vị

Thục địa 16g	Đương quy 10g
Bạch thược 12g	Xuyên khung 10g
Đào nhân 10g	Hồng hoa 10g
Đẳng sâm 16g	Hoàng kỳ 16g

Sắc uống ngày 1 thang.

Thủy châm, điện phân, xoa bóp bấm huyệt như thể kiên thống

- **Châm cứu:** Châm bổ các huyệt như thể kiên thống thêm Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương trì, Hợp cốc bên đau.



# **BÀI 5: TẬP VẬN ĐỘNG: THỤ ĐỘNG, TRỢ GIÚP, ĐỀ KHÁNG**

## **\* MỤC TIÊU:**

- Nêu được khái niệm của Vật lý trị liệu
- Nêu được các chỉ định điều trị Vật lý trị liệu
- Trình bày được phương pháp điều trị: tập vận động, thụ động, trợ giúp, đề kháng.

## **I. ĐỊNH NGHĨA**

- Vận động trị liệu là một phương pháp vật lý trị liệu – phục hồi chức năng thực hiện các mẫu vận động, các tư thế hoặc các hoạt động thể lực của cơ thể một cách có hệ thống và kế hoạch. Vận động trị liệu có tác dụng trong điều trị các bệnh lý: tai biến mạch máu não, tổn thương tủy sống, bệnh lý về cơ, viêm dây thần kinh tọa... và với mục đích chính là phục hồi chức năng.

- Ưu điểm giúp vận động trị liệu được sử dụng thường xuyên, phổ biến là có thể tự tập tại nhà hoặc tại phòng khám, và có thể tự tập với các dụng cụ đơn giản.

## **II. MỤC ĐÍCH TẬP VẬN ĐỘNG:**

- Duy trì và phục hồi tầm hoạt động của khớp, tính mềm dẻo của mô mềm, phòng ngừa các thương tật thứ cấp do bất động.

- Làm tăng sức mạnh, sức bền và khả năng kiểm soát vận động của cơ, cải thiện sự vững khớp.

- Cải thiện sức khỏe và sức bền tim mạch

- Cải thiện điều hợp thần kinh-cơ, cảm thụ bản thể, thăng bằng

- Gia tăng khả năng hoạt động và các kỹ năng chức năng

## **III. MỘT SỐ CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ CẢN TRỌNG CỦA VĐTLL:**

- Gãy xương chưa cố định tốt, chưa liền xương tốt,

- Bỏng mới ghép da.

- Bệnh lý tim mạch nặng: Nhồi máu cơ tim trong giai đoạn cấp, huyết áp không ổn định.

- Bệnh lý cấp tính: sốt cao, viêm nhiễm...

## **IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

- Gãy xương mới chưa cố định tốt, chưa liền xương tốt
- Chấn thương mới (1-2 ngày đầu), sai khớp chưa được nắn chỉnh
- Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp, tràn máu, tràn dịch khớp
- Bệnh lý tim mạch nặng: nhồi máu cơ tim giai đoạn cấp, huyết áp không ổn định
- Bệnh lý cấp tính: sốt cao, viêm nhiễm...
- Tập luyện làm tăng cảm giác đau, khó chịu cho NB.

## **V. TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG**

- Là động tác được thực hiện bởi người điều trị, dụng cụ, hoặc chi lành không có sự co cơ của chi vận động

- Chỉ định: khi bệnh nhân liệt hoàn toàn hoặc rất yếu do tổn thương thân kinh trung ương hoặc ngoại biên, hoặc không thể tự vận động vì đau, yếu sau phẫu thuật, bệnh nặng.

- Mục đích:

- + Phòng ngừa kết dính khớp
- + Duy trì độ dài cơ và phần mềm quanh khớp, ngăn ngừa co rút
- + Tăng cảm giác cảm thụ bản thể
- + Phòng ngừa các biến chứng do bất động khác

- Nguyên tắc thực hiện:

+ Các động tác vận động phải được thực hiện chậm, nhẹ nhàng và đều đặn. Không bao giờ dùng lực cưỡng bức bắt khớp phải vận động gây tổn thương khớp.

+ Tập từng khớp theo một trình tự nhất định và thời gian nhất định, thông thường mỗi ngày tập hai lần, mỗi động tác thực hiện 5 – 10 lần.

## **VI. TẬP VẬN ĐỘNG CHỦ ĐỘNG CÓ TRỢ GIÚP**

- Là động tác người bệnh tự thực hiện nhưng có sự trợ giúp bên ngoài của người điều trị, bản thân người bệnh hay dụng cụ cơ học. Thường áp dụng cho yếu cơ vừa (người bệnh không thể tự di chuyển chi thể hết tầm), tập dưới nước, tập có dụng cụ trợ giúp.

- Mục đích:

- + Như tập vận động thụ động
- + Tăng tiến cơ lực

- Nguyên tắc:

- + Trợ giúp vừa đủ

+ Giảm dần trợ giúp khi cơ lực cải thiện

## **VII. BÀI TẬP CÓ KHÁNG TRỞ**

- Đó là những bài tập do người bệnh tự thực hiện kháng lại sức cản hoặc kháng trở. Sức cản là một lực bên ngoài tác dụng theo hướng ngược với vận động của đoạn chi thể tập luyện. Sức cản có thể là trọng lượng của chi thể hoặc bản thân cơ thể, kháng trở bằng tay của người tập, hoặc nguồn lực khác, như tạ tay, bao cát, dụng cụ.

- Mục đích: Các bài tập có kháng trở chủ yếu để gia tăng sức mạnh cơ và/hoặc sức bền cơ.

- Nguyên tắc: Những bài tập này dựa trên nguyên lý quá tải (overload). Quá tải có nghĩa là gia tăng dần lực tải áp dụng để tạo áp lực và thách thức cho cơ đang tập luyện. Có thể quá tải bằng nhiều cách khác nhau như tăng mức kháng trở, tăng số hiệp và số lần lặp lại, tăng tốc độ tập luyện, giảm thời gian nghỉ ngơi, hoặc tăng thời gian tập luyện. Tất cả các biện pháp tạo quá tải phải tăng dần để người bệnh có thể thích ứng với các thay đổi tập luyện.

- Các loại bài tập kháng trở: có ba loại bài tập kháng trở: bài tập đẳng trường, bài tập đẳng trương và bài tập đẳng động.

## BÀI 6: VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP

### \* MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm của Vật lý trị liệu hô hấp.
- Nêu được các chỉ định điều trị Vật lý trị liệu hô hấp.
- Trình bày được phương pháp tập vật lý trị liệu hô hấp.

### I. KHÁI NIỆM:

- Vật lý trị liệu hô hấp là một phương pháp bao gồm rất nhiều kỹ thuật, biện pháp điều trị nhằm mục đích nâng đỡ và phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân.

- Các phương pháp này có thể là phương pháp vật lý như dùng lực của tay, nhờ sự trợ giúp của các loại máy và dụng cụ hoặc cũng có thể là cả 2 biện pháp trên.

- Vật lý trị liệu hô hấp được thực hiện để phục hồi các chức năng hô hấp và điều trị hỗ trợ tắc nghẽn đường hô hấp của bệnh nhân như giúp sự giãn nở của phổi được tốt hơn, tăng cơ lực hệ thống hô hấp, loại bỏ những chất bẩn như chất tiết hoặc chất nhầy có trong đường hô hấp của người bệnh.

### II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

#### 1. Chỉ định tập vật lý trị liệu hô hấp:

- Các bệnh phổi tắc nghẽn:
  - + BPTNMT 4 phân nhóm A, B, C, D
  - + Giãn phế quản, hen nặng kiểm soát kém
  - + Bệnh xơ nang, viêm tiểu PQ tắc nghẽn.
- Các bệnh phổi hạn chế:
  - + Bệnh phổi mô kẽ, xơ phổi, bệnh phổi nghề nghiệp, sarcoidose
  - + Bệnh lý thành ngực, di chứng lao phổi, viêm đốt sống cứng khớp, vẹo CS...
- Các bệnh lý khác:
  - + Cao áp ĐMP, ung thư phổi, trước và sau phẫu thuật ngực – bụng, trước và sau ghép phổi, trước và sau phẫu thuật LVR...
- Sau khi đã được dùng thuốc tối ưu mà vẫn:
  - + thở và các triệu chứng hô hấp mạn tính.
  - + Chất lượng cuộc sống kém, giảm tình trạng sức khỏe chung.

- + Khó thực hiện các sinh hoạt hàng ngày.
- + Lo âu, trầm cảm do bệnh phổi
- + Suy dinh dưỡng
- + Tăng sử dụng dịch vụ y tế (đợt cấp nhiều, nhập viện nhiều, thăm khám nhiều lần...)
- + Rối loạn trao đổi khí bao gồm hạ oxy máu

## 2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân có các vấn đề về chỉnh hình hoặc thần kinh làm hạn chế khả năng di chuyển hoặc phối hợp trong lúc tập vận động.
- Bệnh nhân có độ khó thở mMRC bằng 4
- Bệnh nhân có các bệnh phối hợp như bệnh tâm thần, bệnh tim mạch không ổn định.

## III. LƯỢNG GIÁ BỆNH NHÂN:

- Sàng lọc BỆNH NHÂN trước phục hồi:
  - + Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng
  - + Đo hô hấp ký sau dùng thuốc giãn phế quản
  - + Đánh giá mức ảnh hưởng của bệnh: thang điểm CAT/ CRQ, bảng câu hỏi SGRQ, điểm khó thở Mmrc
  - + Đánh giá bệnh đồng mắc (bệnh tim mạch, bệnh cơ xương khớp, bệnh tâm thần kinh)
  - + Đánh giá khả năng gắng sức tối đa (đo VO2 max với CPET)
- Đánh giá nguy cơ thiếu Oxy máu khi gắng sức (SpO2 sau gắng sức giảm > 4%)
  - + Đánh giá phân bố cơ thể (cân nặng, khối nạc, % mỡ...)
  - + Đánh giá lo âu, trầm cảm...

## IV. CÁC BÀI TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP:

- Chương trình nên được thiết kế kéo dài ít nhất 8 tuần, tốt nhất là kéo dài trên 12 tuần, mỗi tuần ít nhất 3 buổi tập có thể được bố trí:
  - Tập vận động 3 buổi tại cơ sở y tế, có kết hợp giáo dục sức khỏe hoặc tập vận động 2 buổi tại cơ sở y tế, có kết hợp giáo dục sức khỏe và một buổi tập tại nhà có giám sát.

- Mỗi buổi tập kéo dài ít nhất 30 phút. Những bệnh nhân không thể tập liên tục 30 phút nên bố trí những khoảng nghỉ ngắn xen kẽ trong buổi tập sao cho tổng thời gian tập luyện mỗi buổi đủ đạt đủ 30 phút.

- Tập thở:

+ Thở chúm môi

+ Thở cơ hoành

- Thông đàm:

+ Ho hiệu quả

+ KT đẩy đàm FET

+ Vỗ rung

+ Dẫn lưu tư thế

+ Dụng cụ làm loãng đàm

+ Các tư thế đối phó với khó thở

- Thở chúm môi:

+ Tăng thông khí.

+ Giảm ứ khí trong phổi.

+ Giữ khí đạo không đóng lại trong thì thở ra.

+ Giúp thở chậm và cải thiện kiểu thở.

+ Giảm bớt khó thở và giúp thư giãn

+ Cải thiện cơn khó thở cấp tính.

+ Kết hợp với các bài tập vận động.

# BÀI 7: VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHÍNH HÌNH

## \* MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm của Vật lý trị liệu chỉnh hình.
- Nêu được các chỉ định điều trị Vật lý trị liệu chỉnh hình.
- Trình bày được phương pháp tập vật lý trị liệu chỉnh hình.

## I. KHÁI NIỆM:

Vật lý trị liệu *chỉnh hình* điều trị chấn thương cơ xương, liên quan đến các cơ, xương, dây chằng, mô liên kết và gân cho các tình trạng như gãy xương, bong gân, viêm gân, viêm bao hoạt dịch, các bệnh lý mãn tính và phục hồi sau phẫu thuật chỉnh hình. Bệnh nhân có thể điều trị bằng vận động khớp, trị liệu cơ học, rèn luyện sức mạnh, rèn luyện khả năng vận động và các phương thức trị liệu khác.

## II. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân khó hoạt động trong sinh hoạt và chăm sóc bản thân do tai nạn, bẩm sinh hoặc hậu phẫu.
- Các bệnh lý về cơ – xương – khớp.
- Các bệnh lý về cân cốt, thoái hóa do tuổi tác.
- Di tật, khuyết tật bẩm sinh làm giảm chức năng hoạt động của các bộ phận cơ thể.
- Phục hồi vật lý sau tai nạn
- Người bệnh cần phục hồi khả năng đi đứng, di chuyển, giữ thăng bằng hay giữ tư thế đúng để bảo vệ cột sống.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Viêm cấp tính
- Đau cấp tính
- Chấn thương cấp,
- Xương gãy không liền
- Điều kiện thể chất và tinh thần không phù hợp

## IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP TRỊ LIỆU VẬT LÝ PHỔ BIẾN GỒM:

- Tập theo tầm vận động

- Tập kéo dẫn

## **V. TÁC NHÂN CƠ - ĐỘNG HỌC KÉO DẪN**

- Đây là một trong những phương pháp vận dụng lực cơ học để làm giãn các khoang đốt sống bằng cách tác động một lực phù hợp vào cột sống. Dưới sự tác động này, cơ thể bệnh nhân được can thiệp hiệu quả với những tác dụng như:

+ Vận dụng cơ - động học điều trị cho bệnh nhân

Hạn chế những tác động gây áp lực lên nội đĩa đệm mặc dù các đốt sống bị tách xa. Đồng thời, kích thích sự thẩm thấu dung dịch và các chất dinh dưỡng cũng như làm giảm bớt diện tích bị lồi ra của đĩa đệm.

+ Giúp khắc phục khoảng trống của các đốt sống nằm lệch nhau. Bên cạnh đó, phương pháp này còn giúp điều chỉnh tình trạng cong vẹo cột sống, hạn chế khả năng gây đau do dây thần kinh bị chèn ép.

+ Góp phần làm giãn các cơ cũng như giảm thiểu triệu chứng đau và tình trạng lệch (vẹo) cột sống ở bệnh nhân.

+ Theo bác sĩ, đây là một trong những phương pháp vật lý trị liệu tại nhà dễ vận dụng nhất. Tuy nhiên, bệnh nhân cần có sự hỗ trợ của các thiết bị kỹ thuật và trong giai đoạn đầu nên tập luyện cùng kỹ thuật viên để nắm bắt các bài tập một cách tốt nhất. Ngoài ra, liệu pháp này thường có tác dụng rất tốt đối với những bệnh nhân mắc phải một số bệnh lý như: đau hoặc cong vẹo cột sống, thoát vị đĩa đệm, lồi đĩa đệm,...

## **VI. PHƯƠNG PHÁP VẬN ĐỘNG**

- Phương pháp vận động trong vật lý trị liệu thường được khá nhiều bệnh nhân lựa chọn tập luyện để phục hồi chức năng cơ thể dựa trên những tác dụng như:

+ Hỗ trợ điều hòa chức năng vận động ở bệnh nhân.

+ Phương pháp vận động trong trị liệu vật lý

+ Giúp phục hồi các chức năng của khớp xương cũng như cải thiện khả năng vận động của bộ phận này.

+ Tăng cường sức khỏe cho cơ thể cũng như rèn luyện khả năng chịu đựng của các cơ.

- Ngoài ra, sự đa dạng về kỹ thuật vận động cũng giúp quá trình điều trị của bệnh nhân đạt được hiệu quả tích cực, chẳng hạn như:

+ Vận động thụ động: thường tập luyện cho những bệnh nhân không có khả năng vận động nhằm hạn chế khả năng bị teo cơ hoặc cứng khớp do ít hoạt động.



+ Vận động chủ động: áp dụng cho những đối tượng có khả năng tự thực hiện động tác mà không cần sự hỗ trợ của kỹ thuật viên.

+ Vận động chủ động có hỗ trợ: thường được thực hiện cho những bệnh nhân có khả năng vận động kém, cần có sự trợ giúp của công cụ hoặc kỹ thuật viên.

## **VII. CÁC KỸ THUẬT TRONG TRỊ LIỆU VẬT LÝ VẬN ĐỘNG**

- Vận động có trợ lực: phương pháp này thường kết hợp với các công cụ đi kèm để tăng thêm lực. Nhằm gia tăng sức chịu đựng của cơ thể nhờ sự kích thích của công cụ (như lò xo, vật nặng,...).

- Vận động kết hợp động tác: là cách thức luyện tập kết hợp với những bài tập như đạp xe, đi bộ,... Phương pháp vật lý trị liệu tại nhà này mang lại hiệu quả rất tốt cho bệnh nhân.

- Tác nhân vật lý

+ Tác nhân vật lý được đánh giá là một cách thức chữa trị khá thụ động và chỉ có thể áp dụng tạm thời. Tuy nhiên, phương pháp này có thể mang lại hiệu quả tức thời, giảm đau cho người bệnh. Do đó, những bệnh nhân lựa chọn phương pháp vật lý trị liệu phục hồi chức năng thường áp dụng điều trị bằng các tác nhân vật lý như:

+ Trị liệu bằng nhiệt (có thể nóng hoặc lạnh): đối với trị liệu nóng, bệnh nhân sẽ được hỗ trợ làm giãn mạch tại một vị trí hoặc toàn thân dựa trên cơ chế của phản xạ. Nhờ đó mà bệnh nhân giảm triệu chứng đau hoặc tình trạng viêm và nhanh chóng phục hồi tổn thương. Ngược lại, với liệu pháp lạnh, bệnh nhân được giúp co mạch, giảm khả năng dẫn truyền trên các dây thần kinh chủ và sự chuyển hóa của thần kinh.

+ Trị liệu bằng nước: là hình thức vật lý trị liệu sử dụng nước để tác động lên cơ thể nhằm chữa lành những tổn thương dựa trên đặc tính riêng. Thực tế, hầu hết mọi người không biết rằng, nước là một dẫn chất rất tốt đối với các mô của cơ thể.

+ Trị liệu bằng ánh sáng: bệnh nhân có thể sử dụng ánh sáng từ đèn hồng ngoại, tử ngoại hay kể cả ánh sáng mặt trời để chữa bệnh. Cách thức điều trị bệnh này chủ yếu dựa trên những bức xạ tồn tại trong ánh sáng. Những tia bức xạ này có thể loại bỏ vi khuẩn, kích thích sự sản sinh và phát triển của những tế bào bên trong.

+ Trị liệu bằng điện: là cách thức sử dụng năng lượng điện để kích thích dây thần kinh và các cơ. Sự tác động này giúp cơ được co lại, rèn luyện khả năng vận động của cơ và khớp. Mặt khác, điện trị liệu còn giúp giải phóng những chất dẫn truyền của dây thần kinh, điển hình như serotonin, endorphin,...

+ Vật lý trị liệu chủ động: Những bài tập được thiết kế để tập với công cụ đi kèm hoặc đơn giản là những bài tập như đi bộ, đạp xe...

+ Vật lý trị liệu bị động: Bao gồm trị liệu bằng nhiệt, trị liệu bằng ánh sáng hay nước, kích thích điện, dùng sóng âm, điều trị bằng siêu âm, nắn hoặc xoa bóp bằng tay... giúp giải phóng các áp lực chèn ép rễ dây thần kinh và đẩy nhanh quá trình tái tạo mô tổn thương.

# **BÀI 8: HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU**

## **\* MỤC TIÊU:**

- Nêu được khái niệm của hoạt động trị liệu.
- Nêu được các chỉ định hoạt động trị liệu.
- Trình bày được phương pháp hoạt động trị liệu.

## **I. ĐỊNH NGHĨA HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU (OCCUPATIONAL THERAPY)**

Là khả năng của cá nhân để thực hiện nhiệm vụ thiết yếu của cuộc sống như: tự chăm sóc, công việc, hoạt động vui chơi giải trí, để gia tăng chức năng sinh hoạt độc lập, tăng cường phát triển và phòng ngừa tàn tật, nó có thể bao gồm sự thích ứng với những yêu cầu hay môi trường độc lập và nâng cao chất lượng cuộc sống. Nói cách khác mục đích cuối cùng là sự độc lập về chức năng.

## **II. MỤC ĐÍCH:**

- Bảo tồn và làm tăng các khả năng
- Tạo thuận lợi cho việc học các kỹ năng thiết yếu trong cuộc sống
- Giảm bớt quá trình bệnh lý.
- Nâng cao và duy trì sức khỏe.

## **III. PHƯƠNG PHÁP HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU:**

- Thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.
- Giúp người bệnh tự chăm sóc hoàn toàn hoặc trợ giúp một phần của thân nhân, điều dưỡng, ...
- Phát huy tối đa khả năng độc lập chức năng như:
  - Ăn uống, vệ sinh răng miệng, chải đầu, tắm rửa, ...
  - Mặc cởi quần áo, đại tiểu tiện, di chuyển, giao tiếp, ...
  - Làm việc nội trợ gia đình, đây là một yêu cầu những kỹ năng cao hơn tự chăm sóc như:
    - Vệ sinh nhà cửa, giặt giũ, nấu ăn, ...
    - Mua sắm, quản lý chi tiêu, chăm sóc con cái, ...
    - Quan hệ, giao tiếp cộng đồng, ...

- Tham gia các hoạt động vui chơi giải trí:
- Chuyền bóng, ném bóng vào rổ, thể dục tay đôi, ...
- Cờ vua, cờ tướng, bóng bàn, cầu lông, đi bộ, ...
- Làm thơ, bình thơ, kể chuyện, văn nghệ, giao lưu, ...
- Hoạt động trị liệu từng bước gắn bó với lao động hướng nghiệp.
- Cải tiến các dụng cụ thường dùng trong sinh hoạt và dụng cụ thích ứng:
- Làm cán thìa to hơn đôi với người mất khả năng đối chiếu ngón cái.
- Ca uống nước đặc biệt.
- Giày chỉnh hình cho bàn chân rũ không hồi phục.
- Giày dùng cho chi ngắn.

# BÀI 9: ĐIỆN TRỊ LIỆU

## \* MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm của điện trị liệu.
- Nêu được các chỉ định điện trị liệu.
- Trình bày được phương pháp điện trị liệu.

## I. KHÁI NIỆM:

- Điện trị liệu được biết đến là phương pháp sử dụng các dòng xung điện với tần số thấp, trung bình tồn tại trong khoảng thời gian ngắn, nhằm kích thích thần kinh qua bề mặt da. Việc thực hiện hoạt động vật lý trị liệu này sẽ giúp giảm đau, giảm đi các kích thích thần kinh cơ tạo sự co cơ và điện di thuốc, điện phân.

- Các xung điện là dòng điện có tính chất riêng biệt, khác hoàn toàn với điện thấp sáng, chiếu sáng thông thường. Khi nhắc đến xung điện trong vật lý trị liệu người ta sẽ hiểu đó là các dòng điện xung được đặt theo hình dạng của xung và tên của người phát minh ra chúng. Trong đó, cường độ của dòng điện xung hiện nay được tính bằng biên độ trung bình của các xung điện phát ra trong khoảng thời gian cố định.

## II. PHÂN LOẠI:

- Căn cứ theo loại dòng điện sẽ bao gồm dòng điện xung một chiều, dòng điện xung xoay chiều

- Căn cứ vào tần số của dòng điện xung có thể chia thành dòng điện xung có tần số thấp và dòng điện xung có tần số trung.

- Căn cứ vào chế độ phát xung sẽ có dòng điện xung ngắt quãng, dòng điện xung liên tục, biến đổi biên độ, biến đổi tần số, biến đổi cả biên độ và tần số.

## III. TÁC DỤNG:

- Điện trị liệu giúp kích thích trực tiếp vào các mạch máu giúp tăng tuần hoàn.

- Hỗ trợ nhanh chóng giảm đau, giúp giảm phù nề, giảm viêm, tăng thải trừ chất chuyển hóa tại chỗ.

- Vật lý trị liệu với xung điện giúp tích cực điều trị các bệnh lý sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

- Điều trị trực tiếp hiệu quả với các bệnh lý về hệ xương khớp như thấp khớp, thoái hóa khớp, viêm khớp,....

- Ứng dụng trong kích thích cơ đáng kể khi điều trị đối với người bệnh bại liệt.

- Phối hợp tốt giúp điều trị các bệnh lý bằng liệu pháp ion hóa như đau dây thần kinh, bong gân,...

- Nhanh chóng giúp kéo dẫn các khối cơ do cơ đột ngột ngừng lại vì trương lực.

#### **IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

- Người đang mang trong mình máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Bệnh nhân mắc các chứng bệnh về đường tim mạch, có khối u ác tính hoặc người bệnh gặp các rối loạn tinh thần.

- Người có vết thương hở trong đó khu vực thực hiện xung điện là vùng da đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu

- Không áp dụng với phụ nữ có thai hoặc nữ giới đang trong kỳ kinh nguyệt.

#### **V. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN TRỊ LIỆU:**

##### **1. Điều trị bằng dòng điện cao tần:**

**1.1. Khái niệm:** là dòng điện xoay chiều có tần số lớn hơn 20KHz

##### **1.2 Chỉ định:**

- Chống viêm : Điều trị cả viêm nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn.

- Giảm đau do viêm thần kinh ngoại vi, co cứng cơ.

- Điều trị các rối loạn tuần hoàn cục bộ: Co mạch ngoại vi, thiếu máu cục bộ, co thắt đường tiêu hóa, co thắt túi mật.

- Chấn thương: đung dập phần mềm, phù nề sau chấn thương hoặc phẫu thuật, kích thích quá trình lành vết thương.

##### **1.3 Chống chỉ định:**

- Chống chỉ định tuyệt đối:

+ Các khối u ác tính hoặc lành tính, tăng sản tổ chức

+ Người có mang máy điều hòa nhịp tim

+ Lao chưa ổn định.

+ Phụ nữ có thai.

+ Những vùng chảy máu hoặc đe dọa chảy máu

+ Vùng điều trị có dị vật kim loại

- + Những ổ viêm đã hóa mủ, tràn dịch các màng như màng ngoài tim, màng phổi.
- Chống chỉ định tương đối:
- + Người mẫn cảm với điện – từ trường cao tần
- + Các bệnh nhân suy tim nặng, loạn nhịp tim.

## **2 Điều trị bằng dòng điện một chiều đều.**

### **2.1 Định nghĩa:**

Dòng điện một chiều đều (hay còn gọi là dòng Galvanic) là dòng điện có chiều vận động của các điện tử và cường độ dòng điện không thay đổi.

### **2.2. Các cách sử dụng dòng điện 1 chiều:**

- Điều trị bằng dòng điện một chiều đều
- Điều trị bằng dòng điện 1 chiều đều đơn thuần với điện cực tẩm
- Tắm ngâm điện một chiều đều
- Điện di ion thuốc

### **2.3. Tác dụng sinh lý của dòng điện một chiều đều:**

Dòng điện một chiều đều có tác dụng tại chỗ – nơi đặt điện cực, tác dụng toàn thân – xa nơi đặt điện cực. Đồng thời nó có tác dụng ngay lập tức khi có dòng điện đi qua và tác dụng muộn kéo dài vài giờ sau khi ngừng điều trị.

#### **a) Tác dụng tại chỗ:**

- Hiện tượng cực hóa: Trong cơ thể có nhiều loại ion khác nhau. Khi dòng điện một chiều đều đi qua, các ion đ-ược cung cấp điện năng và chuyển động. Ion âm (-) chuyển dịch về cực d-ương. Ion dương (+) chuyển dịch về cực âm. Tại các màng ngăn cách tổ chức tạo nên các lớp ion tích điện. Đó là hiện tượng cực hóa

- Tại cực âm do có sự tập trung của các ion  $\text{Na}^+$  và  $\text{K}^+$  làm kích thích màng tế bào, tăng tính thấm màng tế bào, tăng tính thấm màng tế bào dẫn đến làm tăng h-ưng phần màng tế bào.

- Tại cực dương, ion âm làm giảm tính h-ưng phần màng tế bào, góp phần làm giảm đau, an thần,

- Hiện tượng khuếch tán và thẩm thấu: Sự dẫn truyền điện và hiện tượng cực hóa gắn liền với tính chất thấm màng tế bào. Quá trình này gọi là quá trình khuếch tán – thẩm thấu. Chính nhờ sự thẩm thấu và khuếch tán mà sự trao đổi chất của tế bào và tổ chức đ-ược tăng lên một cách đáng kể.

#### **b) Tác dụng toàn thân:**

- Trên hệ thống thần kinh: Tác dụng lên thần kinh ngoại vi: dưới cực (+) dòng điện một chiều đều tác dụng lên thụ cảm thể của da tạo cảm giác như kim châm, kiến bò đều đặn làm dịu cảm giác đau tại chỗ. Tác dụng này còn theo phản xạ đốt đoạn tạo lên cảm giác ở vùng liên quan như cơ, xương khớp hoặc các tạng tương ứng.

- Tác dụng lên thần kinh trung ương phụ thuộc vào cách đặt điện cực:

Nếu đặt cực dương ở gốc chi và cực âm ở ngọn chi hay nói cách khác chiều của dòng điện đi theo cùng chiều của đường dẫn truyền thần kinh vận động, sẽ có tác dụng an thần, hạ huyết áp.

+ Nếu đặt ngược lại ( chiều của dòng điện đi ngược chiều dẫn truyền của thần kinh vận động) thì có tác dụng hưng phấn thần kinh, tăng nhẹ huyết áp. Cách đặt này được sử dụng trong liệt ngoại vi, suy nhược thần kinh.

+ Trên hệ thống mạch máu: Dòng điện một chiều đều tạo nên sự co mạch trong một thời gian ngắn rồi chuyển sang quá trình giãn mạch mạnh giữa 2 điện cực. Quá trình giãn mạch không chỉ xuất hiện trên bề mặt da mà còn xuất hiện ở các mạch máu nằm sâu trong lớp cơ nơi có dòng điện, Tác dụng giãn mạch của dòng Ganvanic là do dòng điện tác dụng trực tiếp lên hệ thần kinh vận mạch. Tác dụng giãn mạch được ứng dụng trong điều trị teo cơ do thiếu năng dinh dưỡng, điều trị trong viêm tắc động mạch, hội chứng Reynaud, hội chứng Sudeck ...

#### **2.4. Điều trị bằng dòng điện 1 chiều đều đơn thuần với điện cực tấm.**

- Điện cực:

+ Điện cực kim loại là những tấm kim loại dẫn điện tốt, mềm, dễ uốn, thường được làm bằng chì, kẽm, hoặc cao su pha kim loại, độ dày của kim loại vào khoảng 1-3 mm. các góc điện cực được cắt tròn để tránh sự tập trung điện.

+ Điện cực đệm ở dưới điện cực kim loại được làm bằng nguyên liệu thấm nước tốt bằng vải hay gạc xếp làm nhiều lớp dày khoảng 1-1,5 cm.

+ Cách đặt điện cực: Dựa vào tác dụng sinh lý của dòng điện một chiều đều và mục đích điều trị mà người ta có cách đặt điện cực sao cho hợp lý.

- Ví dụ: Trong điều trị tổn thương thần kinh chi trên người ta đặt điện cực sao cho chiều của dòng điện ngược với chiều của thần kinh vận động

- Tác dụng lên thần kinh quay:

+ Điện cực âm đặt sau cổ

+ Điện cực dương ở rãnh cánh tay quay hoặc mu tay

+ Tác dụng lên thần kinh trụ

+ Điện cực âm đặt sau cổ



- + Điện cực dương đặt phía trong cẳng tay
- + Tác dụng lên thần kinh giữa
- + Điện cực âm đặt sau cổ
- + Điện cực dương đặt ở giữa nếp khuỷu tay

**2.5 Tắm ngâm điện một chiều đều:** Cho dòng điện một chiều đều đi qua các bộ phận chi thể được nhúng trong nước hoặc dung dịch thuốc dạng ion. Bao gồm có tắm ngâm tứ chi, một chi, hai chi.

### **2.6. Điện di ion thuốc:**

- Dùng dòng điện một chiều đều để đưa thuốc vào cơ thể, đây là phương pháp hiện nay đang được ứng dụng rộng rãi trong các khoa vật lý trị liệu.

- Nguyên tắc của điện di ion thuốc là các thuốc dưới dạng dung dịch sẽ phân ly thành ion . Dưới tác dụng của dòng điện một chiều đều các ion sẽ di chuyển về các điện cực trái dấu, do đó chúng có thể đi vào cơ thể

- Điều kiện để một thuốc được sử dụng bằng đư-ờng điện di thuốc là chúng phải phân ly trong nước thành các ion.

- Điện di ion thuốc là phương pháp đưa thuốc vào tại chỗ rất có hiệu quả nhất là đưa thuốc vào các vùng vô mạch như tổ chức sẹo, nhãn cầu

- Kết hợp được cả tác dụng của thuốc và tác dụng của dòng điện một chiều đều

- Thuốc được tích tụ dưới da và giải phóng dần vào cơ thể, do đó kéo dài được thời gian tác dụng của thuốc

**2.7 Chỉ định và chống chỉ định điều trị bằng dòng điện một chiều đều và điện di ion thuốc.**

- Chỉ định:

- + Giảm đau trong các bệnh lý thần kinh, viêm khớp, chấn thương.
- + Chống viêm nhất là các trường hợp viêm khớp mạn tính, viêm rễ thần kinh.
- + Tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng tại chỗ hay toàn thân.
- + Điều trị sẹo lồi, chống xơ dính,
- + Giảm co thắt cơ vân, cơ trơn.
- + Với mắt điều trị viêm loét giác mạc, sẹo giác mạc

- Chống chỉ định:

- + Tổn thương trên da vùng đặt điện cực
- + U lành, u ác.

+ Dị ứng với dòng điện một chiều, với thuốc

Bệnh nhân tâm thần kích động, trẻ em không kiểm soát được

2.8. Tai biến:

- Bỏng.

- Dị ứng

- Điện giật

### **3 Điều trị bằng các dòng điện xung tần số thấp và biên độ thấp.**

#### **3.1 Định nghĩa:**

Dòng điện xung là dòng điện do nhiều xung động điện liên tiếp nhau tạo ra. Xung động điện là dòng điện chỉ tồn tại trong một thời gian rất ngắn, xen kẽ giữa các xung là khoảng nghỉ hoàn toàn không có dòng điện. Có các dòng xung 1 chiều và dòng xung xoay chiều

#### **3.2 Tác dụng sinh học của dòng điện xung**

- Khi cho dòng điện xung chạy qua cơ thể, tăng dần cường độ đến 1 giá trị nào đó bệnh nhân bắt đầu có cảm giác lâm châm như kiến bò, kim châm (ngưỡng cảm giác). Tăng tiếp tục cường độ dòng điện sẽ thấy rung cơ (ngưỡng rung). Tiếp tục tăng cường độ dòng điện cơ bắt đầu co thắt (ngưỡng co cơ) và tới một giới hạn nào đó bắt đầu có cảm giác đau (ngưỡng đau)

- Khi cường độ dòng điện xung đạt được ở khoảng giữa ngưỡng cảm giác và ngưỡng đau người ta gọi là vùng có hiệu lực điều trị

- Dòng điện xung khi tác động lên cơ thể sẽ gây ra 2 tác dụng cơ bản: kích thích gây hưng phấn thần kinh và ức chế làm giảm hưng phấn thần kinh.

- Kích thích cơ cơ: Với các cơ bị bại liệt, giảm trương lực cơ do tổn thương thần kinh dùng dòng xung có tần số  $< 50\text{Hz}$ , độ dốc xung lớn, độ rộng xung hẹp. Các dòng xung thích hợp là dòng xung hình gai nhọn, xung hình chữ nhật.

- Giảm co cứng cơ: dòng điện xung được sử dụng trong điều trị liệt cứng, chấn thương, co thắt cơ do đau sử dụng dòng điện xung có tác dụng ức chế như dòng xung Bernard, dòng giao thoa.

- Tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn dùng dòng điện xung có độ rộng xung lớn, tần số xung  $> 100\text{Hz}$

- Dòng điện xung có tác dụng chống viêm dựa trên cơ sở tăng cường dinh dưỡng tuần hoàn, chuyển hóa, giảm phù nề. Thường tác dụng với viêm không nhiễm khuẩn.

#### **3.3 Chỉ định:**

- Giảm đau do chấn thương, viêm mãn (viêm rễ thần kinh, viêm khớp, bệnh Zona thần kinh
- Kích thích cơ: teo cơ, cơ liệt do tổn thương thần kinh ngoại vi
- Giảm phù nề do chấn thương
- Điều hòa rối loạn thần kinh ngoại vi( do lạnh, do chấn thương, bệnh Reynaud...)
- Tăng nhu động cơ trơn: Giãn dạ dày, táo bón, liệt cơ bàng quang...
- Chống viêm không nhiễm khuẩn,

### **3.4 Chống chỉ định**

\* Chống chỉ định tuyệt đối:

- Đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu
- Các khối u
- Viêm nhiễm khuẩn đang tạo mủ
- Lao xương khớp
- Viêm tắc tĩnh mạch
- Người mang máy tạo nhịp

\* Chống chỉ định tương đối:

- Trẻ nhỏ không kiểm soát đư-ợc, ngư-ời rối loạn tâm thần
- Vùng da đặt điện cực bị tổn thương
- Phụ nữ có thai

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO.**

- Bài giảng VLTL – PHCN. HVQY, 2006
- Bài giảng VLTL – PHCN. Trường đại học y Hà nội, NXB YH, 2003.
- Vật lý lý sinh y học . Trường đại học y Hà nội. NXB YH, 2006.